Documentos de proyectos

Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social

Carmelo Mesa-Lago

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Este documento fue preparado por Carmelo Mesa-Lago, Consultor de la Unidad de Estudios Especiales de CEPAL, bajo el componente de Macroeconomía, equidad y seguridad social, del proyecto CEPAL/GTZ: "Policy Strategies for Sustainable Development in Latin America and the Caribbean: Promotion of a Socially Sustainable Economic Policy (GER/01/31)", que contó con el financiamiento del Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo de la República Federal de Alemania (BMZ) y el apoyo de la Deutsche Gesellschaft fűr Zusammenarbeit (GTZ).

El autor desea agradecer a todos quienes colaboraron en la elaboración de este documento, en especial al apoyo otorgado por Andras Uthoff y Daniel Titelman para su realización, y la información suministrada por Fabio Bertranou, Rubén Torres y Carlos Vassallo sobre Argentina, Sergio Piola y André Medici sobre Brasil, Juliana Martínez sobre Costa Rica, Manuel Inostroza Palma sobre Chile, Luis José Martínez Villalba sobre México, Larry Valladares sobre Nicaragua, René Luciani y Lilian González sobre Panamá, María Elena Ramírez de Rojas sobre Paraguay, Luis Manrique sobre Perú, Jefrey Lizardo sobre República Dominicana, José Enrique Fernández y Patricia Triunfo sobre Uruguay, y Marino González sobre Venezuela. Así mismo, por el suministro de bibliografía, materiales e información a Lilia M. Archaga de Quirós, Alberto Arenas de Mesa, Geraldo Biasoto, Hans-Ulrich Bünger, Carmen Corral de Solines, Pedro Crocco, Emilio Cueto, Fabio Durán, Iván Espinoza, Donatella Fabbri, Carlos Filgueira, Alvaro Forteza, Rolando Franco, Heber Galli, Nélida Gambogi, Pamela Gana, Michael Gautrey, Rogelio Gómez, Orville Goodin, Roberto Gutiérrez, Núria Homedes, Gerard La Forgia, María Elena López, Nehemías López, Thomas Manz, Félix Martín, André Medici, Francisco Mendoza, Rossana Mostajo, Ernesto Murro, Ondina Olivas, Reiner Radermacher, Ladina Saboz, Ana Sojo, Carmen Solorio, Anja Stuckert y Antonio Ugalde. Y por el trabajo de los asistentes de investigación Gerald Hunter y Lindsey Jones, que fueron financiados por el Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Pittsburg.

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

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.63
Copyright © Naciones Unidas, diciembre del 2005. Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen 9
Introducción 11
I. Los principios de la seguridad social y su vigencia en América Latina y el Caribe 13
A. Universalidad en la cobertura 15
1. Evolución del principio 15
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 16
B. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato 17
1. Evolución del principio 17
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 18
C. Solidaridad y redistribución del ingreso 19
1. Evolución del principio 19
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 20
D. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones 21
1. Evolución del principio 21
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 22
E. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión 22
1. Evolución del principio 22
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 23
F. Sostenibilidad financiera 25
1. Evolución del principio 25
2. Vigencia en América Latina y el Caribe 26
G. Resumen: vigencia de los principios en la región antes de la reforma 27
II. Las reformas de salud y la modificación de los principios de seguridad social 29
A. Las reformas de salud 29
1. Reformas de salud y pensiones 29
2. Definición de reforma de salud 30
3. Resumen histórico de las reformas 31
4. Tipología de las reformas y modelos de salud 33
5. Objetivos de las reformas 33
6. Influencias externas, actores internos y entorno político 34
B. Modificaciones en los principios convencionales y nuevos principios 35
1. Universalidad de la cobertura 36
2. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato 36
3. Solidaridad y redistribución del ingreso 36

4. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones 37
5. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión 37
6. Sostenibilidad financiera 37
III. El impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social 39
A Universalidad en la cobertura 42
1. Cobertura legal y metas de cobertura 43
2. Estimados de cobertura general de la población 55
3. Cobertura por localidad, zonas urbana y rural, y etnias 67
4. Cobertura por nivel de ingreso 71
5. Cobertura por condición laboral: los independientes y otros grupos difíciles de incorporar 74
6. Dificultades para estimar la cobertura y compararla antes y después de la reforma 78
7. Acceso y utilización 82
8. Causas de la falta de cobertura e incumplimiento de las metas 88
B. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato 93
1. Homogenización de condiciones y subsistencia de programas separados 95
2. Desigualdades en la asignación de recursos y gastos de salud por niveles de ingreso, unidades geográficas y etnias 99
3. Inequidades por género en el acceso y atención de salud 110
C. Solidaridad y redistribución del ingreso 113
1. Solidaridad versus equivalencia 114
2. Mecanismos en favor y en contra de la solidaridad 114
D. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones 123
1. Paquete básico y prestaciones adicionales 124
2. Enfermedades catastróficas y atención de alta complejidad 133
3. Calidad técnica y percibida de los servicios 135
E. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación 145
1. Unidad o integración del sistema y separación de funciones 146
2. Regulación 163
3. Descentralización 167
4. Competencia entre aseguradoras y entre proveedoras 179
5. Grado de privatización 187
6. Libertad de elección 192
7. Eficiencia 196
8. Costos administrativos, de venta, publicidad y utilidades 207
9. Participación en la gestión de los sectores involucrados 215
F. Sostenibilidad financiera 227
1. Tendencias en el gasto de salud y su distribución por subsectores y niveles 229
2. Fuentes de financiamiento 238
3. Evasión, morosidad, riesgo moral y desviación de recursos 252
4. Subsidios a la oferta versus subsidios a la demanda 261
5. Balance financiero y actuarial 263
G. Impacto en indicadores de salud (eficacia) 272
1. Imposibilidad de medir el impacto de las reformas en la eficacia 272
2. La evolución de los indicadores de salud entre 1990 y 2002 275
IV. Conclusiones y políticas futuras 279
A. Reformas de pensiones y salud, modelos, objetivos y entorno 279
B. Impacto de las reformas de salud en los principios 281
1. Universalidad en la cobertura 281
a. Conclusiones 281
b. Políticas 285
2. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato 290
a. Conclusiones 290
b. Políticas 293

3. Solidaridad y redistribución del ingreso 295
a. Conclusiones 295
b. Políticas 296
4. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones 297
a. Conclusiones 297
b. Políticas 300
5. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación 302
a. Conclusiones 303
b. Políticas 310
6. Sostenibilidad financiera 319
a. Conclusiones 319
b. Políticas 325
7. Impacto en indicadores de salud (Eficacia) 329
a. Conclusiones 329
b. Políticas 330
Bibliografía 331
Anexos 349

Ïndice de cuadros

Cuadro 1 Inicio de la reforma, modelos de salud y situación reformas, en 2003-2005 32
Cuadro 2 Cobertura legal obligatoria del seguro social por tipo de ocupación, pensionados y dependientes, 2005 44
Cuadro 3 Cobertura de la población total antes de la reforma y en 2002-2004 y de la fuerza laboral en 1994-1998 y 2000-2003 (en países seleccionados) 57
Cuadro 4 Población cubierta por el seguro social distribuida por quintiles de ingreso, 1996 a 2002 71
Cuadro 5 Suficiencia de las prestaciones y calidad percibida, 2003-2004 133
Cuadro 6 Grado de unidad/ coordinación o segmentación, número de subsectores y programas separados, 2005 147
Cuadro 7 Separación de funciones en los sistemas de salud, 2005 149
Cuadro 8 Descentralización del subsector público, 1998 a 2005 169
Cuadro 9 Indicadores de competencia y libertad de elección, 2000 a 2004 181
Cuadro 10 Indicadores de Participación del subsector privado, 1998 a 2004 189
Cuadro 11 Indicadores seleccionados de eficiencia, 1997 a 2004 197
Cuadro 12 Cifras no normalizadas de los costos administrativos en los tres subsectores, 1999 a 2004 209
Cuadro 13 Participación social en la gestión de la salud, 2002 a 2005 218
Cuadro 14 Gasto de salud en porcentaje del PIB y por subsectores y gasto total per cápita en dólares internacionales, 2001 230
Cuadro 15 Fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, 2004 239
Cuadro 16 Evasión y morosidad, 1997 a 2003, y cotizantes en el seguro social, 1990 y 2002 254
Cuadro 17 Balance financiero en los subsectores de seguro social y privado, 1999 a 2004 264
Cuadro 18 Indicadores de salud seleccionados en América Latina, 1990 y 2002 274
Cuadro 19 Ordenamiento de los 20 países basado en los indicadores de salud, 1990 y 2002 277
Anexo 1 Cobertura de la población en Argentina: Afiliados por subsectores de salud, 1998 a 2004 350
Anexo 2 Cobertura de la población en Colombia: Afiliados por regímenes de salud, 1993 a 2002 350
Anexo 3 Cobertura de la población en Chile: Afiliados por subsectores de salud, 1984 a 2002 351

Anexo 4 Cobertura de la población en México: Con y sin seguro, por subsectores y por programas, 1985 a 2002 351

Glosario

AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado, Colombia
ASS	Administradoras de Servicios de Salud, Guatemala
	Administradoras de Riesgos de Salud, República Dominicana
AUGE	Ver GES (Chile)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPS	Banco de Previsión Social, Uruguay
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CSS	Caja de Seguro Social, Panamá
DILOS	Directorio Local de Salud, Bolivia
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, Costa Rica
EMP	Empresas de Medicina Prepaga, Argentina
	Empresas Médicas Previsionales, Nicaragua
EPS	Empresas Promotoras de Salud, Colombia
EPS	Entidades Prestadoras de Salud, Perú
ESE	Empresas Sociales Estatales, Colombia
ESS	Empresas Solidarias de Salud, Colombia
EsSalud	Seguro Social en Salud, Perú
FAEC	Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación, Brasil
FCS	Fondo de Compensación Solidario, Chile
FNS	Fondo Nacional de Salud, Brasil
	Fondo Nacional Solidario, Bolivia
FONASA	Fondo Nacional de Salud, Chile
FOSYGA	Fondo Solidario y de Garantía, Colombia
FSC	Fondo Solidario de Compensación, Chile
FSR	Fondo Solidario de Redistribución, Argentina
GES	Garantías Explícitas en Salud (también AUGE), Chile
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Uruguay
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INS	Instituto Nacional de Seguros (riesgos profesionales, Costa Rica)
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPS	Instituto de Previsión Social, Paraguay
	Instituciones Proveedoras de Servicios, Colombia
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISS	Instituto de Seguro Social, Colombia
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México
IVSS	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada, Uruguay
MINSA	Ministerio de Salud, Costa Rica, Panamá, Perú
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile
MINSALUD	Ministerio de Salud, Colombia
MINSAP	Ministerio de Salud Pública, Cuba
MSDS	Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Venezuela
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay
MSPP	Ministerio de Salud Pública y Población, Haití
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
OS	Obras Sociales, Argentina
PAB	Piso de Atención Básica, Brasil
	Plan de Atención Básica, Colombia
PABA	Piso de Atención Básica Ampliada, Brasil
PAC	Planes de Atención Complementaria, Colombia
PBS	Plan Básico de Salud, República Dominicana
PCSB	Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, Paraguay
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PMO	Programa Médico Obligatorio, Argentina
POS	Plan Obligatorio de Salud, Colombia
POSS	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, Colombia
PSF	Programa de Salud de la Familia, Brasil
PSS	Proveedores de Servicios de Salud, República Dominicana
	Prestadoras de Servicios de Salud, Guatemala
SBS	Seguro Básico de Salud, Bolivia
SENASA	Seguro Nacional de Salud, República Dominicana
SESPAS	Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, Rep. Dominicana
SFS	Seguro Familiar de Salud, República Dominicana
SIAB	Sistema de Información sobre la Atención Básica, Brasil
SIAS	Sistema Integrado de Atención a la Salud, Guatemala
SIBASI	Sistemas Básicos de Salud Integral, El Salvador
SILAIS	Sistemas Locales Integrados de Salud, Nicaragua
SILOSS	Sistemas Locales de Seguridad Social, Honduras
SIS	Seguro Integrado de Salud, Perú
SISBEN	Sistema de Información de Salud, Colombia
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile
SPNS	Sistema Público Nacional de Salud, Venezuela (proyecto legal)
SPS	Seguro Popular de Salud, México
SSA	Secretaría de Salud, México
SSC	Seguro Social Campesino, Ecuador
SUMI	Seguro Universal Materno-Infantil, Bolivia
SUS	Sistema Único de Salud, Brasil
UCS	Unidades Comunales de Salud (Unité Communal du Santé), Haití
UPC	Unidad por Capitación, Colombia

Resumen

Este libro llena un vacío existente en la literatura sobre las reformas de salud introducidas en el último cuarto de siglo en los 20 países de América Latina y el Caribe (se excluyen los países caribeños no latinos), comparando sistemáticamente sus características diversas y evaluando de igual modo sus efectos. Comienza con un resumen de los principios convencionales de la seguridad social relativos a salud y se determina cuales de ellos estaban vigentes en la región antes del inicio de las reformas: (1) universalidad en la cobertura; (2) igualdad o equidad en el trato; (3) solidaridad; (4) comprensividad, suficiencia y calidad de las prestaciones; (5) unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación social en la gestión, y (6) sostenibilidad financiera. Se explica la modificación de los principios convencionales por las reformas y sus antecedentes históricos, se crea una tipología de las reformas, se identifican sus objetivos y se analizan las influencias externas y los actores internos.

La parte central realiza una evaluación comparativa, detallada y profunda del efecto de las reformas de salud en los seis principios identificados o sus modificaciones, intentando responder preguntas cruciales: ¿Han logrado las reformas aumentar la cobertura? ¿Han evitado que los proveedores privados se concentren en el sector de ingreso alto-medio y menor riesgo, y se despreocupen del sector de bajo ingreso o pobre y mayor riesgo? ¿Ofrecen un paquete básico de prestaciones universal? ¿Cuál ha sido su impacto en la calidad de los servicios? ¿Han mejorado la equidad financiera, la solidaridad y la equidad de género? ¿Se ha logrado una descentralización efectiva que transfiera adecuadamente autoridad, personal y recursos a unidades más cercanas a los usuarios? ¿Ha cumplido el Estado con sus funciones de regulación y supervisión, financiamiento de ciertos costos, y protección de la población no asegurada? ¿Cuál es el grado de privatización de los servicios? ¿Funciona realmente la libertad de elección y la competencia, y han mejorado ambas la eficiencia y reducido los costos administrativos? ¿Participan los asegurados y usuarios en la gestión de los sistemas y se tiene en cuenta su opinión sobre los servicios para mejorar estos? ¿Cuál ha sido el efecto en el gasto de salud, su distribución entre los subsectores y el gasto de las familias? ¿Se ha obtenido un mejor equilibrio y sostenibilidad financiera de los sistemas de salud? ¿Han logrados los nuevos incentivos controlar la evasión y la morosidad? ¿Han mejorado las reformas los indicadores de salud de la población?

Las comparaciones de las reformas y sus efectos se basan en 19 cuadros estandardizados y 4 anexos que sistemáticamente contrastan datos de los 20 países de la región, la gran mayoría con información hasta 2004-2005. Dentro de cada aspecto o principio analizado se incluye la

información disponible de todos los países. El libro termina con un resumen de los descubrimientos documentados así como con recomendaciones detalladas de política en general y en aspectos concretos a fin de mejorar los sistemas de salud de la región. Cerca de 400 referencias bibliográficas sirven de apoyo al libro.

Introducción [1]

Ha transcurrido un siglo de la creación de los seguros sociales y medio siglo de la aprobación de la "norma mínima" de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual ha sido fundamental en el establecimiento de los principios de la seguridad social y su ratificación internacional.[2] Los programas de salud y pensiones son los más importantes en la protección contra los riesgos sociales, absorben la inmensa mayoría del gasto de seguridad social y han tenido efectos positivos notables en el bienestar social de la humanidad (OIT-AISS 2001). Los principios convencionales rigieron sin retos hasta el decenio de los años ochenta, cuando comenzaron a ser confrontados por las reformas estructurales de la seguridad social. América Latina fue pionera en el continente en la introducción de los programas iniciales de salud del seguro social, así como en cuanto a ciertos elementos de las reformas de salud. Desde los años sesenta, pero espacialmente en los años noventa, los 20 países latinoamericanos introdujeron reformas en sus sistemas de salud, pero de muy diversa naturaleza y profundidad, por lo que la región tiene una experiencia única, vasta y diversa de más de dos decenios en este campo.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado numerosos estudios sobre las reformas de salud, incluyendo perfiles de salud de los 20 países que describen y analizan los resultados de dichas reformas, los cuales han sido de gran utilidad en ese documento. Igualmente útiles han sido la serie de publicaciones de CEPAL sobre la salud y sus reformas en América Latina, las estadísticas y estudios comparativos mundiales inclusivos de la región de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los documentos técnicos de la Oficina Internacional del

---

1 Esta sección y la siguiente están esencialmente tomadas del documento anterior del autor *La Reforma de las Pensiones en América Latina y su Impacto en los Principios de la Seguridad Social*, Santiago, CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 144, 2004. Inicialmente se planeó unir el documento de pensiones con el de salud, pero luego se decidió que los grupos de expertos en ambos temas y sus intereses son distintos y que era mejor publicar documentos separados; no obstantes, las secciones de introducción y principios son similares, salvo que se concentran ya sea en pensiones o en salud.

2 El término "seguridad social" se usa en este estudio en su sentido amplio y moderno; comprende todos los programas contributivos (pensiones, enfermedad-maternidad, riesgos ocupacionales, desempleo y asignaciones familiares), así como los no contributivos (asistencia social). El término seguro social se usa en su acepción histórica y cuando se refiere específicamente a los programas contributivos de pensiones y salud analizados en el estudio. La mayoría de América Latina no ha realizado el cambio de seguro a seguridad social.

Trabajo (OIT) y de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), y los trabajos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Sin embargo, no existe un estudio integrado, comprensivo y comparativo de los 20 países, que desarrolle una tipología de las reformas y clasifique éstas según sus diversas características y, especialmente, que evalúe sus resultados de manera sistemática y con estadísticas recientes.

Las reformas de salud han tenido objetivos sociales como extender la cobertura y mejorar la equidad y la calidad de la atención pero, con igual o mayor peso, han perseguido múltiples fines económicos: (1) el mantenimiento del equilibrio financiero de los sistemas de salud y la estabilidad fiscal frente al costo creciente de la atención sanitaria; (2) la desmonopolización del subsector público y del seguro social y su sustitución, al menos parcial, por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedan a cargo del Estado; (3) el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí; (4) la introducción de la libertad de elección de aseguradoras y/o proveedoras por el asegurado, la que unida a la competencia debe promover una mayor eficiencia y reducción de los costos de gestión, y (5) el establecimiento de la equivalencia entre las cotizaciones y las prestaciones.

Hay preguntas cruciales sobre si los nuevos objetivos funcionan realmente en la práctica, respetan los principios convencionales de la seguridad social y generado mejoras importantes en los sistemas de salud. ¿Cuál es el grado real de privatización de los servicios conseguido por las reformas? ¿Han logrado éstas, las aseguradoras y proveedoras privadas, junto con el principio de equivalencia, aumentar la cobertura? ¿Se ha resuelto el problema de que los proveedores privados se concentren en el sector de ingreso alto-medio y menor riesgo, y se despreocupen del sector de bajo ingreso o pobre y mayor riesgo? ¿Ofrecen todos los nuevos sistemas un paquete básico de prestaciones universal? ¿Ha mejorado la equidad financiera con las reformas y cual ha sido su impacto en la solidaridad y la equidad de género? ¿Se ha logrado una descentralización efectiva que transfiera adecuadamente autoridad, personal y recursos a unidades más cercanas a los usuarios? ¿Ha cumplido el Estado con sus funciones de regulación y supervisión, financiamiento de ciertos costos, y protección de la población no asegurada y desprotegida? ¿Funciona realmente la libertad de elección y la competencia, y han mejorado ambas la eficiencia y reducido los costos administrativos? ¿Participan los asegurados y usuarios en gestión de los sistemas y se tiene en cuenta su opinión sobre los servicios para mejorar estos? ¿Qué impacto han tenido las reformas en el gasto de salud, su distribución entre los subsectores, y el gasto de las familias? ¿Se ha obtenido un mejor equilibrio y sostenibilidad financiera de los sistemas de salud? ¿Los incentivos de los sistemas reformados han conseguido controlar la evasión y la morosidad? ¿Han mejorado las reformas los indicadores de salud de la población?

Este documento intenta responder a las preguntas anteriores, a par que evalúa de forma sistemática, comprensiva y comparativa el impacto de las reformas de salud sobre los principios de la seguridad social en los 20 países de América Latina y el Caribe (se excluyen los países caribeños no latinos). Se divide en cinco partes: (1) resumen de los principios convencionales de seguridad social y de su vigencia en la región antes de que comenzara el proceso de reforma; (2) las reformas de salud y la modificación de los principios de seguridad social: resumen histórico, tipología y objetivos de las reformas, análisis de las influencias externas, actores internos y entorno político, y descripción de cómo las reformas han modificado los principios convencionales y generado principios nuevos; (3) evaluación del impacto de las reformas de salud en los principios de la seguridad social, y (4) conclusiones y lecciones para políticas futuras derivadas de dicha evaluación, tanto para América Latina y el Caribe como para el resto del mundo. El documento se limita a las prestaciones de atención de la salud, de manera que excluye a las prestaciones monetarias, como las licencias o subsidios por enfermedad y maternidad, así como al programa de riesgos de trabajo y enfermedades profesionales.

I. Los principios de la seguridad social y su vigencia en América Latina y el Caribe

Esta sección resume los principios convencionales de la seguridad social, partiendo de los elaborados por Beveridge y concentrándose en los de la OIT. Después de descrito cada principio se analiza su vigencia en América Latina en 1980, en vísperas de la crisis de la "década perdida" y el inicio de las reformas estructurales de seguridad social en Chile. También se indican las tendencias hasta principios de los años noventa, cuando comenzaron las reformas en los otros países de la región.

En 2003 se cumplieron 110 años del inicio del seguro social en Alemania, fundamento de la moderna seguridad social, a través de la trilogía legal impulsada por el Canciller Otto von Bismarck entre 1883 y 1889 que estableció la protección de los trabajadores contra los riesgos sociales de vejez, invalidez y enfermedad. Entre los principios originales del seguro social estaban la obligatoriedad, la cotización de empleadores y trabajadores y el papel regulador del Estado. El modelo bismarckiano se desarrolló gradualmente en Europa y otros países industrializados. En 1919, al concluir la Primera Guerra Mundial, se fundó la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y ésta estableció el seguro social como instrumento fundamental de protección de los trabajadores y sus familias contra ciertos riesgos sociales. En ese año la OIT tomó su primer acuerdo en este campo protegiendo a la maternidad; la "primera generación" de estos acuerdos se basaba en el concepto de seguro social y se aplicaba a ciertas categorías de trabajadores. En 1935 los Estados Unidos promulgó la ley de "seguridad social", la primera en usar dicho vocablo, el cual también se utilizó en la ley de Nueva Zelanda de 1938 (OIT-AISS 2001a; Humblet y Silva 2002).

Pero el concepto moderno del término seguridad social fue desarrollado por Sir William Beveridge en su famoso informe *El Seguro Social y sus Servicios Conexos* publicado en 1942, que proponía un plan de "seguridad social" que integrase los seguros sociales, la asistencia social y los seguros voluntarios complementarios. En el informe se identificaban seis "principios", incluyendo el servicio público único o unificación de la responsabilidad administrativa, la comprensividad, y la uniformidad en la cotización y la prestación (Beveridge 1946).

En 1944, cuando la Segunda Guerra Mundial estaba próxima a concluir, la OIT en su Declaración de Filadelfia elevó la seguridad social a instrumento internacional y proclamó la necesidad de extender su cobertura. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 estableció que toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social. Esta

es definida por la OIT como "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de no ser así ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos" (OIT-AISS 2001: 9). Las Conferencias Internacionales de la OIT (realizadas con representación tripartita: trabajadores, empleadores y gobiernos) han aprobado una serie de acuerdos ("Convenios" y "Recomendaciones") sobre seguridad social reforzando sus principios.[3] La "segunda generación" de estos instrumentos se adoptó después de la Segunda Guerra Mundial, basada en el concepto más amplio de seguridad social y dirigida a toda la población. El más importante de los convenios (No. 102 aprobado en 1952) estableció la llamada "norma mínima" de seguridad social que reunió varios instrumentos previos y estableció requisitos básicos en cada contingencia social sobre cobertura, prestaciones y condiciones de acceso. Otros grupos importantes de convenios y recomendaciones fueron aprobados en los años sesenta y en los años ochenta y el más reciente en 2000.[4] Estos instrumentos contienen los principios básicos convencionales de la OIT que rigieron en el mundo sin ningún reto importante hasta fines de los años ochenta.

Los cambios económicos, sociales y demográficos ocurridos en los últimos dos decenios del siglo XX, así como la acción influyente en la seguridad social de los organismos financieros internacionales y regionales (Banco Mundial, FMI, BID) y el proceso de globalización, han gestado un nuevo paradigma de la seguridad social, auspiciado reformas estructurales que se desvían de varios de sus principios convencionales e introducido nuevos principios. En la Conferencia de 2001, la OIT preparó un documento y acordó una resolución tripartita sobre seguridad social la cual proclama que continúa basándose en sus principios fundamentales pero respondiendo a los nuevos retos. Afirma que "no existe un modelo idóneo único de seguridad social" y que "cada sociedad debe elegir cual es la mejor forma de garantizar la seguridad del ingreso y el acceso a la atención de salud", pero que "todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos" (OIT 2002: 2). Una revisión de los convenios y recomendaciones de la OIT acometida en 2001-2002 concluyó que los mismos están actualizados y son pertinentes, si bien es necesario adaptar algunos de ellos y promover una mejor difusión de todos (Humblet y Silva 2002).

América Latina introdujo sus programas de seguro social mucho antes que otros países en desarrollo en África, Asia y Oriente Medio; a fines de los años setenta todos los países de la región tenían dichos programas en vigor pero con diferencias notables entre ellos. En 1980, antes de que Chile iniciara las reformas estructurales, los países latinoamericanos fueron calificados y ordenados en tres grupos, basados en la fecha en que introdujeron sus primeros programas de seguro social en pensiones y enfermedad-maternidad, así como el grado de desarrollo alcanzado en esos programas (medido por once indicadores): pionero-alto, intermedio, y tardío-bajo. Las características de los tres grupos y el orden de los países en cada grupo se resumen a continuación. El grupo pionero-alto

[3] Los "Convenios" son acordados por la Conferencia anual de la OIT, fijan condiciones mínimas y se comunican a las autoridades legislativas nacionales para que consideren su ratificación, si bien ésta no es obligatoria. Las "Recomendaciones" establecen condiciones más avanzadas que los convenios y no están sujetas al proceso de ratificación. Dichos instrumentos son diseñados para ser adoptados universalmente, pero de manera flexible para facilitar su aceptación y potencial ratificación entre 175 países miembros que tienen notables diferencias entre ellos (OIT-AISS 2001; Humblet y Silva 2002).

[4] Los Convenios más importantes son: 102 de 1952 (norma mínima), 162 de 1962 (igualdad de trato), 121 de 1964 (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales), 128 de 1967 (pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes), 130 de 1969 (atención a la salud), 157 de 1982 (conservación de derechos), 168 de 1988 (fomento de empleo y prevención del desempleo) y 183 de 2000 (protección de la maternidad). Virtualmente en cada año se aprobó una Recomendación en el mismo tema (el texto completo de todos los instrumentos se encuentra en http://www.ilolex.ilo.ch:1567/spanish/docs/convdisp.htm; para un resumen y análisis de los mismos ver Humblet y Silva 2002).

(Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica[5]) fue el primero en establecer los sistemas de seguros sociales en la región, en los años veinte y en los años treinta, alcanzó la mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas, su población estaba relativamente más envejecida y su esperanza de vida era mayor, pero los sistemas adolecían de estratificación, altos costos, déficit creciente y desequilibrio financiero y actuarial. El grupo intermedio (Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela) implementó sus programas principalmente en los años cuarenta y cincuenta, influenciado por el Informe Beveridge y los convenios de la OIT, logró una cobertura y desarrollo medio de sus sistemas, estos estaban menos estratificados, su costo era menor y su situación financiera mejor que en el primer grupo, aunque algunos ya enfrentaban desequilibrio. El grupo tardío-bajo (Paraguay,[6] República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití) fue el último que introdujo sus programas, en los años sesenta y setenta, su población era la más joven y su esperanza de vida la menor, sus sistemas eran relativamente más unificados y adolecían de menos problemas financieros, pero tenían la menor cobertura y desarrollo de sus sistemas (Mesa-Lago 1985). Las diferencias notables entre estos tres grupos se reflejaban de manera diversa en la vigencia de los principios de seguridad social.

Todos los principios identificados y descritos a continuación no son especificados y ordenados exactamente así por la OIT. Basado en varios de sus documentos, el autor ha recopilado, clasificado, combinado algunos principios y ordenado todos ellos de forma lógica. Dicho orden no implica necesariamente un rango o prioridad, ya que el conjunto de principios está interrelacionado como se verá. Los seis principios fundamentales son: (1) universalidad en la cobertura; (2) igualdad, equidad o uniformidad en el trato; (3) solidaridad y redistribución del ingreso; (4) comprensividad y suficiencia de las prestaciones; (5) unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión, y (6) sostenibilidad financiera. Las secciones siguientes primero trazan la evolución de los principios y resumen estos, y después evalúan su vigencia en América Latina y el Caribe antes de las reformas de salud.

A. Universalidad de la cobertura

1. Evolución del principio

Beveridge (1946: 155) introdujo este principio como "comprensividad en la cobertura de las personas" y lo consideró un instrumento para abolir la pobreza. La Declaración de Filadelfia de 1944 proclamó que todos los miembros de la comunidad deberían ser cubiertos, de ahí la necesidad de extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes lo necesiten y prestar asistencia médica completa. Una recomendación de 1944 estableció que el seguro social debería proteger a "todos los asalariados y trabajadores independientes y a las personas a su cargo". Los convenios 102 de 1952 y 128-130 de 1967 fijaron respectivamente coberturas mínimas de las personas para cada una de las contingencias, basada en tres porcentajes alternativos; para la atención a la salud y las prestaciones monetarias por enfermedad-maternidad: 100% de todos los

[5] Por la fecha de creación de sus programas y su población joven, Costa Rica pertenecía al grupo intermedio, pero por la extensión de la cobertura, el desarrollo de su sistema y el costo de éste se colocaba en el grupo pionero-alto.

[6] Originalmente Paraguay se ordenó al final del grupo intermedio, en parte por la fecha de creación de sus programas, pero en 2002 su cobertura era una de las tres más bajas de la región, su población una de las más jóvenes, su esperanza de vida una de las más bajas y el sostenimiento financiero de su sistema era alto en comparación con los otros países; por estas razones el autor decidió que este país encaja ahora mejor en el grupo tardío-bajo.

asalariados, 75% de toda la PEA o 75% de todos los residentes.[7] En aras de la flexibilidad, se permite la exclusión de dichos mínimos a grupos de trabajadores de difícil cobertura, por ejemplo, ocasionales, familiares no remunerados, a domicilio y agrícolas. También se permiten excepciones temporales en los países en desarrollo, limitando el mínimo de cobertura a empresas industriales con cierto número de trabajadores, si bien los países deben precisar periódicamente si los motivos de dicha excepción persisten o no (Humblet y Silva 2002; OIT 2002b).

La cobertura comenzó por los grupos organizados, grandes empresas, empleadores formales y asalariados urbanos, los más fáciles y rápidos para identificar, afiliar, recaudar, llevar el registro y la cuenta individual. Se propuso que la cobertura se iría extendiendo progresivamente, pero no pudo hacerse en muchos países por el predominio de las pequeñas empresas, el trabajo doméstico, por cuenta propia, a domicilio, ocasional y agrícola de subsistencia. La cobertura depende del grado de industrialización, el tamaño del sector formal y la antigüedad del sistema, de manera que es muchísimo mayor en los países desarrollados que en los países menos desarrollados. Las crisis económicas, los programas de ajuste estructural, la globalización y otros factores han generado un mayor desempleo, así como empleo parcial, por cuenta propia, ocasional, en microempresas y el sector informal, provocando una caída en la protección social y creando nuevos retos al ideal de universalidad (OIT 2000b; OIT-AISS 2001a).

En 2000 la OIT declaró que la extensión de la cobertura es el mayor reto que confrontan los sistemas de seguridad social. Para hacer frente a este reto y los problemas antes explicados, en 2001 la Conferencia acordó renovar la campaña para mejorar y extender la cobertura a quienes la necesiten, si bien cada país debe determinar una estrategia nacional que logre la seguridad social para todos. “La función prioritaria del Estado es facilitar, promover y extender la cobertura de la seguridad social”; “hay que dar máxima prioridad a las políticas e iniciativas que aporten seguridad social a aquellas personas que no estén cubiertas por los sistemas vigentes”, por ejemplo, empleados de microempresas, trabajadores por cuenta propia o independientes, trabajadores a domicilio o temporales, participantes en el sector informal—muchos de ellos mujeres. Para ello hay que tener en cuenta las diversas necesidades y capacidades contributivas de los grupos. Cuando no se pueda cubrir de manera inmediata y obligatoria a estos grupos, habría que introducir seguros voluntarios, microseguros u otras medidas como la asistencia social (OIT 2002b).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

Antes de las reformas de salud en América Latina, el principio de universalidad regía en una minoría de países. Era difícil la medición de la cobertura en cada país y la comparación entre los países, por las razones siguientes: en algunos casos la cobertura se basaba en los afiliados y en otros en los cotizantes, en unos países incluía a virtualmente todos los asegurados mientras que en otros excluía a grupos con programas separados, el estimado de cobertura en salud era poco preciso en parte por un registro inadecuado de los familiares dependientes cubiertos y porque excluía a los protegidos por los sistemas asistenciales y/o el ministerio de salud. No existían series históricas comparativas al nivel regional publicadas por la OIT, la AISS, la OMS, la OPS u otros organismos regionales o internacionales, las cifras que siguen son cálculos del autor para 1980. Los países del grupo pionero-alto habían alcanzado o se aproximaban a la universalidad, así la cobertura de la población total en enfermedad-maternidad oscilaba entre 67% y 96%.[8] Los países del grupo intermedio tenían una cobertura inferior y sólo tres de ellos alcanzaban aproximadamente la mitad de la población, fluctuando entre 10% y 54%. Los países del grupo tardío-bajo sufrían la cobertura

[7] En las prestaciones de maternidad los porcentajes mínimos en el convenio 102 son: el 50% del total de mujeres asalariadas y de las cónyuges de hombres asalariados o el 20% de la PEA residente, mientras que en el convenio 183 de 2000 son todas las empleadas.

[8] Se excluye a Cuba porque no publica estadísticas de cobertura; el autor la estimó de forma gruesa, basado en la ley y cifras de la población, en cercana al 100% en 1980 (Mesa-Lago 1985, 2003b).

más baja, con un rango entre 4% y 19% (excluyendo Haití). A pesar de la "década perdida" y el incremento del sector informal, entre 1980 y 1988/1995, la cobertura en enfermedad-maternidad estimada para 16 países aumentó en 13 y disminuyó en tres (Mesa-Lago y Bertranou 1998).[9] En todos los países el subsector público estaba encargado de cubrir a los no asegurados de bajo ingreso o pobres, pero en los países del grupo pionero-alto este segmento era relativamente pequeño, mientras que en los otros dos grupo era mayor y más difícil de proteger (Mesa-Lago 1985).

Como ya se ha dicho, los mínimos de cobertura en salud por el seguro social fijados en los convenios de la OIT son 100% de todos los asalariados o 75% de toda la PEA o de la población residente; estimados gruesos de cobertura de América Latina permiten aplicar aproximadamente algunos de dichos parámetros. El promedio ponderado de cobertura era 61,2% de la población total en 1980 y el autor lo ha actualizado a 63,8% circa 1990 [10] (antes de las reformas, salvo Chile), para un incremento de 2,6 puntos porcentuales; excluyendo al Brasil que tenía la mayor población y una de las coberturas más altas, el promedio ponderado del resto de la región aumentó de 42,7% a 51,8% entre 1980 y 1990 (1980 de Mesa-Lago 1985; 1990 estimados del autor basados en Mesa-Lago y Bertranou 1998 y población total de CEPAL 2003a). Todas estas cifras quedaban por debajo del mínimo de la OIT, pero los estimados se limitaban normalmente a los programas principales de seguro social contributivo, excluyendo algunos seguros pequeños así como a los programas asistenciales o no contributivos que la aumentaban considerablemente, por ejemplo, en Costa Rica de 76% al 83% y en Uruguay del 69% al 86%. Más importante aún, excluía la atención por los subsectores público (ministerios de salud y otras entidades públicas). Por último, la OIT (2000b) afirma que "los sistemas de seguridad social en la mayoría de los países en desarrollo cubren a menos de la mitad de los empleados asalariados", de manera que América Latina estaba probablemente por encima de dichos países en este parámetro.

No obstante, los promedios regionales de cobertura ocultaban diferencias importantes entre los países en 1990, la cual oscilaba de 74% a 96% en el grupo pionero-alto, 16% a 58% en el grupo intermedio, y 6% a 22% en el grupo tardío-bajo; en diez países la cobertura era inferior al 50% de la población (Mesa-Lago y Bertranou 1998). Los factores que explican las diferencias en la cobertura son el grado de industrialización y urbanización, el tamaño del sector formal o asalariado y la antigüedad del sistema. Los países del grupo pionero-alto tienen las proporciones más altas en industrialización, urbanización y fuerza laboral asalariada y los sistemas más antiguos, mientras que los del grupo tardío-alto tienen las proporciones menores en industrialización, urbanización y fuerza laboral asalariada, así como los sistemas más recientes, la mayoría de su fuerza laboral es informal o agrícola y está excluida de la cobertura. En los países menos desarrollados (parte del grupo intermedio y todo el grupo tardío-bajo) la cobertura usualmente comenzó por la capital, luego se extendió a las zonas urbanas, más tarde cubrió plantaciones agrícolas para exportación, etc. (Mesa-Lago 1994).

B. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

1. Evolución del principio

Beveridge recomendó tasas de cotización uniformes para todos los asegurados y atención de la salud igual para todos, con independencia de sus ingresos, una postura que se criticó alegando que

[9] Aumentó en Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela y disminuyó en Argentina, Bolivia y Guatemala (Mesa-Lago y Bertranou 1998).

[10] Estos estimados de cobertura incluyen a cónyuges e hijos hasta la mayoría de edad en todos los países, salvo en Ecuador sólo a la mujer asegurada y sus hijos menores de un año, en Colombia sólo a la mujer embarazada e hijos menores de un año, y en El Salvador a la cónyuge y a los hijos menores de seis años sólo en vacunación y control de salud.

dañaría la iniciativa, las prestaciones serían muy bajas y se crearían riesgos. Beveridge a su vez refutó con los argumentos que toda la población tendría acceso a un mínimo de subsistencia, que prestaciones mayores serían incosteables y que los asegurados que tuviesen recursos podrían recurrir al seguro voluntario adicional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos prohibió cualquier tipo de discriminación basada en raza, género, idioma, religión, política, nacionalidad, propiedad, ingreso u otras causas. La OIT considera que la "igualdad de trato es un principio guía de la seguridad social" (Greber 1997: 19). Pocos países implantaron sistemas igualitarios al estilo sugerido por Beveridge y la mayoría establecieron una relación entre cotizaciones y prestaciones. Al comienzo se excluyó a los grupos de alto ingreso ya que estaban autoprotegidos o podían pagar atención privada. Las condiciones legales de acceso deberían ser iguales para todos los asegurados, evitando cualquier discriminación por género, ocupación o ingreso, pero grupos de trabajadores que ya tenían planes de salud ocupacionales o de empresa, superiores al sistema general, normalmente los mantuvieron. Los funcionarios públicos (estatales y paraestatales) a menudo tienen un programa separado con prestaciones mejores, por lo que también es difícil incorporarlos al sistema general. En muchos países hay una dualidad en el trato a la atención de salud: los asegurados cubiertos por el seguro social y los protegidos por al sistema nacional o público de salud que está usualmente a cargo del ministerio del ramo. Por último hay discriminación por género debido a las desigualdades existentes en las remuneraciones entre hombres y mujeres por igual trabajo; además de que el tiempo que la mujer dedica a la crianza de los hijos y atención de parientes ancianos o desvalidos no se toma en cuenta como trabajo y no cotiza. Hasta fines del siglo XX la igualdad de género no había sido procurada por ningún convenio de seguridad social (Greber 1997; OIT-AISS 2001a).

En su resolución de 2001, la Conferencia declaró que las prestaciones no deben ser discriminatorias y puso énfasis en el tema de género: "La seguridad social debería fomentar y basarse en principios de la igualdad de género". Para ello no sólo debe haber legalmente trato igualitario para ambos sexos en situaciones similares, sino también tomar medidas efectivas para garantizar la igualdad de hecho para las mujeres. El acceso de éstas al empleo apoyará la tendencia a concederles prestaciones de seguridad social por derecho propio en vez de por dependencia al asegurado varón. También las mujeres deben ser retribuidas por su contribución al cuidado de los hijos y familiares incapacitados. "Cada sociedad debería considerar la posibilidad de introducir una discriminación positiva a favor de las mujeres allí donde haya que hacer frente a la discriminación [negativa] del sistema" (OIT 2002b: 4).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

En América Latina los países del grupo pionero-alto (y algunos del grupo intermedio) tenían, desde fines del siglo XIX, programas que protegían a los funcionarios públicos y militares, una evolución común en el resto del mundo como reconoce la OIT (2000b: 23). El seguro social en dicho grupo se desarrolló de manera fragmentada a través de múltiples programas que de forma gradual fueron cubriendo a sectores ocupacionales cerrados, cada uno de ellos con sus propios asegurados y legislación. Esta evolución generó un sistema estratificado de tipo ocupacional, con diferencias no justificadas en nivel de cobertura, condiciones de acceso, financiamiento y prestaciones, contrario al principio de igualdad de trato. Los sectores mejor organizados lograron una cobertura más temprana y casi total, condiciones de acceso más liberales, prestaciones superiores y subsidios fiscales, mientras que lo opuesto ocurrió con los sectores menos poderosos.[11] En los años sesenta, setenta y ochenta ocurrió un proceso de unificación y normalización (homologación relativa) de las condiciones de acceso en todos los países de este grupo, aunque mantuvieron algunas inequidades importantes. El grupo intermedio se benefició de la creación posterior de sus programas de

[11] Mientras que las fuerzas armadas y los funcionarios públicos tienen cobertura total, los trabajadores por cuenta propia, servicio doméstico y del agro o bien no están cubiertos o tienen la cobertura más baja.

enfermedad-maternidad (aprendiendo de los problemas sufridos por los pioneros), así como de la influencia del informe Beveridge que tuvo impacto en el establecimiento de un sistema general de seguro social. Pero en algunos países subsistieron programas previamente existentes y en otros surgieron nuevos programas e inequidades. El grupo tardío-bajo estableció los sistemas menos estratificados y con menores diferencias, aunque con excepciones importantes (Mesa-Lago 1978, 1985; ver sección 5 abajo).

En todos los países las fuerzas armadas tenían (y aún tienen) programas de salud y/o hospitales separados (salvo Costa Rica que no tiene ejército y Panamá cuyo programa general integra a las fuerzas armadas), mientras que en muchos países los funcionarios públicos también tenían (y tienen) sus propios programas (esto no es exclusivo de la región ya que ocurre en países industrializados). Ambos sectores usualmente disfrutan de condiciones de acceso más liberales y prestaciones más generosas que el sistema general, aunque dichas diferencias eran más pronunciadas en pensiones que en salud. Otros sectores ocupacionales que gozaban de programas superiores (y todavía gozan en muchos países) son los congresistas, los jueces, los maestros y profesores universitarios, los trabajadores bancarios, de servicios públicos y petroleros, y aún los funcionarios de la seguridad social. Por el contrario, los trabajadores agrícolas, por cuenta propia y del servicio doméstico, cuando estaban cubiertos, tenían condiciones de acceso relativamente más estrictas y prestaciones más magras (Mesa-Lago y Bertranou 1998; Mesa-Lago 2001c).

Usualmente existían (y existen) diferencias en la calidad de la atención de la salud entre los diversos grupos: los hospitales y servicios médicos de las fuerzas armadas eran con frecuencia los mejores, seguidos por los del seguro social y, por último, los del ministerio de salud que atiende a la población no asegurada.[12] Además era frecuente que los servicios y el personal fuesen mucho mejores en la capital (donde estaban concentrados), las zonas urbanas y las regiones más desarrolladas, mientras que las zonas rurales y las regiones menos desarrolladas tenían los peores servicios y el personal más escaso, si los había. La región logró avances importantes en la salud, pero no eran iguales en todos los países, ni para todos los grupos y zonas dentro del mismo país (Mesa-Lago 1992; OPS 1998).

C. Solidaridad y redistribución del ingreso

1. Evolución del principio

En la concepción de Beveridge, toda la población debe estar afiliada al sistema de seguridad social y debe contribuir a su financiamiento para garantizar su sostenimiento; también debe haber solidaridad entre las generaciones y entre sanos y enfermos, todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo. Además adujo que para elevar el nivel de vida y eliminar la pobreza no basta con el aumento de la producción, sino que es necesaria una adecuada redistribución del producto. La seguridad social contribuye a esto, por una parte, con el financiamiento tripartito (cotizaciones de trabajadores y empleadores—el trabajador por cuenta propia sólo paga su cotización—y el Estado aporta un subsidio con base a los impuestos generales), por otra parte, las prestaciones universales ayudan a los grupos de bajo ingreso y la asistencia social (totalmente financiada por el Estado) se encarga de los pobres. Los seguros voluntarios adicionales no reciben subsidios fiscales, pues son financiados por los propios asegurados o por sus sindicatos o mutualidades o a través de la compra de seguros. “El plan de seguridad social es primera y principalmente un método para redistribuir los ingresos, de manera de anteponer las primeras y más

[12] Dos excepciones notables son: el seguro social de Costa Rica que cubre y da igual trato a los asegurados y la población pobre no asegurada, y el sistema nacional de salud de Cuba que otorga igual trato a toda la población (salvo las fuerzas armadas y de seguridad interna que tienen servicios propios).

urgentes necesidades y de hacer el mejor uso posible de cualesquiera recursos a que se pueda echar mano" (Beveridge 1946: 210, 214).

Existe una fuerte interrelación entre los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, de manera que si uno de ellos no funciona adecuadamente afecta a los otros dos. Según la OIT, en atención al principio de solidaridad todos los trabajadores deben afiliarse y cotizar al sistema general, pero hay grupos con programas separados que se resisten a la integración. En lo económico, el objetivo y efecto general de la seguridad social debe ser la redistribución del ingreso de forma horizontal y vertical.[13] En la horizontal, los que están sanos y activos transfieren recursos a los que están enfermos y son pasivos; sin embargo, este efecto es significativo cuando la cobertura poblacional es universal o está muy extendida, pero reducido o nulo cuando la cobertura es pequeña. En la vertical, los grupos de alto ingreso transfieren a grupos de bajo ingreso a través de las cotizaciones (los de mayor ingreso pagan más, aunque puede haber un tope que limita el efecto), las prestaciones (como la atención sanitaria igual donde existe) y los subsidios estatales, especialmente si el sistema tributario general es progresivo (OIT-AISS 2001a).[14] También hay la redistribución a través del tiempo o entre generaciones (los jóvenes ayudan a financiar a los ancianos), así como por género, la transferencia de hombres a mujeres para compensar la discriminación que sufren las últimas.

La Conferencia de 2001 reafirmó que la seguridad social es una herramienta importante para fomentar la solidaridad, la redistribución y el alivio de la pobreza. La integración de la economía informal en la economía formal es un reto fundamental, así como una cuestión de equidad y solidaridad social. "La ayuda a los grupos vulnerables de la economía informal debería ser financiada por toda la sociedad." Los programas de seguro social son solidarios porque asumen el riesgo de forma colectiva, mientras que en los programas privados e individuales son las propias personas las que asumen el riesgo. "Si bien esta alternativa existe, ello no debería debilitar los sistemas de solidaridad, en los que el riesgo está repartido entre todos los afiliados al régimen" (OIT 2002: 2-4).

El seguro social de salud (enfermedad-maternidad) se basa en una mancomunidad de riesgos y recursos en que se fundamenta el principio de solidaridad: los asegurados pagan según su capacidad económica, pero la atención médica es básicamente uniforme para todos, aunque ajustada al riesgo del asegurado y su familia. Existe una diferencia con el programa de pensiones en el cual hay una relación entre las cotizaciones acumuladas y el monto de la prestación, mientras que en salud las prestaciones no guardan relación con las cotizaciones. Esto significa que los jóvenes, sanos, solteros y hombres pagan relativamente más en relación con las prestaciones que reciben que los ancianos, enfermos, casados con familia y mujeres. Hay un "contrato entre generaciones" porque los jóvenes pagan cotizaciones más altas (invierten en su protección a largo plazo), a pesar de que su riesgo de enfermedad es relativamente bajo, para que después cuando lleguen a la ancianidad sus cotizaciones y los de la nueva generación puedan financiar gastos de salud superiores (OIT/AISS 2001b).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

Todos los programas de seguridad social en América Latina se asentaban en el principio de solidaridad entre grupos de ingreso, generaciones (activos y pasivos), y poblaciones sana y enferma.

---

[13] Una publicación reciente de la OIT (2002b: 69), advierte que el objetivo de redistribución no puede ser logrado principalmente a través de la seguridad social, sino que debe ser mediante políticas macroeconómicas.

[14] Para Greber (1997) la solidaridad implica que algunos reciben prestaciones sin haber cotizado, otros reciben más de lo que han cotizado y los que tienen alto ingreso pagan cotizaciones que benefician a los dos primeros grupos.

Sin embargo, el impacto positivo de dicho principio se reducía, aunque con diferencias notables entre países, por cuatro factores: la estratificación (especialmente en el grupo pionero-alto), la baja cobertura (en todo el grupo tardío-bajo y la mitad del grupo intermedio), los topes de cotización, y la asignación sesgada de los recursos de salud. Los asegurados en programas separados del sistema general no cotizaban a éste, pero recibían prestaciones mejores y de calidad superior, además con frecuencia se beneficiaban de subsidios fiscales financiados por toda la población. En los países con baja cobertura, la cotización del empleador a menudo se transfería a los precios, mientras que el aporte estatal se nutría de impuestos mayormente al consumo, por lo cual la mayoría de la población, no cubierta y de bajo ingreso, contribuía a la protección de la minoría asegurada de ingreso medio. Los programas privilegiados que cubrían a un sector de la población de ingreso más alto recibían subsidios fiscales, con lo cual también ocurría una transferencia regresiva dentro del grupo asegurado. En la mayoría de los países había un tope de cotización (como es frecuente también fuera de la región), de manera que el ingreso superior al tope no cotizaba al sistema. El grueso de los recursos de salud se asignaba al seguro social de enfermedad-maternidad, el cual era primordialmente de carácter curativo y en la mayoría de los países cubría a la minoría de la población, mientras que un parte pequeña de los recursos se asignaba al ministerio, el principal proveedor en el subsector público de salud, el cual tenía a su cargo la prevención y la atención de la población no asegurada de ingreso bajo y pobre, que usualmente era la mayoría.

El sector informal estaba generalmente excluido, aunque varios países tenían programas obligatorios para trabajadores por cuenta propia y servicio doméstico. En Costa Rica, el Estado promovía la incorporación del trabajador por cuenta propia aportando la cotización del empleador en el seguro de enfermedad-maternidad. El sistema tendía a generar un efecto regresivo en la distribución, aunque este se reducía, neutralizaba o revertía donde la cobertura era mayor, la estratificación menor y existían programas asistenciales y para promover la cobertura del sector informal (Mesa-Lago 1978, 1985; Mesa-Lago y Bertranou 1998; CEPAL 2002a).

D. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones

1. Evolución del principio

La seguridad social debe amparar contra todos los riesgos o contingencias sociales y sus prestaciones han de ser suficientes para asegurar un mínimo adecuado. El plan Beveridge era comprensivo ya que combinaba tres instrumentos: (a) los seguros sociales (el más importante) que incluía pensiones, enfermedad-maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, promoción de empleo y asignaciones para hijos; (b) la asistencia social (de carácter suplementario), para aquellos no cubiertos por el seguro social que estuviesen en estado de necesidad (sujeto a la comprobación de recursos) y que ofrecía prestaciones inferiores a las del seguro social, y (c) los seguros voluntarios (adicionales) para los asegurados que tuviesen recursos que "compraban" una atención de salud más personalizada y con mejor "hotelería" (habitación, comida y otros servicios no sanitarios). Por otra parte las prestaciones eran de subsistencia, independientes del ingreso aunque podían adicionarse de forma voluntaria.

El convenio 102 de 1952 de la OIT determinó que la seguridad social comprende nueve ramas o programas y estableció normas mínimas en contenido y nivel en las siguientes prestaciones: atención a la salud; monetarias por enfermedad, maternidad, vejez, invalidez y sobrevivientes; accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; desempleo, y prestaciones familiares.[15] Estas prestaciones no tenían necesariamente que ser establecidas todas juntas, podía haber una

[15] Greber (1997) desdobla este principio en tres garantías: a la atención de la salud, a un ingreso sustitutivo cuando ocurren las contingencias sociales y a un ingreso básico.

implementación gradual por etapas. La fijación del mínimo de las prestaciones enfrentó serios problemas debido a las notables diferencias entre los países. Todo lo anterior se refiere a los programas de seguro social, los cuales se distinguen de la asistencia social en varios aspectos: el seguro es financiado por cotizaciones y genera un derecho a las prestaciones, mientras que la asistencia es financiada por el Estado, no hay un derecho a las prestaciones que se ofrecen de acuerdo con los recursos existentes y el beneficiario debe encontrarse en estado de necesidad (OIT-AISS 2001a).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

Antes de la reforma, la totalidad de los países latinoamericanos tenía seguros sociales de enfermedad-maternidad, pensiones y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por lo que la población asegurada estaba legalmente protegida contra todos los riesgos (cumpliendo así con las normas de la OIT, excepto en desempleo y prestaciones familiares), aunque ello dependía en la práctica del grado de cobertura.

Las condiciones de acceso a las prestaciones de enfermedad-maternidad en la región eran (y aún son) relativamente generosas, por ejemplo, en casi todos los países se otorgaba cobertura al asegurado, su cónyuge e hijos dependientes aunque con algunas excepciones y limitaciones. Los costos de este programa aumentaron debido a la liberalidad de las condiciones de acceso, la inflación, la transición epidemiológica, el aumento de la esperanza de vida, la ineficiencia administrativa, y el predominio excesivo de la costosa medicina curativa sobre la preventiva, todo lo cual tuvo un efecto adverso en la oferta y calidad de los servicios sanitarios. En el decenio de los años ochenta, la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural, redujeron los presupuestos públicos de salud y deterioraron aún más los servicios (Mesa-Lago 1992, 1994; Mesa-Lago y Bertranou 1998; OIT 2000b).

E. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión

1. Evolución del principio

El plan Beveridge estipuló la unificación administrativa, a fin de promover la eficiencia y reducir los costos. El seguro social sería menos costoso que el seguro voluntario privado, debido a economías de escala, su carácter no lucrativo y el entrenamiento de personal técnico y especializado en la seguridad social. Un Fondo de Seguro Social recaudaría todas las cotizaciones, y tramitaría y pagaría todas las prestaciones; mientras que los tres programas serían administrados y supervisados por el Ministerio de Seguridad Social a fin de que hubiese una política única y coordinada. La unidad no necesariamente implicaría centralización, así el sistema sería descentralizado a través de agencias locales cercanas a los asegurados que conociesen sus necesidades.

La unidad en la gestión de la seguridad social podría ahorrar recursos ya que: eliminaría la multiplicidad de programas con diversas administraciones; unificaría los servicios de afiliación, recaudación, registro y pagos; consolidaría instalaciones, equipo y personal; establecería un régimen jurídico único que simplificaría su conocimiento y aplicación; facilitaría el acceso del asegurado y la transferencia (“portabilidad”) de su cobertura al cambiar de empleo, y eliminaría los conflictos de jurisdicción entre entes diversos. Pero la tendencia a la unidad de la seguridad social fue obstaculizada por el desarrollo histórico paulatino de programas que cubrían a diversos grupos de asegurados los cuales resistieron la integración. Por otra parte la necesidad de llevar registros centralizados para ayudar en la identificación, afiliación y cambio de empleador no es ya tan necesaria con el uso de la electrónica en redes de ordenadores interconectados (OIT-AISS 2001a).

Debido a la diversidad económica, social y política de los países miembros, la OIT decidió, cuando se estaba redactando el convenio 102, que no era aconsejable recomendar un modelo único y uniforme de la administración de la seguridad social, ya que existían modelos muy diversos en el mundo. No obstante, dicho convenio estableció el principio de responsabilidad del Estado y la OIT ha observado recientemente que en los países con cobertura casi universal es común encontrar una institución única a cargo de todas las funciones del sistema. También es habitual que un ministerio central sea responsable de la política de seguridad social, ya sea el de trabajo o servicios sociales o específicamente uno de seguridad social. La OIT y la OMS recomiendan la integración de la atención de la salud del seguro social con la del sistema general público, así como la coordinación de la política sanitaria por el ministerio de salud, pero dicha coordinación (mucho menos integración) es políticamente difícil. La OIT reconoce que los ideales de una administración eficaz, eficiente y de bajo costo no siempre se cumplen en la práctica (Greber 1997; OIT-AISS 2001a).

Según la interpretación de la OIT, "La existencia dentro de un sistema de seguridad social de dos regímenes, uno público [o de seguro social] y otro privado, no resulta en sí incompatible con el convenio [102], ya que este instrumento permite organizar un grado mínimo de seguridad social a través de diferentes medios, siempre que se respeten los principios fundamentales de organización y gestión sobre los cuales debe seguir basándose la estructura de los regímenes de seguridad social": responsabilidad del Estado en última instancia y participación de los interesados en la administración. El convenio 102 estableció que cualquiera que sea el método de administración elegido, el Estado debe asumir una responsabilidad general en la buena gestión de las instituciones y de los servicios que ayude a asegurar la protección garantizada en los convenios. Además, los asegurados deben participar en la administración o estar asociados a ella con carácter consultivo cuando la administración no sea por un departamento del gobierno responsable ante el parlamento o una institución reglamentada por las autoridades públicas; en ciertos casos los empleadores deberían también tener representación. La administración de la seguridad social es a menudo bipartita o tripartita (Humblet y Silva 2002: 12-13). La participación de los asegurados en la administración es un importante complemento de la democracia, continúa siendo enteramente justificada hoy y teóricamente es un principio de la seguridad social, si bien el convenio 102 no garantiza enteramente dicha participación salvo en ciertos casos (Greber 1997). Dicha participación ayuda a que los sistemas reflejen las necesidades y aspiraciones de aquellos a los que la seguridad social debe servir y a que los cotizantes cumplan con sus obligaciones (OIT 2000b).

La Conferencia de 2001 declaró que "los regímenes deberían administrarse de forma sana y transparente, con costos administrativos tan bajos como sea factible y una fuerte participación de los interlocutores sociales".[16] Ratificó la participación eficaz y con un papel importante de dichos interlocutores en el desarrollo de políticas y en los órganos bipartitos (trabajadores y empleadores) o tripartitos (los dos anteriores más el gobierno) de gestión de la seguridad social. Identificó la mejora del gobierno y la administración de la seguridad social como temas prioritarios en la investigación, reuniones de expertos y cooperación técnica. Por último recomendó el diálogo social entre trabajadores, empleadores y gobierno con el fin de generar consenso social y voluntad política para actuar, especialmente cuando se debata una reforma del sistema (OIT 2002b: 2, 6, 29).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

La unidad de la gestión de los seguros sociales en América Latina existía en muy pocos países, por ejemplo, Costa Rica, Cuba y hasta cierto punto en Panamá. El proceso de estratificación en el grupo pionero-alto resultó en una multiplicidad de programas sin coordinación central y, a menudo, sin supervisión, por ejemplo, en Chile había 35 programas de seguro social de enfermedad-maternidad

[16] La OIT mantiene que el seguro social no tiene fines de lucro, a diferencia del seguro privado que sí lo tiene, por lo cual los costos de éste son más altos a fin de incluir un margen de ganancia (OIT/AISS 2001b).

en 1979. Aunque el grupo intermedio era menos estratificado, aún así, en Colombia operaban unos 1,000 programas de seguros sociales, pero en Panamá había sólo uno**.** Todo esto resultaba en mayores gastos administrativos, así como serios problemas para el control y la supervisión. La multiplicidad y segmentación en la atención de la salud eran comunes de manera que diferentes grupos de la población eran atendidos por instituciones diversas. Usualmente se encontraban tres subsectores de salud: (a) el público, representado principalmente por el ministerio de salud, que debía tener la función rectora pero en la mayoría de los países carecía de poder para ello, y estaba a cargo de la población no asegurada, pobre o de bajos ingresos, además, había otros proveedores públicos, como estados, provincias o departamentos y municipios (Argentina, Brasil, Colombia, México); (b) el seguro social que cubría al sector formal de ingreso medio y a menudo estaba estratificado, en algunos países gestionado por obras sociales (Argentina) o mutualidades (Uruguay), y (c) el subsector privado usualmente pequeño, especialmente para el grupo de alto ingreso, a través de diversos mecanismos, como prepago, seguro, clínicas y profesionales independientes. A pesar de las recomendaciones de la OPS y la OIT, sólo tres o cuatro países lograron una integración de los servicios de salud.[17] Esta situación incrementaba los costos, dejaba zonas sin atención y duplicidad de servicios del seguro y el ministerio en otras (especialmente en áreas urbanas) y generaba desperdicio de recursos escasos (Mesa-Lago y Bertranou 1989; Mesa-Lago 1994).

La responsabilidad del Estado en la seguridad social variaba según los países. En Cuba todo el sistema nacional de salud estaba y está a cargo del Estado (provisión y financiamiento); en Costa Rica, el seguro social era y es el principal proveedor y financista y el Estado debe transferirle el costo de los programas asistenciales de salud. En general en los países del grupo pionero-alto el Estado jugaba un papel más importante que en los del grupo tardío-bajo. En un buen número de países, el ministerio de salud, la auditoria estatal y/o el ministerio de hacienda tenían funciones de rectoría, supervisión y control de la seguridad social. Sin embargo, con pocas excepciones el rol del Estado fue adverso: adeudaba sus cotizaciones como empleador, aportes como tercera parte y el costo de servicios sanitarios a sus funcionarios, así como los servicios asistenciales. Con frecuencia el gobierno negoció acuerdos de pago con el seguro social pero sin ajustar la deuda a la inflación y abonando intereses misérrimos. También interfirió en la administración mediante el nombramiento de empleados innecesarios.

En la inmensa mayoría de América Latina, al menos antes de las reformas, el seguro social de salud funcionaba con "provisión directa", o sea, tenía sus propias instalaciones y personal donde prestaba los servicios a los asegurados. La "provisión indirecta" existía en pocos países en que el seguro social contrataba con establecimientos y profesionales de salud, para que estos prestasen parte de los servicios en áreas donde el seguro social no tenía instalaciones. Las ventajas de la provisión directa son el control de los precios y la calidad, así como una planificación más fácil de la infraestructura, mientras que las desventajas son el monopolio virtual, la burocracia, la falta de incentivos para ofrecer buena calidad y el posible conflicto de intereses. Las ventajas de la provisión indirecta son la separación de intereses, los mejores incentivos a la calidad del servicio a través de la competencia, y múltiples métodos de administración y organización, mientras que las desventajas son la exigencia de un marco jurídico y regulación estricta y ejecutable, la necesidad de administradores calificados en el seguro que sepan negociar con los proveedores, y los peligros de corrupción y altos costos (OIT/AISS 2001b).

El costo administrativo de los programas de seguro social tendía a ser menor en los países con mayor cobertura y viceversa, debido a economías de escala y al hecho de que los países con mayor cobertura son los más urbanizados (excepto Costa Rica) lo cual facilita la administración.

[17] Mientras que en América Latina había poquísimos sistemas de salud integrados, en el Caribe no latino virtualmente todos los países tenían sistemas nacionales de salud, una herencia del modelo británico (Mesa-Lago 2001c).

Entre 1980 y 1989 el gasto administrativo promedio tomaba entre 4% y 6% del gasto total en Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay, pero fluctuaba entre 12% y 21% en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. El principal componente del gasto administrativo es el salario y beneficios adicionales; el número de empleados por 1,000 asegurados a fines del decenio de los años ochenta y comienzos de los años noventa era sólo 8 en Costa Rica y 9 en Panamá, pero 15 en El Salvador y 20 en la República Dominicana. Sindicatos poderosos habían pactado salarios y condiciones laborales que se colocaban entre los mejores. En el programa de enfermedad-maternidad un problema frecuente era la baja eficiencia hospitalaria, medida por el porcentaje de ocupación y el promedio de días de estancia (Mesa-Lago y Bertranou 1998).

Virtualmente todos los países tenían participación tripartita (trabajadores, empleadores y gobierno) en la gestión del seguro social, a través de representantes en el consejo directivo o en comités de vigilancia o supervisión. En algunos países los pensionados también tenían representación y en dos de ellos (Argentina y Uruguay), organizaron asociaciones de enorme poder político y de "lobbying". No obstante, en varios países, el gobierno tenía mayoría en los consejos de administración o controlaba la designación de los representantes sindicales.

F. Sostenibilidad financiera

1. Evolución del principio

El informe de Beveridge mostró preocupación porque el plan de seguridad social fuese financieramente viable de acuerdo con la capacidad económica del país. Por ello planteó que no tenía que implantarse de una sola vez, podía ser por etapas pero como parte de un plan general e indicando las prioridades en su implementación e ir avanzando cuando existieran los recursos.

El convenio 102 de la OIT estipuló que "el Estado debe asegurar que se realicen periódicamente los estudios y cálculos actuariales necesarios para el equilibrio financiero y, en cualquier caso, antes de toda modificación de las prestaciones, cotizaciones e impuestos... El costo de las prestaciones y de los gastos de administración debe financiarse de forma colectiva a través de cotizaciones o impuestos o ambos... Los métodos de financiación deben evitar que las personas con bajos recursos tengan que soportar cargas demasiado pesadas y también deben tener en cuenta la situación económica del país y de las personas protegidas... El total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no debe superar el 50% del total de los recursos destinados a la protección", de manera que el resto debe ser financiado por los empleadores y/o el Estado (Humblet y Silva 2002: 13-14). Sin embargo, un estudio de la OIT plantea que las normas internacionales de seguridad social no han respondido a los cambios ocurridos en los últimos tiempos y carecen virtualmente de guías para la búsqueda de métodos financieros justos y viables que enfrenten dichos retos; los convenios existentes son insuficientes para que las naciones sostengan el funcionamiento de la seguridad social en el clima económico actual (Greber 1997).

Los regímenes de financiamiento y mantenimiento del equilibrio de la seguridad social en los programas de salud son a corto plazo y no necesitan fondos acumulados considerables ("reserva técnica") como los de pensiones que son a largo plazo. Sin embargo los programas de salud deben tener una "reserva para imprevistos" con el fin de enfrentar cualquier insuficiencia temporal debida a una disminución de ingresos o aumento de gastos. Dicha reserva debe equivaler como mínimo a dos meses de costos de funcionamiento, pero tendría que ser más alta si la cobertura es baja y los riesgos son altos, así como al comienzo de operación del programa. Debido a que la reserva no es cuantiosa usualmente no hay inversiones importantes, aunque si las hubiese sería una fuente de ingreso por intereses. La OIT apoya tres "principios clásicos" en las inversiones de seguridad social: seguridad, con el objeto de garantizar el mantenimiento de los fondos, el rendimiento, para

maximizar el fondo y así poder controlar el aumento de las cotizaciones y mantener las prestaciones, y la liquidez, con el fin de disponer del efectivo suficiente cuando se necesite. Otro objetivo diferente ha sido que las inversiones tengan una utilidad social (como en salud y vivienda), aunque hechas de manera eficiente pues de lo contrario se desviaría el objetivo fundamental de garantizar las prestaciones (OIT-AISS 2001a, 2001b). Sin embargo, muchas inversiones sociales no fueron hechas de manera eficiente y tuvieron rendimientos bajos o negativos que afectaron la viabilidad de las prestaciones.

La Conferencia de 2001 recomendó "ampliar las fuentes de la financiación de la seguridad social a través de la financiación tripartita" y advirtió que es necesario realizar proyecciones actuariales periódicas y que se introduzcan los ajustes necesarios. "Es imprescindible que se realice una evaluación actuarial completa de cualquier reforma que se proponga antes de adoptar una nueva legislación" (OIT 2002: 4-5).

2. Vigencia en América Latina y el Caribe

Antes de las reformas, la sostenibilidad financiera de los seguros sociales variaba entre los países de América Latina. El gasto de seguridad social como porcentaje del PIB era mayor en el grupo pionero-alto y menor en el tardío-bajo, también había diferencias importantes en la distribución de dicho gasto: en el grupo pionero-alto la mayoría iba a pensiones, mientras que en el grupo tardío-bajo iba a enfermedad-maternidad. Estas diferencias resultaban de la diversa antigüedad de los programas y el grado de envejecimiento de las poblaciones, pero la tendencia general era hacia un incremento de la carga sobre el PIB y, dentro del gasto total en seguridad social, un porcentaje creciente era dedicado a pensiones (OIT 2000b). El programa de enfermedad-maternidad se basaba en el régimen de reparto con una reserva de diversa importancia entre los países, cuya sostenibilidad financiera también variaba. Los principios de inversión (seguridad, rendimiento y liquidez) no se cumplían en la mayoría de los países de la región. Un problema frecuente era que el programa de pensiones había invertido en la construcción de instalaciones y equipos del programa de enfermedad-maternidad, a veces incluso subsidiando parte de sus gastos corrientes; con el transcurso del tiempo y el incremento en la proporción del gasto en pensiones, dichas transferencias se hacían imposibles y el déficit del programa de pensiones provocaba también el de enfermedad-maternidad. A pesar de tener equipos actuariales—de diverso nivel técnico—en todas las instituciones gestoras, no siempre se realizaban estudios actuariales periódicos o, cuando se hacían, con frecuencia no se implantaban sus recomendaciones.

En 1989, la distribución del ingreso de la seguridad social por fuente en la región era: 44% el empleador, 25% el trabajador, 19% el producto de la inversión, 9% el Estado y 3% otros. Dos tercios del ingreso provenía de las cotizaciones, cuyo porcentaje sobre el salario era mayor en el grupo pionero-alto y menor en el tardío-bajo. De acuerdo con la ley de algunos países, el Estado debía aportar ya fuese una cotización como tercera parte o una suma para ayudar en el gasto de las prestaciones o la administración, pero esta obligación usualmente se incumplía. En otros países la ley establecía impuestos para el seguro social, a veces de tipo general (por ejemplo, sobre alcohol o tabaco o la lotería) pero con más frecuencia para financiar los programas separados de sectores privilegiados (gravando los servicios que estos prestaban). Regía plenamente la norma mínima de la OIT de que el asalariado no debe financiar más del 50% de su protección, ya que los aportes de los asalariados promediaban 32% del total cotizado frente a 68% de los empleadores y el Estado. Sin embargo, los trabajadores por cuenta propia tenían que aportar la suma de los porcentajes de cotización propia y del empleador que no tenían, lo cual constituía un fuerte obstáculo a su cobertura.[18] Las altas cotizaciones (especialmente en el grupo pionero-alto), combinadas con ineficiencia en el control de la recaudación, sanciones pobres y poco efectivas contra el

[18] El programa de enfermedad-maternidad costarricense era una excepción, pues el Estado aportaba el equivalente de la cotización del empleador a los trabajadores por cuenta propia de bajo ingreso.

incumplimiento, así como la inflación, generaron incentivos para la evasión y la mora patronales; el Estado era uno de los principales deudores en la mayoría de los países.

G. Resumen: vigencia de los principios en la región antes de la reforma

El análisis de la vigencia de los principios de seguridad social en América Latina antes de las reformas muestra resultados mixtos y con gran variedad entre los países: (1) La cobertura promedio regional aumentó entre 1980 y 1990, a pesar de la grave crisis del decenio de los años ochenta, pero quedaba por debajo de la norma mínima de la OIT en salud, aunque dicho promedio excluía la cobertura de los subsectores público y privado. Por otra parte, mientras los países del grupo pionero-alto se aproximaban o cumplían con la norma, diez de los países restantes tenían una cobertura en salud muy inferior a la mínima. (2) Los sistemas estratificados—que proliferaron principalmente pero no sólo en el grupo pionero-alto—introdujeron desigualdades injustificadas en el nivel de cobertura, condiciones de acceso, prestaciones y financiamiento entre diversos sectores ocupacionales; aunque estas inequidades fueron reducidas por procesos de unificación y normalización, aún subsistían programas privilegiados para las fuerzas armadas en virtualmente todos los países y para funcionarios públicos y otros grupos en varios países. Había también desigualdades en servicios de salud entre zonas urbanas y rurales y entre regiones geográficas. (3) El principio de solidaridad era proclamado en todos los países, aunque disminuido por la estratificación subsistente, la cobertura baja en la mitad de los países, los topes de cotización en muchos de ellos y la asignación sesgada de los recursos de salud. El sistema tendía a generar un efecto regresivo, aunque atenuado o revertido en los países que tenían alta cobertura, baja estratificación e inclusión de grupos de bajo ingreso. (4) El principio de suficiencia regía legalmente en toda la región pero en la práctica dependía del nivel de cobertura. Las condiciones de acceso eran muy liberales en el grupo pionero-alto pero más estrictas en el tardío-bajo. (5) La unidad de gestión existía en sólo tres países, debido a la estratificación especialmente en el grupo pionero-alto, aunque el proceso de unificación redujo el número de instituciones y estableció una agencia central administrativa. La dualidad y falta de coordinación entre los subsectores de seguro social y público (más otros proveedores) persistía en la gran mayoría de los países. La responsabilidad estatal variaba de total a muy reducida pero, con pocas excepciones, el Estado jugó un papel adverso. El costo administrativo era bajo en los países con mayor cobertura y alto en los de menor cobertura. Virtualmente en todos los países había participación tripartita en la gestión, pero en varios de ellos el gobierno tenía mayoría o controlaba la selección. (6) La sostenibilidad financiera variaba, la tendencia general era hacia un incremento del gasto sobre el PIB y del gasto de pensiones dentro del gasto general de seguridad social, mientras se reducía proporcionalmente el gasto de salud. Regía la norma mínima de que el trabajador asalariado no pagase más del 50% de la cotización total: 32% los trabajadores versus 68% los empleadores y el Estado. Pero la alta cotización (especialmente en el grupo pionero-alto) generaba incentivos para la evasión y la mora y el Estado era uno de los principales deudores. La inversión del programa de salud era generalmente pequeña o inexistente, el programa de pensiones con frecuencia invertía en la infraestructura hospitalaria y esta era una inversión social positiva pero no desde un punto de vista financiero; según maduraba el programa de pensiones éste no podía invertir más en salud, reduciendo la sostenibilidad de ambos.

La evaluación del desempeño latinoamericano en cuanto a la vigencia de los principios de seguridad social debe tener en cuenta el diverso nivel de desarrollo de sus países y hacerse de forma comparativa con el resto del mundo. Las estadísticas disponibles indican que la mayoría de los países de América Latina aventajaba a otros países en desarrollo, pero quedaba por debajo de los países industrializados. No obstante, la OIT advierte que generalmente los países industrializados se aproximan al pleno empleo y su trabajo es básicamente formal, sus mercados laborales están

regulados, gozan de una distribución razonable del ingreso, hay niveles altos de cumplimiento de las leyes de seguridad social y una cobertura casi completa de sus poblaciones. Por lo contrario, los países de desarrollo medio (como América Latina) confrontan serios problemas: alto desempleo y subempleo, tamaño importante y creciente del sector informal, distribución del ingreso altamente desigual, y carencia de un sistema tributario capaz de recaudar las cotizaciones del seguro social y financiar programas asistenciales. En condiciones socioeconómicas tan diferentes, es obvio, que los principios de la seguridad social no pueden funcionar igual. No obstante, los países pioneros latinoamericanos introdujeron sus primeros programas de seguro social antes que en los Estados Unidos y Japón y toda la región tenía un seguro social de enfermedad-maternidad (de diversa importancia de acuerdo con la cobertura) mientras que los Estados Unidos carecía de dicho programa y una parte considerable de su población carecía de seguro de salud (OIT 2000b; Roberts y otros 2002).

II. Las reformas de Salud y la modificación de los principios de seguridad social

La primera parte de esta sección compara brevemente las reformas de salud con las de pensiones en la región, precisa el concepto de reforma de salud, resume la historia de las reformas (años de inicio, otras reformas posteriores, situación en 2003-2005), elabora una tipología sobre modelos de sistemas y reformas de salud en la región, indica los objetivos de la reforma, así como las influencias de actores nacionales y organismos internacionales, y el entorno político de la misma. La segunda parte de la sección analiza las modificaciones que las reformas de salud han introducido en los principios convencionales de seguridad social, así como los nuevos principios generados por dichas reformas.

A. Las reformas de salud

1. Reformas de salud y pensiones

Las reformas de salud en América Latina fueron promovidas en muchos países como parte de una reforma general o proceso de modernización del Estado, así como por la influencia de organismos financieros internacionales, en unos pocos casos las reformas fueron circunscritas a la revisión del sistema de salud. En 7 países (Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, Perú, República Dominicana) las reformas de salud siguieron a las reformas estructurales de pensiones (ver las fechas de éstas en Mesa-Lago 2004), debido a la conexión entre ambos programas dentro de la seguridad social. En 4 países las reformas de salud precedieron a las de pensiones (Brasil, Costa Rica, México y Nicaragua) y en otros 4 ha habido reformas de salud pero no de pensiones, al menos estructurales (Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay). En Uruguay ha habido reforma de pensiones, pero no realmente de salud, desde 1987 se han hecho intentos de descentralización del subsector público pero con mínimo avance y sin privatización, mientras que el seguro social no ha experimentado una verdadera reforma.[19] En Cuba las reformas de salud y de pensiones se hicieron casi de manera simultánea a comienzos de los años sesenta, aunque hubo más reformas posteriores en salud que en pensiones. En Haití la reforma de salud de 1996 no se implantó y no ha habido

[19] Para propuestas opuestas en la estrategia de la reforma ver RISSSCS 2002.

reforma de pensiones. En Venezuela las reformas de pensiones y salud aprobadas en 1998-1999 nunca entraron en vigor y cambió la orientación de ambas reformas a comienzos del año 2000.

La salud es más difícil de reformar que las pensiones pues afecta a un número mayor de personas, sus prestaciones son inmediatas en vez de diferidas, la provisión de los servicios de salud es más compleja que la de pensiones, hay diversas "clientelas" de organismos de salud, existe un número mayor de trabajadores sanitarios que de pensiones y estos están muy bien organizados y resisten el cambio, y no se pretende que una reforma de salud genere ahorro nacional aunque si que contenga los costos. Sin embargo todos los países de la región han realizado reformas de salud (contrastados con sólo 12 en pensiones), aunque con considerables diferencias en cuanto a su comprensividad, profundidad y grado de progreso. Las reformas de salud han tenido una diversidad mucho mayor que las de pensiones respecto a sus principios, responsabilidad de los tres subsectores (público, seguro social y privado), cobertura poblacional, prestaciones, regulación, aseguramiento, provisión y financiamiento, por lo cual es más difícil identificar modelos y características generales (Sojo 2001a). En la reforma de pensiones se distingue entre las de tipo estructural, que substituyen total o parcialmente el sistema público (seguro social) por un sistema privado, y las paramétricas, que refuerzan al seguro social sin substituirlo; las primeras han avanzado la cobertura privada a un promedio de 85% en la mitad de los países (Mesa-Lago 2004). En las reformas de salud ese tipo de distinción es muy difícil de aplicar porque el subsector privado cubre sólo 13-25% de la población en los países más avanzados en el proceso de privatización. Es extraordinariamente complejo clasificar las 20 reformas entre unos pocos modelos generales; aunque en 12 países se mantiene un modelo tripartito (subsectores público, seguro social y privado), se han identificado 10 modelos diversos de salud resultantes de las reformas, contrastados con 3 modelos generales en pensiones (ver sección A-4; Mesa-Lago 2004). En algunos países la reforma de salud no se ha llevado aún a efecto a pesar de varios intentos, en algunos no ha ocurrido una reforma global sino cambios en ciertos aspectos del sistema, en otros la reforma se ha divido en etapas y la mayoría está todavía por implementarse o la ley de reforma no se ha ejecutado aún. La segunda o tercera generación de reformas de salud está más avanzada que las de pensiones, en 2003-2005 ocho países aprobaron o estaban debatiendo leyes y cambios en sus sistemas de salud (ver sección A-3).

2. Definición de reforma

En 1995 una reunión regional definió la reforma de salud como "un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población" (OPS 1997). Según un estudio sobre las reformas publicado por la OPS, si se aplica rigurosamente esta definición, no todos los cambios introducidos podrían llamarse "reformas", incluso en algunos países no se han hecho bajo dicho nombre. En varios países las reformas han tenido un carácter global, introdujeron profundas transformaciones que afectaron a la mayoría de las funciones del sistema de salud, modificaron substancialmente las relaciones entre los subsectores público, seguro social y privado y abrieron espacios para la aparición de otros nuevos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y República Dominicana). En Cuba la reforma fue también global y profunda pero con un sistema totalmente público, sin espacio alguno para el subsector privado o de otras instituciones no estatales. En otros países las reformas han sido más limitadas en razón de su ámbito de aplicación—los servicios de uno o varios de los subsectores, de la estrategia de implementación desarrollada o de la función sanitaria afectada. Por ejemplo, en algunos países sólo ha sido afectada la provisión, mediante un nuevo modelo de gestión para organismos dependientes del ministerio de salud o del seguro social o ambos (Costa Rica, Nicaragua). En otros países consiste sólo en algunos proyectos aislados pero no una reforma global: en Panamá sólo se reformó un hospital en la capital; en Honduras un programa de nutrición, en Guatemala la provisión de servicios en zonas remotas (La Forgia 2005). La reforma de Venezuela lleva 18 años en proceso (tres reformas en 1987-1998

no fueron implantadas), y las entidades y mecanismos esenciales prescritos en la constitución de 1999 no se habían implantado a mediados de 2005.[20]

3. Resumen histórico de las reformas

El Cuadro 1, muestra el año aproximado en comenzó la reforma en los países, años de cambios posteriores importantes y la situación en 2003-2005. A comienzos del decenio de los años ochenta sólo Cuba y Chile tenían reformas (de orientación opuesta) y la primera estaba casi completa mientras que la segunda recién empezaba; a mediados del decenio de los años 80 México inició parte de sus reformas de salud, interrumpida en 1988; al inicio del decenio de los años noventa, Brasil comenzó su reforma.[21] En 1993 el Banco Mundial publicó su informe *Invirtiendo en la Salud* proponiendo reformas, un documento que tuvo fuerte influencia en la región, como ocurrió también con su informe sobre pensiones.[22] Entre 1993 y 1999, diez países comenzaron las reformas y México retomó la suya; sólo tres países entre 2000 y 2001. A fines del decenio de los años 90 la mayoría de los países latinoamericanos estaba en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación de la reforma, en una minoría de países la implementación estaba avanzada y en unos pocos ya se estaba discutiendo o se había implantado una "segunda" generación de reformas (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a). En 2003-2005, Chile entró en la tercera generación de reformas, Haití retomó la reforma interrumpida por la guerra civil y las crisis político-económicas, Panamá estaba estudiando una reforma para integrar su sistema de salud y Paraguay una propuesta de cambios, mientras que Venezuela estaba debatiendo en la Asamblea Nacional un proyecto de ley de salud a mediados de 2005.

[20] Leyes de reforma de seguridad social y salud fueron promulgadas en 1998, justo antes de las elecciones en diciembre y nunca se implementaron. El nuevo gobierno dictó una ley "habilitante" en 1999 que autorizó al presidente de la república a modificarlas, lo cual hizo en octubre de ese año y, en diciembre, se aprobó la nueva constitución. La ley orgánica de seguridad social fue promulgada en 2002, pero el plan de implementación que debería haber sido aprobado a fines de 2003 aún estaba pendiente en 2005, además se derogó la legislación anterior creándose un vacío. El proyecto de ley de salud se aprobó en primera discusión a fines de 2004 pero su aprobación final estaba pendiente a mediados de 2005 (Fernández 2001; Rodríguez 2001; LOSSS 2002; González 2004; RBV 2004).

[21] Uruguay hizo algunas reformas en el decenio del 60 (Médici 2000); a fines de los 80 hubo un intento baldío de descentralización, un proyecto de ley de 1995 no fue aprobado, y luego hubo avances modestos en la descentralización, sin profundización; no ha habido una verdadera reforma de la salud (OPS 2005).

[22] Un nuevo estudio del Banco sobre la salud en la región fue obtenido en versión preliminar en julio de 2005, cuando este documento ya estaba terminado y no pudo ser incluido aquí (Baeza y Packard 2005).

CUADRO 1
INICIO DE LA REFORMA, MODELOS DE SALUD Y SITUACION REFORMA EN 2003-2005

Países	Inicio de la Reforma	Modelos	Situación de la Reforma 2003-2005
Argentina	1993-1996, 2000-2002	Tripartito: público, seguro social y privado (en expansión)	Continúa caída en la cobertura y gasto del seguro social y aumento del privado
Bolivia	1994-1998	Tripartito: público, seguro social y privado [e]	No ha habido cambios importantes
Brasil	1990	Dual: público-seguro social (3 niveles) y privado (mayormente complementario)	No ha habido cambios importantes
Colombia	1994	Cuatripartito: contributivo, subsidiado, privado y "vinculado" (público transitorio)	Tres proyectos de ley de reforma del sistema en debate a fines de 2004
Costa Rica	1994-1998	Dual: seguro social y privado (minoritario pero creciente)	Continúa avanzando aunque con problemas y obstáculos
Cuba	1960-1969, 1984, 1990s	Público (no hay privado)	No habido cambios importantes
Chile	1981, 1991, 2004-2005	Dual: público-seguro social y privado (importante)	Cuatro leyes de reforma del sistema de salud, la última aprobada en 2005
Ecuador	1993, 1998-2001 [b]	Tripartito: público, seguro social (con seguro campesino) y privado [e]	La ley de reforma de la seguridad social no estaba implantada del todo en 2005
El Salvador	1999-2000	Tripartito: público, seguro social y privado (pequeño)	Propuesta consensuada de reforma abortada en 2003
Guatemala	1995	Tripartito: público, seguro social y privado (principalmente ONG's) [e]	Extensión de la cobertura de 11 a 15 departamentos
Haití	1996 (no operó)	Dual: público y privado (3 tipos [e])	Nueva estrategia del ministerio, 2004; marco de cooperación externa, 2004-06
Honduras	2000-2001	Tripartito: público, seguro social y privado (muy pequeño)	Proceso de reforma del código sanitario y de la ley de seguridad social
México	1984-1988, 1994-2003	Tripartito: público, seguro social y privado [e]	Reformas ley general salud en 2003 y 2005, crea Seguro Popular Salud
Nicaragua	1991-1997	Tripartito: público, seguro social (mediante privado) y privado	Nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación 2005
Panamá	1996	Virtualmente dual: seguro social (principal), público y privado (pequeño)	Proyecto de ley de reforma del seguro social sometido al congreso en 2005
Paraguay	1996-1998	Tripartito: público, seguro social y privado [e]	Propuesta de extender la cobertura y separación de funciones en 2003
Perú	1995-1997, 2001	Tripartito: público, seguro social y privado [e]	Extensión del paquete básico para los pobres a 33% de la población total
República Dominicana	2001	Tripartito: público, seguro social y privado; en la reforma: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado	La reforma sólo está implantada en el régimen subsidiado, se anuncia inicio del contributivo en octubre 2005
Uruguay	1987 [c]	Tripartito: público, seguro social (mediante varios proveedores) y privado	Continúa caída de afiliados en IAMC, extensión maternidad a bajo ingreso
Venezuela	1999 [d]	Tripartito: público, seguro social y privado [e]	Proyecto de ley de salud sometido a la asamblea nacional en 2005 [c]

Fuente: Ver texto

[a] Se dan los años de cambios posteriores.

[b] Propuestas y leyes, la mayoría no implantada, ley de reforma en 2001.

[c] Intento de descentralización con poco éxito, no ha habido una reforma real.

[d] Tres intentos fallidos de reforma desde 1987, ley de seguridad social de 2002 y proyecto de ley de salud de 2005 sientan las bases de la reforma, el segundo estipula la creación de un sistema nacional público de salud que cierra e integra a los seguros sociales, por lo que crearía un modelo dual.

[e] Hay un sector importante de medicina tradicional que presta servicios a la población indígena.

4. Tipología de las reformas y modelos de salud

Las reformas han dado lugar a sistemas de salud con diferentes modelos (aunque tripartitos en su mayoría), con diversos roles de los subsectores público, de seguro social y privado, niveles de integración, formas distintas de financiamiento y provisión, y grados de cobertura (Cuadro 1**,** ver otras características en los Cuadros 3, 6 y 7): (a) público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita (Cuba); (b) seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal (Costa Rica); (c) dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal (Chile); (d) dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal (Brasil); (e) virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal (Panamá); (f) cuatripartito coordinado, con un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público ("vinculado") de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión, cubriendo algo más de la mitad de la población—casi universal si se tiene en cuenta el "vinculado" (Colombia); (g) tripartito con baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal (Argentina); (h) tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal (Uruguay); (i) tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre 57% y 73%, en once países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana[23] y Venezuela[24]), y (j) dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60% (Haití) (para otras tipologías y clasificaciones ver Londoño y Frenk 2000; Madies, Chiarvetti y Chorny 2000).

5. Objetivos de las reformas

Aunque con diferencias importantes, la mayoría de las reformas ha tenido los objetivos siguientes, en todo o en parte: (a) descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales; (b) separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión; (c) introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario; (d) ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios; (e) promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres; (f) aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales; (g)

[23] La reforma en este país estipula tres regímenes (contributivo, contributivo-subsidiado y contributivo) pero no estaban implantados a mediados de 2005.

[24] El proyecto de ley de salud en debate en 2005 integra todos los programas de seguro social al sistema público nacional de salud (RBV 2004).

cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda; (h) reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso, e (i) promover una mayor participación y control social. No obstante ha habido organismos y grupos externos e internos con intereses diferentes que han puesto énfasis en ciertos objetivos en vez de otros, como se analiza en la sección siguiente.

6. Influencias externas, actores internos y entorno político

Una posición crítica argumenta que los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial, el FMI y el BID, usualmente en alianza con los ministerios de finanzas o hacienda de los países, han apoyado reformas con una "visión económica", poniendo énfasis los mecanismos de mercado como la expansión del subsector privado, la competencia y la libertad de elección, la reducción de costos, la eficiencia y la sostenibilidad, así como en la separación de funciones, mediante préstamos cuantiosos atados a condiciones. Por el contrario, sostiene dicha posición, los organismos sanitarios o de trabajo internacionales, como la OMS, la OPS, la OIT, usualmente en colaboración con los ministerios de salud de los países, tienen una "visión sanitaria" y ponen más énfasis en la universalización de la cobertura, la equidad, la promoción de la salud y la atención primaria y la participación social y comunitaria.[25] No obstante, los objetivos de la reforma auspiciada por los organismos financieros internacionales han incluido la equidad y la extensión de la cobertura, así como una mejor focalización de los recursos públicos en los grupos pobres y de bajo ingreso, mientras que los organismos sanitarios y del trabajo también incluyen objetivos de sostenibilidad financiera y eficiencia, y ambos tipos de organismos apoyan el control de costos y la descentralización. La pregunta es si esos objetivos han sido logrados.

Un estudio publicado por la OPS plantea que en los orígenes de las reformas de salud hubo un "predominio de las consideraciones puramente financieras y escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño", aunque desde mediados del decenio de los años noventa parece haber un equilibrio mejor y "cierta recuperación del liderazgo de las autoridades nacionales de salud" (Infante, Mata y López-Acuña 2000: 17-18). No obstante, el informe más reciente de la OPS, *Salud en las Américas*, afirma que las reformas se han centrado principalmente en promover cambios financieros, estructurales, institucionales y de gestión: "Mucha menos atención se ha dedicado a mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud, con la meta de reducir inequidades en las condiciones sanitarias y en el acceso a la salud, en disminuir la vulnerabilidad social en esta área, en impulsar la efectividad de las acciones de salud, en promover la calidad en la atención, y en reforzar la función supervisora de las autoridades de salud... La tarea fundamental de los países debe ser ofrecer a sus ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica y universal en la salud que reduzca las desigualdades al acceso a servicios necesarios y de calidad" (OPS 2002a: 138).[26]

Los profesionales de la salud, los administradores de hospitales, los empleados de la seguridad social y los sindicatos con frecuencia se han opuesto a las reformas, particularmente a la expansión del subsector privado, y han presionado por un mayor gasto público de salud.[27] Debido a esa

---

25 Ver como ejemplos, Lloyd-Sherlock 2000a; Ugalde, Homedes y Zwi 2002.

26 En 2000, la OPS, el Banco Mundial y el BID firmaron un acuerdo para desarrollar una "agenda compartida para la salud en las Américas" con tres líneas de acción: apoyo a las reformas sectoriales de salud, fortalecimiento institucional de programas públicos de salud, y reforzamiento del papel dirigente de las autoridades de salud. La implementación de estas acciones es seguida mensualmente por un grupo coordinador de las tres instituciones (OPS 2002a).

27 Ha habido oposición de estos grupos en Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Perú y Venezuela argumentando que la descentralización divide y debilita a los sindicatos, la privatización cambia los sistemas de remuneración y amenaza la estabilidad del empleo, y las empresas

contraposición de fuerzas, el énfasis de la reforma en los países ha sido distinta: en Chile predominaron los principios neoliberales, como la libertad de elección, la competencia y la eficiencia; en Argentina y México las preocupaciones fiscales y la eficiencia; en Costa Rica la equidad ha sido dominante pero también la desconcentración hospitalaria. La reforma colombiana ha balanceado los objetivos, como resultado de un compromiso político, por una parte principios convencionales de seguridad social (universalidad, equidad, solidaridad, suficiencia, participación social) y por otra parte los nuevos principios de inspiración, como libre elección, competencia y eficiencia.

El entorno político de la reforma y los actores principales también han sido distintos. En Chile la reforma inicial se llevó a cabo por el gobierno militar, sin discusión pública, no fue hasta el regreso de la democracia en que surgió un debate amplio sobre la segunda generación de reformas, se aprobaron cambios a la reforma inicial, se elaboraron cinco proyectos de reforma que fueron sometidos al parlamento en 2003, y dos de ellos fueron aprobados en 2004 y otro estaba pendiente en 2005.[28] En Colombia la reforma se realizó por un gobierno democrático con fuerte debate nacional, una nueva constitución, varias leyes debatidas en el congreso, intentos de revertir el proceso y también modificaciones a la reforma original.[29]

La rectoría del proceso inicial del diseño y la negociación de la reforma normalmente ha sido ejercida por el ministerio de salud (OPS 2002b, 2002c). No obstante, en varios países los organismos financieros internacionales y los ministerios de finanzas o hacienda internos han jugado un papel central. Afirman tres expertos: "En casi todos los países el papel de los organismos de cooperación financiera [Banco Mundial, FMI, BID] es cada vez más importante. Sin embargo, las autoridades de salud no siempre parecen haber desempeñado el papel que les correspondería en la formulación de las políticas nacionales de financiamiento y gasto sectorial o en la definición de las áreas prioritarias para la concesión de los créditos internacionales... [En algunos países] la reforma de salud no se puso en marcha hasta que se firmaron los préstamos con los bancos internacionales" (Infante, Mata y López-Acuña 2000: 14, 18). Otros tres expertos añaden: "El Banco Mundial se ha convertido en el más influyente ente de decisión de políticas y el principal financista del sector salud en América Latina" (Ugalde, Homedes y Zwi 2002: 155; Homedes y Ugalde 2005).

B. Modificaciones en los principios convencionales y nuevos principios

El neoliberalismo, la globalización, la competencia internacional, el envejecimiento de la población, el creciente individualismo y otros factores han promovido las reformas estructurales de seguridad social, las cuales han modificado algunos de sus principios convencionales e introducido nuevos principios. El Banco Mundial en su citado informe (1993) sentó los principios básicos de las reformas y los nuevos sistemas. El FMI, la USAID y el BID, así como aseguradoras/proveedoras y prepagas privadas, funcionarios de los gobiernos y académicos han contribuido a perfilar dichos principios. A

privadas limitan la autonomía de los profesionales médicos y los fuerzan a utilizar criterios económicos más que sanitarios (Homedes y Ugalde 2003; Ugalde y Homedes 2005). En 2003 hubo 37 huelgas de salud en 12 países, 67,5% por la asignación de recursos, pago de prestaciones, incrementos presupuestales a redes asistenciales públicas y aumentos salariales; 10,8% fueron específicamente contra reformas de salud (Scavino 2004).

[28] Los cinco proyectos legales originales eran: Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES), nuevos sistemas de atención, derechos y deberes de los usuarios, financiamiento, regulación de ISAPRES, y autoridad sanitaria y sistema de gestión (MINSAL 2004). En 2004 se aprobaron la ley de GES y la de la autoridad sanitaria, y en 2005 la ley de regulación de ISAPRES.

[29] Sobre las políticas de las reformas de salud ver Ortiz y otros 1999; Giordano y Colina 2000; Gonzales-Rosetti y Ramírez 2000; Nelson 2001; Felizzola 2002; Homedes y Ugalde 2003; OPS 2000b, 2000c, 2005; Borzutzky 2006.

continuación se resumen las modificaciones a los principios convencionales y se identifican los nuevos principios; la sección III evaluará el impacto de las reformas de salud en ambos tipos de principios.

1. Universalidad en la cobertura

Se cuestiona la capacidad financiera de los subsectores público/seguro social para realizar este principio y se alega que inclinan a las personas a la dependencia en el Estado para protegerlas de todos los riesgos en la vida, perjudicando así la iniciativa individual. La baja cobertura en la mayoría de los países se explica porque la cotización al seguro social se percibe como un impuesto, también porque sus altas tasas y la falta de conexión entre éstas y el riesgo de los individuos y las prestaciones crean incentivos para la evasión y reducen la afiliación. La mayoría de la población tendría un incentivo más fuerte para afiliarse y cotizar en aseguradoras/proveedoras privadas que al seguro social, ya que en las primeras regiría el principio de equivalencia entre la cotización y la prestación, en vez de solidaridad. Los recursos fiscales, que son usualmente insuficientes, serían focalizados en los grupos más vulnerables o necesitados en vez de perseguir políticas universalistas convencionales que no tuvieron éxito en la mayoría de los países. Estos cambios resultarían en un aumento de la cobertura general.

2. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

En general, las reformas de salud no han uniformado las condiciones de acceso ni homologado las prestaciones, como ocurrió con la mayoría de las reformas de pensiones. De hecho, con pocas excepciones, continúan los tres subsectores (público, seguro social y privado) que otorgan prestaciones y atención de calidad diversa. Además, la gran mayoría de las reformas ha mantenido programas separados con más prestaciones y de mejor calidad para grupos poderosos. Por último, la inequidad o discriminación por género en el acceso y en la prestación no es usualmente enfrentada por las reformas.

3. Solidaridad y redistribución del ingreso

Este principio es ignorado o recibe escasa atención por las reformas. Se critica que muchos sistemas público/seguro social en la región no han sido realmente solidarios, porque no cubren a buena parte de la población y conceden subsidios fiscales a sectores asegurados de ingreso medio que no lo necesitan. También se aduce que, debido al envejecimiento de la población y el aumento en la esperanza de vida (aunque la primera tendencia todavía no es pronunciada en la mayoría de los países), el costo de la salud aumenta progresivamente y también la carga sobre las generaciones jóvenes, de manera que se rechaza la solidaridad entre generaciones. Las reformas han sustituido el principio de solidaridad por un "principio de equivalencia" que establece un vínculo muy estrecho entre cotización y prestación o riesgo a fin de promover incentivos a la afiliación y pago, así como asegurar el equilibrio entre ingresos y gastos (Uthoff, Titelman y Jiménez 2003). El principio de equivalencia implica que un asegurado de alto riesgo pagará una prima mayor que uno de bajo riesgo, por ello las aseguradoras preferirán los afiliados de alto ingreso y bajo riesgo, tratarán de terminar los contratos cuando el asegurado sufre una enfermedad crónica o cuando llega a la vejez, y la población pobre y de bajo ingreso no podrá pagar las altas primas (OIT/AISS 2001b). Cuando existe solidaridad es externa, mediante prestaciones estatales a los necesitados, normalmente financiadas con impuestos, en vez de con las cotizaciones. También se aduce que las cotizaciones de los empleadores crean distorsiones en el mercado laboral: encarecen el costo de la mano de obra, reducen la competitividad del país y crean estímulos para la sustitución de mano de obra por capital, por lo cual contribuyen a un mayor desempleo, de ahí que sea conveniente eliminar o reducir dichas cotizaciones. Las reformas no tienen un objetivo de redistribución del ingreso; el principio de equivalencia del sistema privado básicamente reproduce las desigualdades existentes y deja al Estado la función redistributiva.

4. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones

En la mitad de los países, las reformas han establecido un paquete básico o plan mínimo de prestaciones para toda la población asegurada, independientemente de su riesgo, pero los grupos de ingreso medio y alto pueden adquirir prestaciones complementarias abonando un copago. Las reformas asumen que la desmonopolización de los servicios en los subsectores público y de seguro social, unida a la entrada y promoción del subsector privado resultarán en mejor atención y calidad, debido a la mayor eficiencia en la gestión, la competencia entre aseguradoras/proveedoras, la libertad de elección, el ajuste al riesgo individual, etc.

5. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión

Se aduce que el monopolio en los subsectores público y de seguro social ha sido ineficiente en la región y ha resultado en altos costos administrativos. La introducción de múltiples aseguradoras y/o proveedoras que compiten entre sí y con los otros subsectores en el mercado aumentará la eficiencia administrativa y reducirá los costos de gestión. El principio subyacente de las reformas de salud es la creencia que un sistema privado es más eficiente que uno público porque elimina el monopolio público y los substituye por la competencia privada (Homedes y Ugalde 2003; Ugalde y Homedes 2005). Para que funcione la competencia son esenciales: el acceso a la información y la calificación para hacer decisiones educadas, la transparencia y un marco adecuado de regulación-supervisión. Por otra parte, la competencia funciona mucho mejor en las ciudades grandes y zonas urbanas que en las zonas rurales con escasa población. Los mecanismos de mercado toman predominio en la administración, financiamiento y provisión de las prestaciones, mientras que el papel del Estado se limita a regular y supervisar el sistema, garantizar las prestaciones mínimas a los asegurados y/o un paquete básico a los pobres y el grupo de mayor riesgo.[30] Un nuevo principio esencial en las reformas de salud es la libertad de elección, la cual permite al asegurado escoger entre los sistemas público y privado, así como seleccionar las aseguradoras/proveedoras más eficientes, de forma que es la base de la competencia y cimiento de otros principios del nuevo sistema. Por otra parte, las aseguradoras/proveedoras privadas tienen fines de lucro (con algunas excepciones), de forma que el margen de ganancia debería aumentar el costo administrativo. La regulación y supervisión del subsector privado se hace por el ministerio de salud o entidades técnicas (superintendencias). Las reformas no tienen como propósito la participación de los trabajadores y empleadores en la gestión y supervisión del subsector privado, aunque un objetivo frecuente es la "participación y control social" de los usuarios mediante comités o consejos de salud usualmente a nivel local o de la comunidad.

6. Sostenibilidad financiera

Se critica a los programas de salud (enfermedad-maternidad) del seguro social en América Latina por su desequilibrio financiero, especialmente en los países más envejecidos, el cual requiere de crecientes subsidios fiscales. Por otra parte, el Estado a menudo no cumple con sus obligaciones financieras debido a problemas presupuestarios, lo cual provoca déficit en dicho programa del seguro social con pocas posibilidades de que el Estado pague sus deudas. Además se aduce que la falta de equivalencia entre cotización y prestación fomenta la evasión, la subdeclaración de salarios y la morosidad; hay más incentivos para subdeclarar en el programa de enfermedad-maternidad que en el de pensiones, porque en el primero las prestaciones son uniformes pero la cotización depende del salario o ingreso; por ejemplo, el trabajador no gana declarando el nivel correcto de su ingreso porque las prestaciones serán las mismas aunque cotice más, de ahí que tendrá un incentivo mayor

[30] Para un análisis de la política "reduccionista" o "minimalista" del Banco Mundial respecto al papel del Estado en materia de pobreza y protección social ver Sojo 2001b.

para subdeclarar el ingreso. Un sistema con fuerte componente privado se basará en el principio de equivalencia y se asume que no enfrentará problemas de sostenibilidad financiera ya que las primas están ajustadas al riesgo individual y si aumenta el riesgo también se incrementa la prima. Las reformas de pensiones en varios países eliminaron la cotización del empleador y la traspasaron al trabajador, con la justificación teórica de que así se eliminarían distorsiones en el mercado laboral, se reducirían los costos laborales, se promovería la creación de empleo y aumentaría la competitividad de las exportaciones; por el contrario, las reformas de salud han mantenido la cotización patronal, con la única excepción de Chile, y en tres países han eliminado la cotización del trabajador y aumentado la del empleador, lo cual contradice la justificación teórica alegada en pensiones.

III. El impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social

La evaluación del impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social es mucho más difícil que la de las reformas de pensiones por varias razones: (1) hay muchísima más variedad en los diseños y características de las reformas de salud que en las de pensiones, lo cual complica la evaluación comparativa de modelos-políticas y resultados; (2) no existe una asociación regional de superintendencias de salud, como en el caso de pensiones, que publique semestralmente estadísticas normalizadas sobre el desempeño de las reformas, la OPS publica cada cuatro años información de los sistemas de salud y ha generado perfiles de salud de los 20 países que evalúan los resultados de las reformas y se actualizan aproximadamente cada 2 o 3 años, pero sin incluir estadísticas normalizadas que permitan una comparación sistemática y evaluación adecuada (ver abajo); (3) la mayoría de los estudios académicos existentes se concentra en un país y los comparativos no utilizan indicadores iguales y homologados para todos los países, además usualmente no evalúan todos los efectos de las reformas, algunos intentan medir la equidad, otros la competencia, la eficiencia, la calidad de los servicios, etc.; (4) las reformas han ocurrido en años distintos y en países con diversos niveles de salud lo cual hace difícil comparar sus resultados; (5) el tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma no es lo suficientemente largo para detectar cambios relevantes en la salud (excepto en Chile y Cuba), así mismo en la mitad de los países la reforma no se hizo de una sola vez sino en etapas (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Perú), por último, decisiones hechas años antes de la reforma pueden influenciar la situación actual de la salud; (6) hay factores socioeconómicos (ambiente, genética, comportamiento individual y colectivo), políticos (guerra o paz, violencia, refugiados) y económicos que influencian los resultados sanitarios y dichos factores son difíciles de separar de las reformas de salud, y (7) dentro de cada país, usualmente no hay un sistema de monitoreo que haya establecido una línea de base y permita hacer un seguimiento a los indicadores clave y, en algunos países, la información está dispersa y no normalizada, lo que impide hacer comparaciones en el tiempo (Medici 2000; Castaño y otros 2001; OPS/OMS 2001). Ha habido varios esfuerzos notables para desarrollar metodologías e indicadores que evalúen los resultados de las reformas de salud en la región, sin embargo, sus resultados son incompletos o las estadísticas publicadas no están normalizadas y actualizadas para permitir una comparación entre los 20 países.

En 1995 la OPS realizó una reunión regional sobre las reformas de salud y en 1998 publicó los lineamientos para la elaboración de perfiles de los sistemas de salud en América Latina (OPS

1997, 1998a). En 1997 la OPS y USAID lanzaron la Iniciativa Regional de Reformas del Sector de Salud en América Latina y el Caribe, un proyecto de ocho años (1997-2002) con el fin de implantar la metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas de salud en cinco objetivos: (1) equidad (en cobertura y acceso); (2) efectividad y calidad (técnica y percibida); (3) eficiencia (en la asignación y gestión de recursos); (4) sostenibilidad, y (5) participación y control sociales. Entre 1998 y 2002 se desarrollaron perfiles de salud en los 20 países (así como en 15 del Caribe), que incluían 13 "contenidos" de las reformas. A principios de 2005, la OPS ofrecía a través del Internet perfiles de los 20 países, los cuales incluían una sección de seguimiento de 12 contenidos y una evaluación de los resultados en los cinco objetivos de la reforma, con información (edición) de 2001 en doce países, de 2002 en siete y de 2000 en uno (OPS 2005a).[31] Tanto los perfiles de los sistemas como el seguimiento y evaluación de la reforma son muy útiles, pero no contienen indicadores estadísticos normalizados para los países que permitan comparaciones dentro de la región.

Dos documentos de la OPS hacen un análisis comparativo de las reformas de salud y sus resultados en las subregiones andina y centroamericana (13 países incluyendo a la República Dominicana), pero tampoco ofrecen estadísticas sobre los resultados y varios no suministraron información general en algunos aspectos. Todos los países andinos salvo uno argumentan que es imposible "establecer relaciones causales directas y unívocas entre las acciones de reforma sectorial y las modificaciones en los indicadores relativos a equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social". Los países "tratan de valorar el efecto de las reformas sobre el desempeño general del sector y no sobre la situación de salud" pero incluso no fue posible determinar claramente dicho efecto. "Los resultados presentados muestran que las reformas no parecen haber conseguido un efecto globalmente positivo sobre el sector" (OPS 2002c: 22, 29-30). Con una excepción, los países centroamericanos "no definieron criterios de evaluación al inicio de la reforma... a lo largo del proceso se han efectuado algunas evaluaciones sobre el desarrollo e impacto de las reformas, aunque bastante limitadas...todavía no es posible contar con una evaluación integral de los avances del proceso realizada por los propios países". Dos países no proporcionaron información sobre la evaluación de resultados dando como razones la falta de información necesaria para valorar el impacto de las medidas, el corto período de tiempo del proceso que hace prematuro evaluar sus resultados, y que no se ha encargado a una unidad específica dentro del ministerio para realizar dicho ejercicio (OPS 2002b: 8, 10, 36).

La OPS explica que "el seguimiento de los procesos y la evaluación de los resultados de las reformas del sector de la salud plantean problemas conceptuales y metodológicos que distan mucho de estar resueltos". Las razones que explican la falta de información sobre los resultados de las reformas han sido: (1) en 13 países la reforma tiene tres años o menos y es muy pronto aún para evaluar los resultados de la reforma, aunque esto no es cierto en otros tres países; (2) las propuestas iniciales usualmente no incluyen mecanismos para evaluar el impacto de la reforma o vigilar el desarrollo de la misma, ni han fijado plazos para lograr los objetivos propuestos; (3) la selección de indicadores para evaluar los resultados es técnicamente compleja y las atribuciones de causalidad son difíciles; (4) la información disponible a menudo es incompleta, está dispersa y resulta poco fiable o no está al día, y (5) los actores principales (incluyendo las autoridades de salud) no siempre muestran suficiente interés en evaluar los resultados (OPS 2002a: 134, 136). Un estudio publicado por la OPS plantea que la evaluación del desarrollo de la reforma es incipiente y desigual: "En la mayoría de los países no se realiza de manera sistemática y en los pocos donde ello se cumple, rara

[31] Los 13 contenidos originales de las reformas de salud eran: marco jurídico, derecho al cuidado de la salud y al aseguramiento, aumento de la cobertura, rectoría del ministerio de salud, separación de funciones, descentralización, participación y control sociales, financiamiento y gasto, oferta de servicios, modelos de gestión, recursos humanos, y calidad y evaluación de tecnologías (http://www.americas.health-sector-reform.org/Spanish/clearinghouse.htm). En los perfiles se eliminó la cobertura, aunque ésta se incluye dentro de la equidad (OPS 2005).

vez se usa como insumo importante para rediseñar el contenido y las estrategias de implementación de las reformas" (Infante, Mata y López-Acuña 2000: 18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2000 no analizó la variedad de reformas en el mundo, ni ofreció un modelo de cómo construir o reconstruir un sistema de salud, ni evaluó los efectos de las reformas. Por otra parte, dicho informe desarrolló una nueva metodología para ordenar y evaluar los sistemas de salud en 191 países (incluyendo los 20 de América Latina) basada en varios indicadores: (1) nivel general de salud del país e igualdad en su distribución dentro de la población; (2) nivel y distribución de la sensibilidad de respuesta (*responsiveness*) del sistema a las expectativas de la población (respecto a dignidad, autonomía, atención oportuna, confidencialidad, calidad de los servicios básicos, acceso a redes de apoyo social, y selección del proveedor), y (3) justicia e imparcialidad del sistema respecto a la carga financiera y la protección financiera de los riesgos. Dichos indicadores fueron combinados en un índice compuesto con el cual se ordenó a los países en cuanto a su desempeño en el nivel de salud, y en el sistema general de salud (OMS 2000).

La OPS junto con la OMS y otras entidades regionales realizó en 2001 una consulta regional sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, con 70 expertos de 19 países miembros, pero estos no llegaron a un acuerdo sobre si es factible o no diseñar un marco de referencia común para valorar y comparar el desempeño, debido a diversas definiciones de los sistemas de salud. El grupo consideró que la elaboración de una metodología e indicadores adecuados para medir el desempeño puede tomar diez años o más e hizo las recomendaciones siguientes: (1) establecer por consenso nacional e internacional los criterios e indicadores para evaluar el desempeño, de lo contrario ocurrirán polémicas que les restarán valor; (2) solicitar a la OMS que reexamine la metodología de evaluación del desempeño en colaboración con los países y expertos nacionales; (3) diseñar un sistema para fortalecer la recopilación de datos normalizados, y que estos y la metodología sean transparentes y reproducibles; (3) tomar en cuenta indicadores como el acceso, equidad, sostenibilidad, competencia, eficiencia y aceptabilidad por los ciudadanos, agruparlos en base a cuatro dimensiones, y establecer metas intermedias y finales, y (4) permitir a los usuarios que consideren si la evaluación del desempeño indica que se está progresando en el cumplimiento de las metas y emprendiendo las acciones apropiadas para su logro (OPS/OMS 2001).[32] El más reciente informe *Salud en las Américas* de la OPS básicamente resume el documento sobre las reformas publicado en 2000 (OPS 2002a).

Los explicados problemas metodológicos y, especialmente, la ausencia de indicadores normalizados y aceptados universalmente para evaluar el desempeño de las reformas de salud, así como la falta de estadísticas estandardizadas, no permiten en este documento hacer una evaluación cuantitativa global y comparativa de su impacto en la situación o niveles de la salud (eficacia o efectividad de la reforma). Por ello nos concentraremos aquí en evaluar los resultados de dichas reformas en los principios de la seguridad social, aunque al final de este documento se describirán los cambios ocurridos en los indicadores de salud entre 1990 y 2002, pero sin análisis de causalidad de la reforma. El análisis seguirá en general la misma estructura que en el documento anterior del autor sobre el impacto de las reformas de pensiones (Mesa-Lago 2004), aunque con aspectos

[32] El grupo de expertos hizo las siguientes observaciones al informe de la OMS: (i) los indicadores seleccionados no permiten a las autoridades encargadas de las políticas determinar que hacer para mejorar el desempeño; (ii) el indicador de respuesta incluye aspectos de calidad pero se orienta a la demanda y no toma en cuenta la calidad técnica de la oferta, la satisfacción del usuario y la diversidad cultural entre los países o dentro de un país; (iii) el financiamiento justo e imparcial se concentra en la proporción del gasto de los hogares destinado a salud y descuida otros aspectos cruciales como el efecto del gasto público en la salud pública y la evaluación de cuan progresivo o regresivo es el financiamiento, y (iv) la veracidad y utilidad del índice compuesto son cuestionables, puesto que se basa en estimaciones y proyecciones en vez de cifras reales y no ayuda a mejorar el desempeño de los sistemas (OPS/OMS 2001).

nuevos como el acceso y la calidad de los servicios. La mayoría de los indicadores (contenidos y objetivos) diseñados por la OPS para la evaluación de los resultados de las reformas de salud en la región coinciden con los principios de seguridad social en este documento, por lo que serán utilizados en nuestro análisis cuando sean factibles. Algunos conceptos y ordenamientos del informe de la OMS también serán usados en este documento.

A. Universalidad en la cobertura

Hay que distinguir entre cobertura y acceso a los servicios de salud: la primera envuelve la afiliación al sistema, pero no necesariamente conlleva el acceso efectivo o utilización de los servicios de salud. La cobertura y el acceso legal o teórico pueden ser universales, pero no así en la práctica por diversas causas (ver sección A-7).[33] En general, el nivel de cobertura está directamente relacionado con el grado de desarrollo del país (inversamente relacionado con la incidencia de pobreza) y el porcentaje de la fuerza laboral formal; además la organización del sistema de salud no es neutral respecto a la falta de cobertura sino que es un factor determinante de ésta (OIT 2000b; OPS 2002a). En América Latina usualmente, el sector formal urbano está cubierto a través del seguro social o privado; el sector informal está excluido del seguro social pero tiene acceso parcial a través del subsector público y gasto de bolsillo; el área rural en los países menos desarrollados está excluida, así como también los pobres. Los indígenas, los inmigrantes y las mujeres suelen ser grupos excluidos (Mesa-Lago 1992; Londoño y Frenk 2000; Roberts y otros 2002).

Hace más de un cuarto de siglo, en la reunión de Alma-Ata de 1978, la OMS fijó como meta para el año 2000 el acceso universal a la salud y todos los países latinoamericanos suscribieron el convenio para alcanzar dicha meta, pero faltó un esfuerzo serio y concertado regional para evaluar el progreso alcanzado en dicha meta.[34] El informe de la OMS de 2000, que evaluó el desempeño de los sistemas de salud en el mundo, no incluyó estadísticas de cobertura poblacional o logro de la meta de universalidad. Un estudio sobre cobertura publicado por la OPS en 2000 reconoció que las metas fijadas para dicho año no se cumplieron, que se acentuó la falta de equidad en la cobertura y que más del 20% de la población de la región carecía de protección (Madies, Chiavertti y Chorny 2000).

Según un autor, el enfoque neoliberal es menos ambicioso que la meta de universalidad ya que consiste en el establecimiento de una red de servicios o prestaciones básicas para los pobres (Lloyd-Sherlock 2003). La focalización de recursos fiscales en grupos vulnerables puede envolver una mayor equidad pero requiere la identificación de dichos grupos con base a criterios como su situación socioeconómica y capacidad de pago, el perfil epidemiológico según el riesgo, y el diseño de paquetes mínimos de prestaciones adaptados a sus necesidades (Medici 2000). La OMS ahora utiliza el enfoque de "nueva universalidad" (diferenciada de los otros dos enfoques: la mejor atención posible para todos y sólo la más básica para los pobres) el cual conlleva la provisión para todos de atención esencial de alta calidad, definida por criterios de efectividad, costo y aceptabilidad social; aunque la OMS acepta que puede ser necesario y eficiente racionar los servicios, considera inadmisible excluir a grupos de la población (OMS 2000: xiii).

La evaluación del impacto de las reformas de salud por la OPS informa que la mayoría de los países de América Latina expresamente garantizan el derecho a la salud, incluso en muchas constituciones, pero en la mitad de ellos la población no está consciente de dicho derecho y de las

[33] Sobre las disparidades entre cobertura teórica y real en los diversos países ver Madies, Chiarvetti y Chorny 2000.

[34] Otras metas acordadas fueron el aumento de la esperanza de vida a 70 años, la reducción de la mortalidad infantil a 24 por mil nacidos vivos y la extensión del acceso a agua potable y disposición de excretas al 100% de la población.

posibles acciones que se toman para garantizarlo.[35] También la mayoría de los países tiene programas para expandir la cobertura, casi la mitad se basaban en incrementos de la oferta de servicios básicos en atención primaria a las poblaciones con peor acceso. El informe regional más reciente de la OPS no ofrece cifras sobre la cobertura en países específicos aunque sí estimados indirectos agregados de exclusión para la región (OPS 2002a: 135-136, 2002b, 2002c; ver sección A-2).

Como en el caso de pensiones, las reformas de salud aseveran que aumentarán la cobertura y en algunos países alcanzarán la universalidad, a veces fijando un plazo. Se argumenta que el crecimiento económico, el mercado y la empresa privada incrementarán el empleo y el ingreso, creando así condiciones para que los individuos sean capaces de satisfacer sus necesidades de salud con recursos propios (Cifuentes 2000). Además, la combinación del incentivo que resulta de la equivalencia entre cotizaciones y prestaciones, y la focalización de recursos fiscales en proteger a la población pobre o de bajo ingreso incrementará la cobertura.

Pero la aseveración anterior es difícil de constatar debido a tres obstáculos encontrados en la comparación de la cobertura antes y después de la reforma: (1) el cambio en las estadísticas en algunos países, por ejemplo, antes de la reforma la población no asegurada podía estar cubierta por el subsector público, después puede aparecer como asegurada; (2) la falta de estadísticas de activos cotizantes, como existen en pensiones, lo cual conduce a una sobrestimación difícil o imposible de medir, y (3) la segmentación de programas, aseguradoras y proveedoras que dificulta la compilación de estadísticas consolidadas para evitar la duplicación (este tema se analiza en más detalle en la sección A-6**)**. La cobertura o más propiamente el acceso puede ser medido a través de encuestas laborales, de hogares y de condiciones de vida que se han tomado en la mayoría de los países de la región, en algunos periódicamente, entre 1986 y 2004, muchas de las cuales incluyen preguntas sobre salud (para listas de las encuestas y acceder a las mismas ver BID 2005). Las encuestas de condiciones de vida incluyen los cuestionarios más detallados sobre el acceso de las familias a los servicios sociales incluyendo la salud; las encuestas de hogares tienen dos ventajas sobre las laborales: abarcan a toda la población en vez de sólo a la fuerza de trabajo o parte de ésta, y reportan las características de las familias en vez de sólo los trabajadores (Gasparini y Bertranou 2005). Las encuestas han demostrado que el acceso es fuertemente influenciado por el ingreso, la información disponible, la educación de la población y su conocimiento del sistema (que se complica cuando el sistema está muy fragmentado), así como la sencillez o complejidad del proceso para obtener el derecho o lograr el reembolso del costo de los servicios.[36]

Esta sección compendia las estadísticas e información disponible sobre cobertura y acceso de la población en los 20 países: resume el sistema de salud (para facilitar el entendimiento de la cobertura) e identifica las metas de cobertura (para contrastarlas con la realidad en algunos países); ofrece estimados de cobertura general, por localidad, ingreso y grupos difíciles de incorporar; analiza los problemas para comparar la cobertura antes y después de la reforma; brinda estimados sobre acceso y utilización, y analiza las causas de no haber logrado la universalidad.

1. Cobertura legal y metas de cobertura

Las constituciones y leyes de salud o seguridad social de virtualmente todos los países de la región establecen el derecho a la cobertura de salud, usualmente con carácter universal y gratuito para los no asegurados, pero en más de la mitad de los países (los menos desarrollados) esta obligación no se cumple en la práctica. Esta sección resume la cobertura legal de los tres subsectores, explicando por

[35] Diez países de la región garantizan el derecho a la salud en sus constituciones y una mayoría en sus leyes, pero sólo una minoría ofrece información sobre si ese derecho es bien conocido por la población o que se desarrollan acciones para que lo sea (Infante, Mata y López-Acuña 2000).

[36] Las encuestas tienden a ignorar parte de la población excluida, por ejemplo, la rural, la pobre o la que vive en áreas difíciles de alcanzar (OPS 2002a).

que subsector deben estar cubiertos y a que grupo de ingreso pertenecen. También se indica, cuando existen, las metas u objetivos de cobertura fijados por la constitución, la ley o la reforma. En el seguro social, el Cuadro 2 resume la cobertura legal obligatoria en todos los países alrededor de 2004 por tipos de ocupación (asalariados—total y parcial, cuenta propia o independientes, servidores domésticos y agrícolas), pensionados y familiares dependientes (cónyuges e hijos). Para una comparación con la cobertura legal antes de la reforma ver Mesa-Lago y Bertranou 1998).

CUADRO 2
COBERTURA LEGAL OBLIGATORIA DEL SEGURO SOCIAL POR TIPO DE OCUPACION, PENSIONADOS Y DEPENDIENTES, 2005

Países	Asalariados		Cuenta Propia	Domésticos	Agrícolas[a]	Pensionados	Dependientes	
	Todos	Parte					Cónyuge	Hijos
Argentina	X		[f]	X	X	X	X	X
Bolivia		X	[f]			X	X	X
Brasil [b]	X		X	X	X	X	X	X
Colombia	X		X[g]	X	?	X	X	X
Costa Rica	X		[f]	X	X	X	X	X
Cuba [b]	X		X	X	X	X	X	X
Chile [b]	X		[f]	X	X	X	X	X
Ecuador	X		[f]	X[g]	X	X	X[k]	X[m]
El Salvador		X				X	X[l]	X[m]
Guatemala		X[d]				X	X[l]	X[m]
Haití		X[e]						
Honduras		X[d]	[f]			X	X[l]	X[m]
México	X		[f]	[f]	X	X	X	X
Nicaragua		X	[f]	X[g]		X[i]	X	X[m]
Panamá	X		[f]	X	X	X	X	X
Paraguay		X	X[g]	X[h]		X	X[l]	X
Perú	X[c]		[f]	X[c]	X	X	X	X
R. Dominicana		X	[f]			X	X[l]	X[m]
Uruguay	X		[j]	X	X	X[j]	X[j]	X[m]
Venezuela	X		[f]	X		X	X	X

Fuente: ver el texto.

[a] Excluye usualmente a campesinos (en Ecuador cubiertos por un programa separado del seguro social), precaristas, aparceros y otros autónomos; en México cubiertos parcialmente por el programa IMSS-Solidaridad; en Perú hay un seguro agrario que cubre a trabajadores asalariados e independientes.

[b] En Brasil y Cuba no por el seguro social sino por el sistema nacional de salud público; en Chile por una combinación de seguro social y público.

[c] Incluye a socios de cooperativas; aunque la cobertura de todos los asalariados es obligatoria no se ejecuta en la práctica; los servidores domésticos tienen un régimen especial.

[d] En Guatemala sólo en 68% de los departamentos; en Honduras en 38%.

[e] El seguro social de enfermedad no ha sido implantado del todo y el de maternidad fue introducido en 1999, los funcionarios públicos tienen seguro.

[f] Afiliación voluntaria poco efectiva salvo en Argentina donde es obligatoria para monotributistas; Costa Rica (la ley estipula que se haga obligatoria en 2006); en Colombia en el régimen contributivo para los que ganan más de 2 salarios mínimos, el resto en el régimen subsidiado; en Chile automática para los afiliados en el sistema de pensiones, ya sea privado o público; en Nicaragua la nueva ley de seguridad social de 2005 la hace obligatoria; en Panamá el proyecto de ley de reforma en debate en 2005 la hace obligatoria; en República Dominicana la ley de 2001 la hace obligatoria pero no se ha ejecutado; en Venezuela el proyecto de ley de salud incluye a todos los residentes.

[g] No se ejecuta en la práctica o muy poco efectiva; la ley de 2005 de Nicaragua ratifica la obligatoriedad.

[h] Sólo los de la capital.

[i] Sólo por vejez y con un minipaquete básico.

[j] Parte de los trabajadores independientes tiene afiliación voluntaria otros están cubiertos por el subsector público; los pensionados cuyo ingreso sea inferior al máximo fijado anualmente; la cónyuge recibe atención durante el embarazo, parto y puerperio.

[k] Sólo en enfermedad; la asegurada tiene derecho a maternidad.

[l] Sólo en maternidad y puerperio; diferencias en atención a la cónyuge en Paraguay.

[m] Sólo a menores de: 11 años en Honduras; 9 años en Uruguay; 6 años en El Salvador y Nicaragua; 5 años en Guatemala, y 1 año en Ecuador y la República Dominicana.

El seguro social se concentra en el sector formal de ingreso medio, la información que sigue se refiere al esquema principal, pero en la gran mayoría de los países tiene seguros separados para grupos poderosos. En los cinco países del grupo pionero-alto (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay), el seguro social o el subsector combinado público-seguro social cubre legalmente de manera obligatoria a todos los asalariados (incluyendo a domésticos y agrícolas), pensionados y familiares dependientes (con algunas restricciones en Uruguay); en Brasil y Cuba se pasó de una cobertura incompleta de los trabajadores al seguro social a un sistema nacional de salud con cobertura universal gratuita, en los otros países no se aprecia diferencia importante con la situación legal antes de la reforma. En el grupo intermedio, cinco países (Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela) también cubren a todos los asalariados (incluyendo a agrícolas y domésticos—la obligación no se ejecuta respecto a estos últimos en Perú), pensionados y dependientes; Ecuador incluye a todos los asalariados, pero no se ejecuta la cobertura de domésticos y hay fuertes restricciones en la cobertura a la cónyuge y por edad a los hijos dependientes; en Bolivia sólo hay cobertura parcial de los asalariados, porque se excluye a los domésticos y agrícolas; en Colombia la reforma extendió la cobertura obligatoria legal, pero no han ocurrido cambios en los otros países en cuanto a la situación legal antes de la reforma. En el grupo tardío-bajo seis países (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) otorgan cobertura legal sólo a parte de los asalariados, porque se aplican sólo en parte del país (Guatemala y Honduras), excluyen a los agrícolas y domésticos (los últimos la tienen en Nicaragua y Paraguay pero no se ejecuta en la práctica o se limita a la capital, respectivamente), los pensionados están cubiertos (con fuertes restricciones en Nicaragua), y los familiares dependientes sufren fuertes limitaciones en todos los países (salvo Paraguay); Haití no tiene en la práctica seguro social; en El Salvador se ha aumentado algo la edad de atención a los hijos dependientes pero aún se mantiene la brecha con el resto de los países. Los trabajadores por cuenta propia o independientes sólo tienen cobertura legal obligatoria en cuatro países (Brasil, Colombia, Cuba y Paraguay, pero no se ejecuta en Colombia y Paraguay; en Argentina es obligatoria para los monotributistas); en Chile es automática para los afiliados al sistema de pensiones, en Costa Rica es voluntaria pero se otorgan subsidios a los independientes de bajo ingreso y la ley de reforma estipula que se haga obligatoria en 2006, leyes recientes o proyectos de ley en debate la hacen obligatoria en Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

El subsector público en la inmensa mayoría de los países (exceptuando a Brasil, Costa Rica, Cuba y Chile) cubre a la población sin recursos no asegurada en los subsectores público y privado. Este último se divide en tres tipos: con fines de lucro (medicina prepaga, seguros, hospitales, clínicas y profesionales) que atiende a la población de ingreso alto y medio-superior, especialmente en las zonas urbanas, pero también a la población de bajo ingreso que no tiene acceso efectivo al subsector público en los países menos desarrollados y que paga de su bolsillo; sin fines de lucro (ONG's, iglesias, patronatos, etc.) que asiste a la población pobre y de bajo ingreso; y medicina tradicional, importante en al menos seis países (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Paraguay y Perú) que atiende a la población pobre, especialmente indígena. En varios países hay cobertura doble del seguro social y subsector privado o del seguro social y el subsector público o de éste y el subsector privado. Sólo una minoría de países ha establecido metas de cobertura; en Colombia la meta de 100% de cobertura en 2001 no se cumplió. A continuación se hace un análisis detallado por país.

Argentina. El sistema de salud está fragmentado en tres subsectores principales que cubren a múltiples grupos. El subsector público gratuito está compuesto por hospitales y otras instalaciones de las provincias (también en los municipios más grandes; unos pocos hospitales que dependían de la Nación fueron traspasados a las provincias) que cubren a la población pobre o de bajo ingreso, así como a la mayoría de los trabajadores independientes. Los hospitales públicos brindan cobertura a la población que lo solicite y de hecho también sin cargo a parte de la población asegurada a pesar de disposiciones legales. El subsector del seguro social obligatorio u Obras Sociales (OS),

organizado de manera fragmentada por ramas de actividad, cubre de manera obligatoria a todos los trabajadores asalariados de cada rama (así como a los independientes de forma voluntaria) y sus familiares dependientes; ha sido mayormente administrado por los sindicatos**,** ofrece prestaciones diversas en base al ingreso variable por la cotización de sus afiliados pero con un paquete básico garantizado. Hay diversos tipos de OS, la mayoría de las OS nacionales son "sindicales" (empleados asalariados en ocupaciones del sector privado), hay otra para los jubilados y pensionados administrada por la Nación, también varias para el personal de dirección, los empleados públicos de cada provincia (OS provinciales), las tres ramas de las fuerzas armadas, la policía federal, los poderes legislativo y judicial, y las universidades nacionales. El subsector privado incluye hospitales, clínicas y profesionales independientes, así como Empresas de Medicina Prepagas (EMP), asociaciones o cooperativas de profesionales, y mutuales. La mayoría de los asegurados en las OS recibe servicios de este subsector mediante convenios con las OS. Uno de los objetivos de la reforma fue extender la cobertura y el acceso a los no cubiertos, mediante un paquete básico obligatorio para todos los afiliados (OPS 2005a).

Bolivia. La constitución y el código de seguridad social estipulan la cobertura universal un mandato que está lejos de haberse cumplido. Hay tres subsectores de salud. El subsector público está integrado por cuatro niveles: nacional a cargo del ministerio, regional a cargo de los departamentos, municipal y distrital. El seguro social está compuesto de 14 cajas o fondos de salud cada uno con su grupo de asegurados, que incluyen al trabajador asegurado, su cónyuge hijos y padres y hermanos dependientes, así como los pensionados; los independientes pueden afiliarse voluntariamente. El subsector privado se compone principalmente de ONG's, iglesias y otras entidades sin fines de lucro, y compañías de seguros comerciales y planes de medicina prepaga con fines de lucro. Existe además la medicina tradicional o informal importante en áreas rurales y urbano-marginales y, especialmente, entre la población indígena. La ley de 1998 sobre seguro básico de salud y el plan estratégico de salud establecieron como objetivo el acceso universal a beneficios básicos de salud de calidad culturalmente apropiada; nuevas regulaciones en 2003 aspiran a extender el paquete básico. El programa nacional EXTENSA procura la extensión de la cobertura a áreas rurales a través de brigadas móviles itinerantes (Guerrero 2000; Banco Mundial 2004; OPS 2005a).

Brasil. La constitución de 1988 (extendida a los estados y municipios en 1989-1990) transformó el antiguo derecho de los trabajadores a la seguridad social en un derecho universal e integral a la salud para toda la población, con énfasis en la cobertura y acceso universales. El sistema brasileño está compuesto de dos subsectores. El subsector público es el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde: SUS), el cual es gratuito y ofrece un piso básico para toda la población a través de provisión y financiamiento divididos entre tres niveles: federal, estatal y municipal (una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios con el subsector privado); este subsector es principalmente utilizado por los estratos pobres y de bajo ingreso. Las fuerzas armadas y la policía están cubiertas por su propios programas separados del SUS. Los empleados públicos reciben una asignación estatal con la cual toman seguros privados, pero no pierden su derecho a atenderse en el SUS. El subsector privado es de carácter voluntario y complementario, regulado y controlado por el gobierno federal; es utilizado por los estratos de mediano y alto ingreso lo cuales están asegurados de manera adicional en prepagas, cooperativas médicas o seguros de reembolso, además las grandes empresas tienen planes de salud, a veces subcontratando con aseguradas privadas. No obstante, un porcentaje importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS especialmente para atención compleja y costosa. (OPS 2005a; Piola 2005).

Colombia. La constitución de 1991 y la ley de 1993 ordenaron la universalidad de la cobertura. Excluidos de la reforma y del sistema general, manteniendo sus propios programas y cobertura están las fuerzas armadas, la policía, el magisterio y los trabajadores petroleros. Para el sistema general la reforma introdujo dos regímenes (contributivo y subsidiado) y una situación

transitoria para tres poblaciones diversas. El régimen contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal, como los dependientes y los independientes que ganan más de dos salarios mínimos (ambos pagan cotizaciones), así como los pensionados, la cobertura legalmente se extendió a los familiares dependientes del asegurado, la gran mayoría de los cuales no estaba cubierto antes de la reforma (sólo estaban las esposas embarazadas y los hijos menores de un año de los asegurados). 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 sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo y de la nación, los departamentos y municipios, transformando gradualmente el sistema de asistencia social y subsidios a la oferta en subsidios a la demanda. Un sistema de identificación (SISBEN) se aplica por los municipios en visitas domiciliarias en que se evalúan las condiciones de vida y variables sociodemográficas del candidato, lo clasifican en tres niveles de pobreza con subsidios decrecientes y lo afilian al régimen. El tercer grupo es llamado "vinculado" y tiene carácter transitorio (debido a que los recursos presupuestarios son insuficientes para cubrir a toda la población potencial del régimen subsidiado), por lo que continúa siendo atendido por hospitales públicos que aún reciben un subsidio a la oferta, igual que antes de la reforma, a largo plazo este grupo debería ser cubierto en el régimen subsidiado.[37] Según las metas establecidas por la ley de 1993, 70% de la población estaría cubierta por el régimen contributivo en 2000 y 30% por el subsidiado en 2001, pero estas metas no se cumplieron (Jaramillo 1999; Yepes 2000; Felizzola 2002; Martínez y otros 2003).[38] A fines de 2004 había tres proyectos de ley para reformar el sistema, el del gobierno tenía entre sus principales objetivos expandir la cobertura a la población pobre (AISS 2005).

Costa Rica. La constitución y la ley general de salud establecen el derecho a la atención de salud por toda la población. A partir del decenio del 70 se aplicó una estrategia para extender la cobertura del programa de enfermedad-maternidad del seguro social (CCSS) y eventualmente se le transfirieron todos los servicios de atención del ministerio (preventivos y curativos); a su vez la CCSS se comprometió a atender a todas las personas no aseguradas sin recursos, con cargo al fisco; este modelo es único en América Latina y ha tenido éxito en virtualmente alcanzar la universalidad. La cobertura legal del seguro social, la más amplia de la región, comprende los siguientes grupos con diverso tipo de afiliación: (a) obligatoria para todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado incluyendo los domésticos (no hay fuerzas armadas en el país); (b) voluntaria para los trabajadores independientes con remuneración, los cuales reciben subsidios fiscales que aumentan según disminuye el ingreso (la ley de protección del trabajador de 2001 ordena que se haga obligatoria a más tardar en 2006 y la reforma de pensiones de 2005 ratifica dicha obligatoriedad); (c) voluntaria para trabajadores que han dejado de ser cubiertos de manera obligatoria, los que no trabajan pero tienen ingresos propios (rentistas), los trabajadores familiares sin remuneración, los estudiantes que no trabajan y las amas de casa (la reforma de pensiones de 2005 estipula el aumento de la cobertura de estas últimas y de los voluntarios no remunerados); (d) atención integral a los pensionados y los familiares dependientes de estos y de los asegurados activos, así como los indigentes que carecen de aseguramiento y no pueden pagar la cotización (aunque su grupo familiar tenga un ingreso mayor a un salario mínimo también son elegibles si no satisfacen sus necesidades básicas, aunque deben demostrar su situación de necesidad cada seis meses), y (e) atención para todos los casos de urgencia, dejándose el pago—cuando corresponda—

[37] Según la OPS (2005), los que no logran afiliarse por falta de recursos o ausencia de oferentes, se denominan "participantes no asegurados" y quedan bajo la responsabilidad de las alcaldías de cada municipio.

[38] De acuerdo con otro punto de vista, la meta para 2000 no era el 100% sino el 90%, tanto del 70% en el régimen contributivo y del 30% en el régimen subsidiado, pero la brecha entre la afiliación proyectada y la alcanzada se amplió cada vez y se acentuó en 1999-2000 (Martínez y otros 2003).

para después.[39] El ministerio no provee servicios de atención. El subsector privado atiende a tres grupos: los de alto ingreso que no están asegurados en la CCSS y compran planes de seguro o prepagas o directamente a proveedores de servicios; parte de los asegurados porque la CCSS delega una proporción de la atención a proveedores privados o mixtos, y parte de los asegurados que deciden pagan a un proveedor privado para obtener atención más rápida o de mejor calidad que en la CCSS (Martínez y Mesa-Lago 2003; "Reforma" 2005).

Cuba. La constitución y la ley de salud garantizan el derecho a la salud a toda la población a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), único en la región ya que está unificado, es totalmente público (se prohíbe el ejercicio privado de la medicina), gratuito y con cobertura universal. No obstante, existe una red de hospitales para las fuerzas armadas, el personal de seguridad interna y la alta dirigencia política, así como pabellones separados para turistas extranjeros (turismo de salud).

Chile. La población está cubierta por el subsector público (FONASA) y el subsector privado (ISAPRES); también hay grupos cubiertos por programas de las fuerzas armadas y la Universidad de Chile, así como por seguros privados y atención directa. La afiliación en FONASA es automática para los siguientes grupos que no se han afiliado a una ISAPRE: los trabajadores dependientes cotizantes; los independientes que sean cotizantes a un sistema de pensiones (privado o público); los familiares dependientes de los cotizantes (cónyuge, hijos y otras cargas legales); los desempleados que reciben subsidio de cesantía; los pensionados ya sean de regímenes contributivos o asistenciales; la mujer embarazada que carece de previsión; las personas con deficiencia mental, y los carentes de recursos (indigentes). Estos últimos reciben servicios gratuitos, mientras que los afiliados de ingreso bajo pueden recibir un subsidio fiscal según su ingreso, los afiliados de ingreso más alto deben cotizar y en la atención primaria pueden elegir entre la pública (institucional) o la privada con un copago. Las ISAPRES cubren a la población de ingreso medio-superior y alto a través de cotizaciones y copagos (FONASA 2004; SI 2004). La reforma no fijó metas de cobertura de la población. El Presidente de la República afirmó en 2002 que "para resguardar el derecho a la salud no basta su declaración, sino que es necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera" por ello "toda persona residente en el territorio, independientemente de su edad, género, educación, etnia o ingreso, debe contar con ... acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna" ("Mensaje..." 2002: 3-4). Esta promesa se materializó por una ley de 2004 que estableció un paquete mínimo universal de prestaciones garantizadas en los subsectores público y privado (ver sección D-1). Otra ley de 2005 dispuso: la continuación por un año de la cobertura en ISAPRES a los familiares dependientes de un cotizante fallecido dentro del primer año de cobertura, por el mismo plan y sin costo adicional; la obligación de una ISAPRE quebrada de asegurar el traspaso de sus afiliados a otra ISAPRES sin reducción de derechos, y la aceptación de un beneficiario que se convierte en cotizante sin imponer una nueva declaración de salud (Ley 20,015 2005).

Ecuador. La reforma constitucional de 1998 estableció el derecho a la salud con acceso universal y servicios públicos gratuitos; la ley orgánica del sistema nacional de salud de 2002 ratificó estos principios y el objetivo de extender la cobertura a toda la población (a través de todas las entidades prestadoras actuales) a servicios integrales de salud, estableciendo prioridades y metas futuras, objetivos que aún no se han materializado. El seguro social (IESS) cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado (incluyendo a los servidores domésticos, pero ver sección A-5), así como a la cónyuge en enfermedad (la asegurada mujer en atención prenatal, parto y puerperio) y los hijos menores de un año de edad, a más de los pensionados por vejez e invalidez. La cobertura legal actual es una de las más restrictivas en la región; la ley de reforma de 2001 estipula que la cobertura se extenderá a los hijos hasta los 6 años,

[39] Muchos pacientes atendidos son inmigrantes recién llegados, principalmente de Nicaragua, Panamá y Colombia, que trabajan en empleos estacionales o temporales (Roberts y otros 2002).

a las pensionadas por viudez, a los pensionados huérfanos hasta los 6 años y a las jefas de hogar, pero no se había ejecutado a mediados de 2005. Pueden afiliarse voluntariamente los trabajadores independientes, profesionales, patronos, dueños de empresas unipersonales y menores asalariados. El IESS tiene un régimen general, que cubre a parte del estrato de ingreso medio, y programa especial (Seguro Social Campesino: SSC) que ofrece atención primaria a jefes de familia y sus familiares dependientes, virtualmente todos de bajo ingreso o pobres, organizados en cooperativas, comunas o asociaciones agrarias ubicadas en áreas rurales; único con México en América Latina. Los miembros de las fuerzas armadas y la policía tienen programas separados del IESS que cubren también a sus pensionados y a los familiares dependientes de ambos. El subsector público, compuesto de manera principal por el ministerio, legalmente debe cubrir a la población no asegurada, que es pobre y de bajo ingreso; la población indígena se estima entre 12.5% y 35% de la total[40] y es la más pobre. La ley de protección gratuita a la maternidad y la niñez promulgada en 1994 y reformada en 1998 no se había implantado al menos hasta fines de 2001. El subsector privado con ánimo de lucro atiende a la población de ingreso medio-superior y alto con instalaciones y profesionales concentrados en la capital y la segunda ciudad del país; el que no tiene ánimo de lucro asiste a la población pobre; también hay una importante medicina tradicional. Una propuesta de reforma en 2001 que proponía un seguro universal a través del sistema nacional de salud no se aprobó (LSS 2001; LOSNS 2002; IESS 2005; OPS 2005a).

El Salvador. La constitución dispone que el subsector público debe proveer atención gratuita a todos los que carezcan de recursos y a toda la población en la prevención de enfermedades contagiosas, "sin embargo en la práctica toda la población paga alguna forma de seguro público o privado para protegerse contra ciertos riesgos" (OPS 2005a12). Parte de la población está desprotegida, particularmente la rural que es la más pobre (41.3% de la población total) y la indígena (11% de la población total) que está concentrada en áreas rurales. El seguro social (ISSS) cubre a los trabajadores asalariados públicos y privados, así como al cónyuge/compañera y a los hijos hasta los 6 años (sólo en control del niño sano y vacunación, sin hospitalización salvo en el nacimiento),[41] también cubre a 1os pensionados; los cubiertos constituyen el grupo de ingreso medio. Se excluye a los trabajadores independientes, servidores domésticos, agrícolas y familiares no remunerados (que son los de menor ingreso y pobres), así como a los hijos de más de 6 años (una parte considerable de la población ya que 46% del total es menor de 19 años). Las fuerzas armadas y los maestros tienen programas separados para sus miembros y familiares. El subsector privado con ánimo de lucro se compone de unas pocas aseguradoras privadas y de clínicas y hospitales, ambos concentrados en la capital y áreas más urbanizadas, que sirven al grupo de mayor ingreso, y por entidades sin ánimo de lucro, principalmente ONG's que atienden a la población pobre en la capital y áreas rurales. Hay cierta duplicación de cobertura entre el seguro social y las aseguradoras privadas. Una propuesta consensuada de reforma en 2000 incluyó la garantía de los servicios básicos de salud a toda la población, pero fue abortada por los terremotos de 2001 y la huelga médica de 2003 (Mesa-Lago 2001; OPS 2005a).

Guatemala. La constitución y el código de salud estipulan que toda la población debe estar cubierta por el subsector público pero no se cumple. Los principales proveedores son el ministerio de salud y los municipios (que cubren a la población pobre o de muy bajo ingreso, también a través de fondos sociales contra la pobreza y ONG's); además, la sanidad militar que cubre a las fuerzas armadas y sus dependientes, y el ministerio de gobernación que cubre a sus empleados, la policía y sus respectivos dependientes. El seguro social (IGSS) cubre a los trabajadores formales,

[40] El primer estimado es de OPS 2005 y el segundo de Carpio 2001.

[41] Un acuerdo del seguro social en octubre de 2004 provee la extensión de la cobertura a los hijos entre 6 y 12 años de edad, pero al tiempo de terminar este estudio no se pudo comprobar que estaba ya en vigor (AISS 2005).

básicamente urbanos de ingreso medio, pero limitado geográficamente a 15 de los 22 departamentos del país; también a los jubilados y pensionados del IGSS, y a la esposa/compañera del asegurado y sus hijos menores de 5 años. Los trabajadores independientes, servidores domésticos, empleados en microempresas y trabajadores familiares no remunerados están excluidos legal y prácticamente de la cobertura. El subsector privado incluye cuatro tipos de proveedores que cubren a grupos diferenciados por ingreso: unas sin ánimo de lucro compuestas por ONG's parte de las cuales provee un paquete básico a la población pobre en zonas rurales e indígenas (a través de convenios con el ministerio); otras con ánimo de lucro, como hospitales, clínicas y consultorios privados, así como seguros médicos o medicina prepaga, que atienden a la población de más alto ingreso y, por último, la medicina tradicional (curanderos, comadronas) especialmente en el área rural que dan servicios a la población pobre (Mesa-Lago *y otros* 1997a; Durán y Cercone 2001; AISS 2003a; PNUD 2003). Uno de los objetivos de la reforma fue extender la cobertura de los servicios de salud focalizándola en la población sin acceso (OPS 2005a).

Haití. La constitución garantiza a la población el derecho a la atención de salud pero ese precepto no se cumple. El ministerio tiene a su cargo la cobertura de la mayoría de la población (la más pobre y de bajo ingreso) pero tiene pocos recursos y la crisis político-económica de los 90 los redujo haciendo aún más difícil esa tarea; la provisión se hace en parte por proveedores privados. La ley del seguro social de enfermedad de 1967 se implantó sólo parcialmente y el programa de enfermedad fue creado en 1999 con escasa implantación. Los funcionarios públicos tienen un seguro médico; se desconoce si incluye a sus familiares dependientes, así como a las fuerzas armadas. El subsector privado se divide en cuatro: sin ánimo de lucro compuesto por ONG's, patronatos, asociaciones, iglesias, etc. que atiende a la población sin recursos; con ánimo de lucro integrado por profesionales de la medicina que trabajan en oficinas o clínicas en la capital y otras ciudades importantes, que atienden a la población de más alto ingreso; mixto sin ánimo de lucro cuyo personal es pagado por el Estado pero la administración está a cargo del mismo; y la medicina tradicional que se estima cubre a 40% de la población, especialmente en el área rural y pobre. La actual estrategia del ministerio tiene como meta extender la cobertura de un paquete básico (BID 2003; US-SSA 2004; OPS 2005a).

Honduras. El subsector público debería proteger a la gran mayoría de la población no asegurada por los otros dos subsectores, la cual es la más pobre y de bajo ingreso, pero no lo hace en la práctica. En el seguro social la ley de reforma de 2001 estableció la garantía al derecho a la salud, pero que la extensión de la cobertura sería gradual por zonas geográficas y basada en estudios actuariales previos. Están obligatoriamente cubiertos los asalariados formales en los subsectores privado y público, la cónyuge/compañera sólo en maternidad y puerperio (la reforma estipuló también la cobertura por enfermedad, pero pendiente de aprobación del reglamento), los hijos hasta los 11 años (aumentado de 5 años después de 2001), y los pensionados. Los trabajadores independientes, amas de casa y pequeños patronos pueden afiliarse de manera voluntaria pero poco efectiva (ver sección A-5**)**; están excluidos los servidores domésticos, temporales, la mayoría de los agrícolas y los familiares no remunerados, así como los hijos mayores de 11 años (no se pudo constatar si también la cónyuge en enfermedad); además, la cobertura del IHSS se limitaba a sólo 7 de los 18 departamentos en 2003. El subsector privado asegura a una población muy pequeña de ingreso alto y mediano, parte de ella duplicando la del seguro social que no utiliza. El Plan de Acción 2002-2006 establece como meta el incremento de la cobertura y acceso de los servicios de salud en todos los niveles del sistema (Durán 2003; IHSS 2003).

México. La constitución, la ley general de salud y las leyes de seguridad social garantizan el derecho a la salud a toda la población. Al segmento no asegurado ("población abierta") es la pobre y de menor ingreso, "a la cual se le puede otorgar atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles por las instituciones [de asistencia social del subsector público]" (INEGI 2005). Entre estas la principal es la secretaría de salud del gobierno federal (en adelante el ministerio federal), las secretarías de los estados, el distrito federal y los municipios con

más recursos, así como otras secretarías federales y entidades autónomas. Ha habido múltiples programas de salud públicos focalizados en los pobres; el más reciente es el seguro popular de salud (SPS), establecido por una reforma a la ley general de salud en 2003, adscrito al ministerio federal en cooperación con los estados, iniciado en 2004 focaliza a la población pobre a la cual otorga un paquete de prestaciones gratuito, su meta es cubrir 10% de la población total en 2010[42] pero ha habido avances muy diferentes entre los estados en cuanto al cumplimiento de las metas y enfrenta un recorte en los fondos proyectados (Nigenda 2005; ver sección F-5). Hay cinco seguros sociales que legalmente cubren a diversos segmentos de la población en el sector formal, la mayoría de ingreso medio. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre obligatoriamente en su régimen general a los trabajadores asalariados del sector privado (también a los de sector público no afiliados a otros seguros sociales), los miembros de las cooperativas de producción, así como a los pensionados y los familiares dependientes de ambos (cónyuge/concubino, hijos menores de edad y padres). A través del tiempo el IMSS ha incorporado a diversos grupos de trabajadores que tenían o tienen regímenes especiales, como azucareros, henequeneros, temporales urbanos, etc. También ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores por cuenta propia, servidores domésticos, pequeños empresarios y granjeros, familiares no remunerados, etc. (varios de estos grupos deberían estar cubiertos obligatoriamente pero no se ha dictado la disposición necesaria); hay grupos que se han unido voluntariamente mediante convenios del IMSS con sus asociaciones (vendedores de lotería, músicos callejeros, taxistas propietarios de sus vehículos; los empleadores con empresas de 2 a 3 trabajadores legalmente deben afiliarlos pero pocos lo hacen; el último grupos de afiliación voluntaria es el Seguro de Salud para la Familia que comenzó en 1997. En los últimos 30 años IMSS también ha desarrollado varios programas para cubrir a grupos pobres en zonas rurales y urbano-marginales deprimidas, con frecuencia mediante convenios con la secretaría federal, el más importante es IMSS-Solidaridad que en 2001 había extendido la cobertura en 17 estados y 16,770 comunidades, en ese año cambió su nombre a IMSS-Oportunidades y continuó con una cobertura similar concentrada en áreas rurales deprimidas y comunidades indígenas. Los funcionarios públicos federales, así como los pensionados y familiares dependientes de ambos, están cubiertos obligatoriamente por un seguro social distinto (ISSSTE); éste firma convenios con los estados y municipios para cubrir a sus empleados pero en los otros hay ISSSTEs estatales. Los militares, pensionados y familiares dependientes de ambos están cubiertos por la secretaría de defensa mientras que los marinos lo están por la secretaría de la marina. Los trabajadores petroleros, pensionados y familiares dependientes están cubiertos por la empresa estatal correspondiente (PEMEX). El grupo de alto ingreso tiene planes de seguro o paga servicios directamente; los pobres también recurren al subsector privado cuando no tienen acceso a los servicios públicos o a ONG's, entidades religiosas y la medicina tradicional que es importante. Una entidad autónoma (INI), un programa ad hoc y la SSA ofrecen algunos servicios de salud a las poblaciones indígenas especialmente en zonas rurales aisladas, las más afectadas por la pobreza y con las peores condiciones de salud (Dávila y Guijarro 2000; AISS 2003b; SSA 2004a; IMSS 2004).

Nicaragua. La constitución, el código sanitario y otras disposiciones legales otorgan el derecho de la población a la cobertura de salud; la reforma no ha fijado metas de cobertura. El subsector público se asume que cubre a la población no asegurada pero carece de registro y, en realidad, deja un tercio sin protección, el grupo más pobre de la población. El seguro social (INSS) cubre a los asalariados formales en los sectores público y privado (incluyendo los trabajadores del campo permanentes), la esposa/compañera del asegurado pero sólo durante el embarazo, parto y puerperio, y los hijos menores de 6 años de edad (antes de 1997 a menores de 3 años); se establecen límites a las prestaciones; no están cubiertos los pensionados, salvo los del régimen contributivo por

[42] El estudio más comprensivo y reciente sobre el SPS no es claro respecto a si la meta de 2010 es 11.3 millones de familias o de personas, también menciona 50 millones de personas; la diferencia implicaría 10% o 44% de la población total en 2010 respectivamente; pero en 2000 se alegaba que sólo 0,5% de la población carecía de acceso (Nigenda 2005; OPS 2005).

vejez y con un paquete básico que comenzó en 2002 (ver sección D-1). Se ofrece cobertura voluntaria ("facultativa") a los trabajadores independientes, asegurados cesantes y pequeños empleadores, pero con escasos resultados (ver sección A-5**);** los servidores domésticos deberían tener cobertura obligatoria pero no se ha ejecutado; la nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación a mediados de 2005 hace obligatoria la cobertura de los independientes, servidores domésticos, agrícolas y transportistas ("Detallan..." 2005). El INSS excluye en la práctica a los trabajadores independientes, servidores domésticos, empleados de microempresas, familiares no remunerados y la enorme mayoría de los pensionados, a más de la cónyuge/compañera fuera de maternidad, el cónyuge masculino de la asegurada y los niños mayores de 6 años, lo cual constituye una de las coberturas legales más bajas de la región. Las fuerzas armadas y el ministerio de gobernación tienen sus propios servicios para miembros y familiares dependientes, así como pensionados. No hay información sobre los cubiertos por seguros privados y medicina prepaga, aunque es una proporción pequeña; pero todos los asegurados en el INSS reciben la atención de empresas medicas previsionales (EMP) la mayoría de las cuales es privada (Mesa-Lago *y otros* 1997b; INSS 2003; La Forgia 2005; OPS 2005a).

Panamá. El seguro social (CSS) cubre obligatoriamente a los trabajadores asalariados públicos y privados (incluyendo los servidores domésticos), los pensionados y los familiares dependientes de todos ellos; hay afiliación voluntaria para trabajadores independientes y los que hayan dejado de trabajar (el proyecto de ley de reforma establece la cobertura obligatoria de los independientes; Proyecto 2005). Los no asegurados están legalmente cubiertos por el subsector público, pero parte de ellos recibe atención de la CSS. Esta tiene servicios propios o contrata con el ministerio de salud o el subsector privado que es pequeño en áreas donde no tiene instalaciones (CSS 2004). El plan de desarrollo social 2000-2004 estableció la meta de ampliar la cobertura de salud 80% a 85% de la población (MEF 1999).

Paraguay. La constitución y el código sanitario estipularon un sistema nacional de salud que otorgase el derecho de salud a toda la población pero no hay metas de cobertura. El subsector público cubre a la población de bajo ingreso y sin recursos, a través del ministerio, gobiernos de los departamentos, algunos municipios y la universidad nacional. El seguro social (IPS) cubre a los trabajadores asalariados privados y a los empleados de entes descentralizados y empresas mixtas (previo examen de ingreso obligatorio para determinar si son formales y aptos para cotizar), los pensionados, y los familiares dependientes (incluyendo a los ascendientes del asegurado). Dentro del IPS hay regímenes especiales para el servicio doméstico de la capital, el magisterio público y privado, una entidad descentralizada, y uno no contributivo para veteranos de la Guerra del Chaco; por otra parte, el IPS excluye en la práctica a los trabajadores independientes, así como a otros informales. Fuera del IPS hay programas separados para las fuerzas armadas y la policía que afilian a sus miembros, familiares dependientes y pensionados; los funcionarios públicos tienen un seguro médico y pueden escoger la prestadora, y otros grupos, muchos de ellos con ingresos superiores a los de los afiliados en el IPS. El subsector privado se divide en dos: sin fines de lucro compuesto de fundaciones, asociaciones, iglesias y algunas ONG's, así como la Cruz Roja, las cuales atienden a población de bajo ingreso y pobre; y con fines de lucro que incluye la medicina prepaga para el grupo de alto ingreso, un seguro y ayuda mutual en las colonias mennonitas del Chaco, y la medicina tradicional que es importante y cubre a la población indígena y pobre (OISS 2004; OPS 2005a; Ramírez 2005a). El gobierno actual ha propuesto extender la cobertura con énfasis en la atención primaria, zonas rurales y urbano-marginales, basada en la reconversión de los médicos generales en médicos de familia, promotores y voluntarios en la comunidad (Ramírez 2004).

Perú. La constitución de 1993 mantuvo el principio de la anterior que establecía el derecho universal y progresivo a la seguridad social y libre acceso a la salud, pero eliminó la garantía estatal de proveer financiamiento suficiente, lo cual se explica porque transformó el papel del Estado de directo a subsidiario. En el subsector público la principal entidad es el ministerio (MINSA), cuya orientación también se cambió por la reforma (a partir de 1997-1998 y particularmente desde 2001),

pues focaliza su cobertura en la población pobre y de extrema pobreza, dando prioridad a la materno-infantil y adulta muy vulnerable, los que reciben un paquete básico de atención. El seguro social (EsSalud) cubre obligatoriamente a los trabajadores asalariados y socios de cooperativas, así como al cónyuge o compañero(a) y los hijos menores de edad (se protege a la madre embarazada con hijo extramatrimonial hasta después de su nacimiento). Hay afiliación voluntaria ("potestativa") para los independientes y otros trabajadores que tienen opciones a varios planes, pero se reporta que hay una proporción pequeña afiliada a los mismos.[43] Continúan dos programas especiales (con fondos separados dentro de EsSalud) que existían antes de la reforma: para los trabajadores agrarios, asalariados o independientes, así como para los pescadores independientes (cuya afiliación y recaudación debe hacerse por la organización social a la que pertenecen), que también cubren a los familiares dependientes como en el programa general.[44] EsSalud puede extender la cobertura a otros grupos de la población sin capacidad contributiva, basado en convenios firmados con el Estado, el cual proveerá el necesario financiamiento (pero no se habían realizado dichos programas hasta mediados de 2005). Los empleadores pueden tener a sus trabajadores afiliados a EsSalud o a entidades prestadoras de salud (EPS) u optar por desarrollar sus propios servicios en la empresa o contratar un seguro privado. Las fuerzas armadas y la policía nacional, así como sus familiares dependientes, están cubiertos por sus propios programas. El subsector privado se subdivide en dos: con ánimo de lucro (concentrado en las principales ciudades) que incluye hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, etc., así como medicina prepaga y seguros (pocos hogares adquieren estos); y sin ánimo de lucro como fundaciones y ONG's, la población indígena y pobre recurre en gran medida a la medicina tradicional o se automedica (LMSSS 1997; EsSalud 2005; MINSA 2005a, 2005b; OPS 2005a).

República Dominicana. En la actualidad hay tres subsectores en operación. El público protege a la población no asegurada que es la de bajo ingreso y pobre, a través del ministerio, otros programas nacionales y los municipios. El seguro social (IDSS) cubre a los obreros, asalariados privados y los trabajadores a domicilio, pero sólo a la cónyuge/compañera en maternidad y a los hijos menores de un año (en la práctica hasta 3 ó 5 años)**;** también cubre a los pensionados; los independientes y servidores domésticos están excluidos. La mayoría de los asegurados en el IDSS tiene doble cobertura con "igualas" (prepagas) debido a la baja calidad de los servicios del primero. Hay programas separados para las fuerzas armadas y la policía, y seguros "autogestionados" para varios grupos de funcionarios públicos, la universidad autónoma, maestros, médicos, enfermeras etc., que cubren a estos y a sus dependientes. El subsector privado, además de la "igualas", incluye seguros privados (estos para grupos de ingreso alto), ONG's, iglesias, la Cruz Roja, así como la medicina informal para grupos de bajo ingreso y pobres (OPS 2005a). Las dos leyes fundamentales de la reforma (general de salud y de seguridad social) estipulan la universalidad de la cobertura y fijan el año 2011 como meta para alcanzarla, estableciendo la creación de tres regímenes: (a) el contributivo cubrirá a todos los trabajadores asalariados privados y públicos, a más de los empleadores, y extenderá la cobertura integral a todos sus dependientes; (b) el contributivo-subsidiado incorporará obligatoriamente a todos los trabajadores independientes (profesionales y por cuenta propia) con ingresos no mayores al salario mínimo nacional, y a sus dependientes; y (c) el subsidiado protegerá a los cuentapropistas con ingresos inferiores al salario mínimo nacional, desempleados, discapacitados e indigentes, así como sus dependientes (no se especifica a que régimen pertenecen los servidores domésticos y trabajadores a domicilio). La implementación de la

[43] Los asegurados desempleados y sus familiares mantienen la cobertura entre 6 y 12 meses, pero se requieren 30 meses de cotizaciones en los 36 meses anteriores al desempleo, lo cual hace difícil obtener este derecho (LMSSS 1997).

[44] Otros programas especiales que existían antes de la reforma (amas de casa, choferes profesionales, servidores domésticos, etc.) fueron incorporados a EsSalud con las mismas prestaciones por un plazo de 5 años sin aumentar sus aportes (LMSSS 1997). A partir de 2005 hay dos planes voluntarios para proteger a estos grupos (AISS 2005).

reforma está muy atrasada respecto al plan inicial: el régimen subsidiado comenzó a funcionar de hecho en 2004 con cobertura limitada y un per cápita bajo en el paquete básico; el régimen contributivo debió ser el primero en comenzar (2002) pero se ha pospuesto 8 veces y se anuncia que comenzará en octubre de 2005; no se ha fijado fecha para el inicio del régimen contributivo-subsidiado (Lizardo 2004, 2005).

Uruguay. La constitución establece que el Estado proporcionará gratuitamente la atención sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes, que están a cargo del ministerio, el cual otorga tres carnés gratuititos: a la población cuyo ingreso es inferior a 2 ½ salarios mínimos, a las embarazadas y niños menores de un año, y a los pensionados mayores de 65 años o inválidos (usualmente sin recursos y no cubiertos por el seguro social); además otorga otro carné con reducción de la cuota de uso dependiendo del nivel de ingreso; los servicios se proveen por los departamentos. Los municipios (intendencias) y el hospital de la universidad nacional también ofrecen servicios a la población. El seguro social (BPS) tiene programas separados de enfermedad y maternidad; el primero cubre a los trabajadores del sector privado (incluye a los rurales, excluye a los que ganan menos de 1,25 salarios mínimos), los dueños de microempresas que no tengan más de un empleado, los desempleados cubiertos por el seguro de desempleo, los cónyuges de patrones rurales que no tengan más de un empleado, y los pensionados con un ingreso menor a un máximo fijado anualmente; los independientes están en parte cubiertos de manera colectiva por el BPS y parte de manera individual; la atención se provee por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) mediante el pago de una cuota que es transferida por el BPS. Este seguro no cubre a los familiares dependientes, los cuales tienen que ser afiliados de manera individual o voluntaria en las IAMC, por lo cual el asegurado activo tiende a escoger aquellas que ofrecen las condiciones mejores; la otra alternativa es asegurar a la familia en "seguros parciales" o "emergencias" que no están obligados a ofrecer las prestaciones mínimas. El seguro de maternidad ofrece atención durante el embarazo, parto y puerperio a la cónyuge/compañera del asegurado que tenga derecho a asignaciones familiares y que no esté cubierto en los subsectores público o privado; también otorga atención a los hijos: preventiva previo al nacimiento, integral durante los primeros 90 días, pediátrica hasta los 6 años (puede ser extendida hasta los 14 años), odontológica y de especialidades hasta los 9 años (sin límite de edad a los incapacitados); la atención se presta por instalaciones propias del BPS o contratando servicios públicos o a través de las IAMC. El BPS también otorga otros beneficios sanitarios. Un Fondo Nacional de Recursos (FNR) contrata la atención de alta complejidad y costo con Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAES). Los empleados públicos en su mayoría están cubiertos por IAMC a las cuales el Estado paga la cuota correspondiente o por servicios propios de los entes autónomos o descentralizados o empresas públicas. Las fuerzas armadas y la policía tienen instalaciones propias (los notarios públicos un programa separado) que cubren a sus miembros, pensionados y familiares dependientes de ambos. El subsector privado incluye a las IAMC, todas sin ánimo de lucro, que concentran el estrato medio de ingreso; las IMAEs de carácter privado; algunas empresas del sector privado con servicios propios para su personal; los "seguros parciales" y emergencias móviles; las "cajas de auxilio" que prestan servicios médicos; hospitales y clínicas privadas; las ONG's no juegan un papel importante y la medicina tradicional es insignificante. El proyecto Salud 2010 tiene como objetivo focalizar la atención gratuita en la población pobre, y el programa de la administración 2001-2005 fija entre sus objetivos universalizar la cobertura a toda la población, pero no se pudo obtener una evaluación de los resultados de estos dos programas (BPS 2001, 2003; AISS 2003b; Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; OISS 2004; OPS 2004d, 2005).

Venezuela. La constitución de 1999 estableció que toda la población tiene derecho a la salud y a la seguridad social, los cuales serán garantizados de manera efectiva por el Estado y éste también promoverá el acceso a los servicios, de acuerdo con el principio de universalidad y que la ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. La ley orgánica de seguridad social de 2002 (carente de reglamento a mediados de 2005) y el proyecto

de ley de salud de 2004 (pendiente de aprobación final a mediados de 2005) ratifican estos principios y añaden que la cobertura para todos los residentes será independiente de su capacidad contributiva, actividad laboral, salario o ingreso, mediante un sistema público nacional de salud (SPNS). Pero estos principios no han sido aún ejecutados y a mediados de 2005 continuaba el seguro social (IVSS) cubriendo obligatoriamente a los trabajadores asalariados de los sectores privado y público (con las excepciones notadas abajo), la cónyuge o compañera del asegurado, sus hijos solteros hasta los 18 años y padres, a más de los beneficiarios de paro forzoso, y los pensionados y sus familiares dependientes. Los trabajadores independientes, a domicilio, temporales u ocasionales pueden afiliarse al IVSS de manera voluntaria. Los funcionarios de instituciones y empresas públicas son cubiertos por pólizas de seguro suscritas y pagadas por el Estado para servicios provistos por el IVSS o proveedores privados. Las fuerzas armadas, maestros públicos, profesores de varias universidades públicas y privadas y trabajadores petroleros tienen sus propios programas que cubren a sus miembros, pensionados y familiares dependientes de ambos. El ministerio continúa dando asistencia a la población pobre y de bajo ingreso que no tiene seguro. En 2000, el Ejecutivo eliminó la condición de asegurado para recibir atención médica en los establecimientos del IVSS. El proyecto de ley de salud de 2004, establece el derecho universal y gratuito a la salud, incluso a los que no tienen identificación o registro en el sistema de información de la seguridad social y a los extranjeros residentes; a ese efecto se creará el SPNS que integrará a los cubiertos por el IVSS y otros grupos con seguros separados (salvo las fuerzas armadas). El subsector privado de alto ingreso está protegido por entidades con ánimo de lucro como planes de seguro ofrecidos por compañías privadas, medicina prepaga y pólizas en las grandes empresas; grupos de bajo ingreso está cubiertos por cooperativas de salud y programas solidarios que brindan servicios a precios inferiores a los del mercado y ONG's sin ánimo de lucro; numerosas etnias indígenas carecen de cobertura o la tienen muy restringida (D'Ella 2002; LOSSS 2002; RVB 2004; IVSS 2005; OPS 2005a).

2. Estimados de cobertura general de la población

Según estimados de la OIT, el porcentaje promedio de los trabajadores asalariados que cotiza a algún sistema de seguridad social en seis países declinó de 66,6% a 65,3% entre 1990 y 2000; la cobertura disminuyó en tres países (Argentina, Chile y Uruguay) y aumentó en otros tres (Colombia, México y Uruguay) (OIT 2002c). Basados en esos estimados, tres expertos aseveraron que, contrariamente a lo esperado, el mayor vínculo entre cotización y prestación reforzado por las reformas no ha resultado en un incremento de la cobertura de salud e incluso ha ocurrido un retroceso en algunos países (Titelman, Uthoff y Jiménez 2003). No obstante, los estimados de la OIT no especificaban la cobertura de salud, se basaban en los trabajadores asalariados y excluían a otros trabajadores y sus familiares dependientes (por lo cual no es posible inferir la cobertura poblacional) y no dejaban claro si incluían sólo el seguro social o también el sistema público. Estimados más recientes de la OIT que incluyen doce países indican que la cobertura general total de los asalariados que cotizan a la seguridad social continuó declinando de 66,6% en 1990 a 63,7% en 2002; disminuyó en siete países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay), mientras que aumentó sólo en dos (Colombia y México), y en dos países sólo hubo información para 2002 (Panamá[45] y Paraguay). El mismo estudio, basado en encuestas de hogares tomadas entre 1992-1998 y 2000-2001 en siete países latinoamericanos que incluyeron preguntas sobre cobertura por el seguro de salud, muestra que la cobertura de la fuerza de trabajo (incluyendo empleadores, asalariados en el sector público, empresas grandes y pequeñas, independientes profesionales y no calificados, trabajadores sin salario y desocupados) aumentó en Chile, Ecuador y México, se mantuvo estancado en Panamá, y disminuyó en Argentina, Bolivia y Perú (ver Cuadro 3). Se

[45] Como porcentaje de la fuerza laboral, la cobertura por el seguro social en Panamá subió de 47,7% en 1992 a un máximo de 57,6% en 2000 y declinó a 52,7% en 2003, mucho mayor que en 1992; estas cifras se basan en asegurados que aportaron un promedio de 9,5 cotizaciones en el año (ver Cuadro 3**)**.

observaron diferencias importantes en la cobertura por la condición laboral del trabajador (OIT 2003; Gasparini y Betranou 2005; para más detalles ver sección A-5).

Un estudio publicado por la OPS ha empleado un método indirecto para calcular la exclusión basada en la oferta a la población de cuatro servicios en 1990-1994: vacunación contra la polio y la tuberculosis (BCG) a menores de un año, atención prenatal de la mujer embarazada y atención del parto por personal especializado. Se estimó que un mínimo de 8% de la población total de la región carecía de cobertura basada en BSG y un máximo de 29% basada en atención prenatal y se dividió a los países entre tres niveles de cobertura: alta en los cuatro servicios (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Panamá y Uruguay), relativamente alta en los primeros dos servicios pero baja en los otros dos (el resto de los países salvo uno) y cobertura baja en los cuatro servicios en Haití (Paganini 1998). El último informe *Salud en las Américas* de la OPS, utiliza cifras de 1989-1996 para calcular la población excluida en América Latina y el Caribe, basada en cuatro indicadores: por cobertura, la población sin seguro de salud era 46%; por acceso económico era 27% y por acceso geográfico 22%; por insuficiencia de camas hospitalarias era 55%, y por nacimientos no atendidos por personal entrenado era 17%. Excluyendo este último indicador, entre 22% y 55% de la población estaba excluida de cobertura (100 a 260 millones), y la población cubierta fluctuaría entre 45% y 78%, un rango muy considerable. La OPS advierte que, a pesar de estas cifras, "el tema de la exclusión en la protección de la salud no aparece usualmente en la lista de prioridades de las agendas internacionales de política social, ni de manera explícita y tanto como debería en las agendas de salud de los países de la región; las reformas del sector generalmente no se han ocupado de este tema tampoco y, cuando lo incluyen, lo hacen de manera indirecta y fragmentaria" (OPS 2002a: 144).

Una investigación conjunta de la OPS, la OMS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional mide la "exclusión en salud" (definida como la falta de acceso de individuos o grupos a las necesidades de salud), en tres formas: incidencia (cuanta población está excluida), intensidad (el grado de exclusión de la población, y severidad (el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población). Conducida en seis países y basada en encuestas de hogares y otra información secundaria, estimó, para 1996-2001, la "población sin seguro de salud" como sigue: Ecuador 77%, Guatemala 82,2%, Honduras 83,1%, Paraguay 79,9%, Perú 73% y República Dominicana 76,4%. Pero hizo otros estimados más bajos sobre "población sin cobertura real de salud" y "población excluida", sin explicar claramente las diferencias entre las tres mediciones. En cuatro países (Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú) estimó que un promedio de 47% de la población estaba excluida con un grado de desprotección de 74% (OPS/OMS/ASDI 2003).[46]

[46] Los estudios comparativos de la OPS sobre las subregiones andina y centroamericana, que incluyen 13 países, sólo dan cifras sobre el impacto de la reforma en la cobertura general de la población en Colombia (aumento de 21% a 57% en el aseguramiento entre 1994 y 1997; pero véase después). Para otros tres países se dan cifras sobre cobertura en un "conjunto básico de prestaciones" sin especificar éstas ni el año de referencia: 90% en Costa Rica, 32% en Guatemala y 66% en Nicaragua (OPS 2002b, 2002c).

CUADRO 3

COBERTURA DE LA POBLACION TOTAL ANTES DE LA REFORMA Y EN 2002-2004, Y DE LA FUERZA LABORAL EN 1994-1998 Y 2000-2003, EN PAISES SELECCIONADOS

(Porcentajes de la población total y de la fuerza laboral)

Países	Población Total						Fuerza Laboral[b]	
	Años	Público	Seguro Social	Privado	Otros[a]	Total	Años	Cobertura
Argentina	1991	36,4	57,6	4,6	1,4	100,0	1997	63,9
	2001	37,4	54,4	7,9	0,3	100,0	2001	56,2
Bolivia	1997	30,0	25,8	10,5	0,0	66,3[p]	1997	17,4
							2002	15,2
Brasil	1998	75,5		24,5	n,d,	100,0[q]		
	2003	75,5		24,5	n,d,	100,0[q]		
Colombia	1993	50,0	23,7	n,d,	n,d,	73,6		
	2002	46,7[c]	53,3[c]	n,d,	n,d,	100,0[c]		
Costa Rica	1994	0	86,2	13,8[m]	[m]	100,0		
	2003	0	86,8	13,2[m]	[m]	100,0		
Cuba	2002	100,0[d]	0	0	0	100,0[d]		
Chile	1984	83,4[e]		3,1[e]	n,d,	86,1[e]	1996	86,2
	2002	67,5[e]	[e]	18,5[e]	14,0[e]	100,0[e]	2000	87,3
Ecuador	1994	28,0	18,0	20,0	7,0	73,0[r]	1994	23,1
							1998	33,2
El Salvador	2001	40,0[f]	15,8	1,5[f]	n,d,	57,3	2000	26,0
Guatemala	1995	30,0	16,6	12,0	n,d,	58,6		
	2000	26,0	16,6	30,0[n]	n,d,	72,6[n]		
Haití	2000	21,0	n,d,	38,0[ñ]	1,0	60,0[ñ]		
Honduras	2000	52,0	11,7	1,5	n,d,	65,2[s]		
México	1985	47,7[g]	41,8[g]	n.d.	10,5[g]	100,0[g]	1998	14,8
	2002	41,8[g]	45,3[g]	n.d.	12,9[g]	100,0[g]	2001	16,6
Nicaragua	1990	n.d.	18,3	n.d.	n,d,	n.d.		
	2001	60,0[h]	7,9	n.d.	0,5	68,4[h]		
Panamá	1996	39,9[i]	61,1	[i]	n.d.	100,0[i]	1995	52,0
	2004	35,4[i]	64,6	[i]	n.d.	100,0[i]	2003	52,1
Paraguay	1999	42,0	12,4	6,3	1,2	62,0[o]		
	2001	33,3	12,4	[o]		[o]		
Perú	2002	30,0[j]	26,0	12,0[j]	3,0	71,0[j]	1994	28,4
							2000	24,2
R. Dominicana	2000	60,0	7,0	12,0	5,0	84,0[t]		
Uruguay	1987	27,2	15,8[l]	30,8[l]	13,9[l]	87,7[l]		
	2000	38,7[l]	15,9[l]	34,7[l]	7,9[l]	97,2[l]		
Venezuela	2000	[k]	34,4[k]	[k]	[k]	[k]		

Fuente: Población total del texto; fuerza laboral de OIT 2003, excepto Panamá de Mesa-Lago 2000b, CCS 2004 y CEPAL 2003a. Estimados de cobertura ver el texto.

n.d.= no disponible

[a] Incluye, según los países, fuerzas armadas, policía, empleados públicos y otros grupos con programas separados.

[b] Empleados asalariados, empresas grandes y pequeñas (incluye trabajo doméstico), independientes y desocupados.

[c] Del 53,3% afiliado, 29% está en el régimen contributivo y 24,3% en el subsidiado; el 46,7% restante puede recibir atención como "vinculado" a los hospitales públicos; el 100% es dudoso pues no se pudo comprobar la cobertura efectiva del último grupo y hay duplicaciones en la cobertura.

[d] Toda la población está cubierta por el sistema público (pero nunca se han publicado estadísticas de cobertura); se prohíbe la práctica privada y otros tipos de aseguramiento.

[e] No hay estadísticas de 1980; en 2002 los subsectores público y seguro social están unidos en FONASA, el subsector privado está cubierto por las ISAPRES, otros incluye fuerzas armadas (3%), seguros privados y pago de bolsillo o carecen de protección, el 100% total es dudoso pues puede incluir una parte sin protección.

[f] Basado en la encuesta de hogares, la cobertura del público se asume debe cubrir a toda la población no asegurada (81,5%) pero sólo 40% acudió a sus instalaciones cuando se enfermó; la cobertura del seguro social es estadística.

[g] La cobertura del ministerio no es la efectiva, sino la población no asegurada; el seguro social se refiere a la entidad principal (IMSS) e incluye la del programa Solidaridad en 2002 (11% del total); otros incluye los seguros sociales de los funcionarios federales y estatales, las fuerzas armadas y los petroleros; hay un porcentaje muy pequeño con seguro privado, el total está sobreestimado.

[h] La cobertura del subsector público es "asumida", por lo que el total cubierto es dudoso.
[i] Todos los no cubiertos por el seguro social deben legalmente recibir atención en el subsector público; una pequeña fracción está cubierto por el subsector privado; la cifra del 100% asume que la ley se ejecuta pero se estima que 20% no estaba cubierto.
[j] La cobertura del ministerio se basa en el acceso según encuestas nacionales; la del subsector privado incluye atención en farmacias, medicina tradicional, etc., la cobertura total es un estimado grueso.
[k] No hay cifras fidedignas sobre la cobertura efectiva del ministerio, ni tampoco del subsector privado y otros, por lo que no se pudo estimar la cobertura total.
[l] En 1997 el seguro social incluye al BPS y las IAMC "colectivas" contratadas por el BPS (pero las IAMC son entidades privadas); el privado incluye las IAMC individuales-voluntarias y seguros parciales y emergencias móviles privados; otros incluye parte privado; en 2003 el publico no incluye los que tienen también cobertura con emergencia móvil, el seguro social es un estimado basado en afiliación, el privado incluye el resto de las IAMC, otros con emergencia móvil y público con emergencia móvil, otros son las fuerzas armadas.
[m] Los no cubiertos por el seguro social están cubiertos en el subsector privado, no hay otros grupos separados.
[n] Hay estimados contradictorios sobre el 30% cubierto en el paquete básico, principalmente por ONG's, que ponen en duda la cobertura total.
[ñ] Las cifras se refieren sólo a la atención primaria; el seguro social cubre probablemente a menos del 1% de la población; el subsector privado incluye ONG, iglesias y otras de caridad, así como hospitales y otras instalaciones con ánimo de lucro; "otros" son los funcionarios públicos; el estimado grueso de cobertura total se basa en 40% de la población sin cobertura efectiva.
[o] Estimados de encuestas de población con un total cubierto dudoso, las cifras de 2001 dan una cobertura de 54,3% en el subsector privado pero incluyendo automedicación y atención por curanderos.
[p] Estimado grueso y poco confiable, no se dispone de cifras fidedignas sobre el porcentaje de la población sin cobertura efectiva.
[q] El consenso es que toda la población está cubierta, pero un autor estimó que 15% no tenía acceso y dependía de su gasto de bolsillo.
[r] Muy dudoso, otra fuente da entre hasta 35% sin protección.
[s] Cálculos gruesos del autor basados en cifras contradictorias de 1999-2002; la cobertura pública probablemente está sobreestimada.
[t] Cifra dudosa; la cobertura por el ministerio no es la efectiva y probablemente está sobreestimada.

El Cuadro 3 presenta los estimados de porcentajes de cobertura de la población total en 19 países (no fue posible calcularla en Venezuela), siempre que fue posible comparando el año anterior a la reforma y el año más reciente disponible (2001-2003). La población cubierta se divide entre los tres subsectores (público, seguro social, privado) y otros (los grupos con programas separados, como fuerzas armadas, policía, funcionarios públicos, etc.). El cotejo de la cobertura antes y después de la reforma fue sólo posible en 8 países: en 4 no hubo cambio (Argentina, Costa Rica, México y Panamá, todos ellos tenían cobertura virtualmente universal antes de la reforma); en 3 países hubo incremento (Chile, Uruguay, y Guatemala, los dos primeros tenían cobertura virtualmente universal antes de la reforma, mientras que el aumento substancial en Guatemala es dudoso), y en un país puede haber ocurrido un incremento o una caída (Colombia, dependiendo si se toma en cuenta o no la población "vinculada" al subsector público). En Brasil fue posible hacer una comparación sólo en un período de 5 años, pero no con la situación antes de la reforma, y no ocurrió cambio en la cobertura que es casi universal. No fue posible hacer esa comparación en 12 países debido a la falta de estadísticas antes de la reforma o porque sólo fue posible una observación o por causa de fallas serias en los estimados de cobertura. Por tanto, no puede llegarse a ninguna conclusión sobre el impacto de la reforma en la cobertura total.

De acuerdo con las cifras más recientes en el Cuadro 3, los países con la mayor cobertura (97% a 100%) son los del grupo pionero-alto, los más desarrollados y con los sistemas más antiguos de seguridad social: Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay. En el grupo intermedio el rango de cobertura es 66% a 100%): dos países han logrado una cobertura casi universal (México y Panamá); en Colombia la cobertura puede ser 100% o 56% según se incluya o excluya la población vinculada; en los otros tres países, los menos desarrollados de este grupo, la cobertura disminuye a 66-73% (Bolivia, Ecuador y Perú). En el grupo tardío-bajo, los países menos desarrollados y donde se introdujo tarde la seguridad social, la cobertura oscila entre 57% y 68% en cinco países (El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay), en otros dos es mayor: 72% en Guatemala y 84% en la República Dominicana. Aunque ejerciendo cautela debido a la baja

veracidad de muchos estimados, la cobertura ponderada de la población total circa 2000 (salvo Venezuela) era 83,6% y excluyendo Brasil (con 35% de la población total de la región y 100% de cobertura) era 74,2%; la primera quedaba por encima de la norma mínima de la OIT de 75% de la población residente, mientras que la segunda era virtualmente igual a la norma mínima.

En la sección I se resumieron los rangos de cobertura entre los tres grupos de países (pionero-alto, intermedio y pionero-bajo) y se hizo un estimado de la cobertura promedio en toda la región, pero limitados al seguro social, excluyendo la cobertura de los subsectores público y privado (así como la cobertura asistencial o no contributiva), por lo cual no es correcto hacer comparaciones de esas cifras con los totales del cobertura en el Cuadro 3. Pero sí es correcto comparar la cobertura del seguro social en 1980 y 1990 con los estimados circa 2000 del subsector de seguro social en el Cuadro 3: el promedio ponderado (por la población de los países) para la región aumentó de 61,2% en 1980 a 63,8% en 1990, pero disminuyó a 52,4% circa 2000. Cuando se excluye al Brasil, los promedios eran 42,7% en 1980, 51,8% en 1990 y 42,7% circa 2000, igual que en 1980 (estimados de 2000 por el autor basados en la cobertura del seguro social en el Cuadro 3 y población total de CEPAL 2003a, 2005). Sin embargo, una comparación de la cobertura del seguro social en 1980 (Mesa-Lago 1985) y 2000 demuestra que en la gran mayoría de los países ocurrió un aumento (incluyendo Colombia, Perú y Chile, los países con las poblaciones 3ra., 5ta. y 7ma. mayores de la región), mientras que hubo estancamiento en México (2da. población mayor en la región). Las razones de la disminución del promedio son principalmente tres: la caída en la cobertura de Argentina (4ta. población en la región), la transferencia de parte de la cobertura en Brasil (la 1ra. en población) al subsector privado, y la disminución de la cobertura en Venezuela (6ta. población en la región).

El análisis de la cobertura por subsector en el Cuadro 3 sólo pudo hacerse en la mitad de los países: la pública cayó en 6 (Colombia, Chile—combinado con seguro social, Guatemala, México, Panamá y Paraguay), aumentó en 2 (Argentina y Uruguay), y no cambió en Brasil; la del seguro social aumentó en 5 países (Colombia, Costa Rica—la más alta, México y Panamá), cayó en 3 (Argentina, Chile—combinado con público, y Nicaragua), y no cambió en 3 (Guatemala, Paraguay y Uruguay, todos con coberturas relativamente bajas); la del privado sólo está disponible en 6 países, aumentó en 4 (Argentina, Chile, Guatemala y Uruguay, países donde se contrajo o estancó la cobertura del público o del seguro social) y se estancó en 2 (Brasil y Costa Rica—alta cobertura en el primero y baja en el segundo). A continuación se analizan los estimados de cobertura por país.

Argentina. En 1984, 75% de la población estaba cubierta por el seguro social u Obras Sociales (OS) (Médici 2002c). En 1991 la composición de la cobertura poblacional era: 57,6% por OS, 36,4% por el subsector público, 4,6% por el subsector privado, y 1,4% otros (Flood 1997). [47] El censo de 2001 dividió a la población en dos grupos: 52% tenía cobertura por OS, entidades privadas o mutuales (sin desagregarlos), y el restante 48% lo tenía cobertura, o sea, estaba a cargo del subsector público (INDEC 2005). Pero otra información indica que en 2001 continuó disminuyendo la cobertura de las OS, a par que aumentó la cobertura en los subsectores público y privado: 54,4% por las OS, 37,4% por el público, 7,9% por el privado, y 0,3% otros (OPS 2005a; Cuadro 3).[48] Estas

[47] En las OS se incluyen OS sólo, doble cobertura de OS y "plan médico" (prepagas, mutuales, etc.) e "ignora plan médico" que no se explica; en el subsector público están los que no tienen "ni OS ni plan médico"; el subsector privado es el que tiene "plan médico", y otros son los que "ignoran cobertura", sin explicar. Incluido en OS está 13,9% que tenía también un "plan médico" adicional voluntario (doble cobertura) y podría haber sido incluido en el subsector privado.

[48] En las OS se incluyen OS sólo y doble cobertura ("afiliación voluntaria" en prepagas, mutuales, etc.); en el subsector público están los "sin cobertura" (ni en OS ni en privado); en el subsector privado están los que tienen "afiliación voluntaria sólo" (prepagas, mutuales, etc.); otros incluyen "cobertura de emergencia," "otra cobertura" y no sabe o no responde. Respecto a 1991, la doble cobertura se redujo a 3,2% en 2001 y se incluyó en OS, pero podría estar en el subsector privado.

cifras incluyen a los cubiertos por las OS de las fuerzas armadas, provinciales, policía federal, congreso, poder judicial y universidades nacionales, así como un estimado de 400,000 en las mutuales y cooperativas de salud (Torres 2004, 2005b; SSS 2005). La reducción en la cobertura por las OS y el aumento de la cobertura pública se acentuó durante la crisis de 2001-2003 debido al incremento de la incidencia de pobreza de 21,5% a 45% entre 1991 y 2003, del desempleo de 5,9% a 19,7%, y del trabajo informal, parcial y subcontratado sin derecho a cobertura del seguro social (CEPAL 2003b; OPS 2005a). En 2004 la cobertura de las OS continuaba su descenso a 51,7% de la población, mientras que la del subsector público probablemente había crecido a 38-39% y la del subsector privado más otros probablemente a 9-10% (ver Anexo 1).

Bolivia. La información sobre cobertura es muy deficiente; en 1997 se estimó de manera gruesa que 66,3% de la población estaba cubierta distribuida por subsector como sigue: 30% por el público, 25,8% por el seguro social y 10,5% por el privado (10% por ONG's y otros no lucrativos y 0,5% por seguros privados). Esto dejaría 33,7% de la población sin cobertura, pero se afirma que "no hay información sobre el porcentaje de la población sin cobertura efectiva".[49] En 2000 el Banco Mundial estimó que 65-70% estaba cubierto por el subsector público (más del doble que en 1997) pero explicando que "para la inmensa mayoría de [esta] población, la protección contra los riesgos de salud radica exclusivamente en el recientemente implementado seguro público de salud", o sea, el paquete básico focalizado en el grupo materno-infantil (ver sección D-1). Más aún en el mismo documento se dan cifras diversas de cobertura del seguro social (17% y 20%), del subsector privado (3,7% y 5%), de "otros" u ONG's (0,1% y 5-10%), y se muestra que 79% no tenía aseguramiento (Banco Mundial 2005: 19-20, 92). En el seguro social, 85% de los asegurados se concentran en la Caja Nacional de Salud que cubre a empleados públicos y el restante 15% se reparte entre las otras 13 cajas; se calcula que sólo entre 4% y 9% de la población rural está cubierta. La medicina tradicional o informal se estima que atiende a 5% en el área urbana y 25% en el área rural (Guerrero 2000). El problema de la baja cobertura se agrava porque 60.6% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza en 1999 (48,7% en las zonas urbanas y 80,7% en las rurales) y 36,5% por debajo de la línea de indigencia (CEPAL 2002a); además 43% de la población pertenece a 36 grupos étnicos indígenas altamente concentrados en áreas rurales y que son los más afectados por la pobreza (OPS 2005a).

Brasil. Hay consenso generalizado que la cobertura es universal pero las estadísticas son muy generales. Según la encuesta de 1998, el 24,5% de la población estaba cubierta por planes de salud privado, 18,4% por planes de empresas privadas y 6,1% empleados públicos con planes usualmente privados, el restante 75,5% de la población estaba cubierta por el sistema único de salud (SUS). En la encuesta de 2003, la distribución general fue exactamente igual: 24,5% por los planes privados y el restante 75,5% por SUS, pero los planes de empresas privadas aumentaron a 19,4% y los de los empleados públicos disminuyeron a 5,1% (IBGE 2000, 2005). En 1998, 40% de la población usaba los servicios del SUS exclusivamente, 44% los usaba de manera combinada con los servicios de otros proveedores y 15% no usaba el SUS aunque formalmente tenga acceso (Medici 2002a; ver sección A-7)**.** Hay estimados diversos sobre la cobertura de varios programas: la atención básica aumentó de 73% a 98% de la población total entre 1987 y 1999 (OPS 2005a); la cobertura del PSF creció de 0,7% de la población total en 1994 a 28% en 2002,[50] y a 33% en 2003 (OPS 2005a; Coelho y Moreno 2004; Biasoto 2004b; población de CEPAL 2003a). La creación de un carné de salud magnético (que estaba siendo introducido como prueba en algunos municipios en

[49] Según otra fuente, el subsector público cubría 38% de la población, el seguro social 26% y el subsector privado 6%, dejando 30% sin cobertura (Tavares 1999). Otra fuente estima la cobertura combinada de los subsectores público y de seguro social en sólo 44%; entre 25% y 30% de la población recurre al autotratamiento ya sea con remedios caseros o compra directa de medicamentos en las farmacias (Guerrero 2000).

[50] Pero también se estimó para el PSF un "promedio nacional de cobertura de la población de los municipios" de 68,4% en 2002 (Coelho y Moreno 2004).

2002), si eventualmente se extiende a toda la población, será un instrumento valioso para determinar la cobertura efectiva e identificar las necesidades de diversos segmentos (Medici 2002a).

Colombia. En 1993 el 23,7% de la población estaba afiliada a los principales seguros sociales y un 50% aproximado a cargo del subsector público, para un total de 73,7% y un 26,3% desprovisto de cobertura o con seguro/ atención privados (el gobierno estimaba que sólo 20% carecía de cobertura). El número de afiliados al régimen contributivo aumentó hasta 1997, pero después disminuyó y se estancó; por el contrario, la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado sostenidamente; el número total de afiliados también ha crecido pero a un ritmo inferior al crecimiento de la población, como resultado, el número de no afiliados se ha estancado y en proporción a la población ha aumentado. En 1997 los afiliados al contributivo equivalían a 33% de la población y los del subsidiado al 17,6%, para un total de 50,6% afiliado, lo que dejaba 49,4% no afiliado (aunque podía estar "vinculado" a los hospitales públicos); en 2002 las proporciones respectivas eran 29%, 24.3%, 53,3% y 46,7%; la suma de 100% es dudosa pues no se pudo comprobar la cobertura efectiva del grupo "vinculado" (ver Anexo 2**).**[51] No se pudo obtener cifras recientes sobre la cobertura del subsector privado que se estimó en 5% en 1995 (Morales 1997). Las metas de coberturas fijadas para 2000-2001 no se cumplieron: 29% de la población estaba afiliada al régimen contributivo en 2000 frente a la meta de 70%, y 24% estaba afiliada al régimen subsidiado en 2001 frente a la meta de 30%, por tanto, 53% estaba afiliada frente a la meta de 100% de cobertura. A pesar del incremento de la afiliación al régimen subsidiado (cuya brecha con el régimen contributivo se reduce cada vez más), 47% de la población no estaba afiliada en 2002.[52] Más aún "se ha cuestionado el asumir como cobertura efectiva lo que se registra como afiliación" (OPS 2005a: 26; ver también sección F-4).

Costa Rica. Series estadísticas por varios decenios de la cobertura del seguro social (CCSS) muestran que virtualmente toda la población está cubierta por el mismo y la pequeña minoría restante lo está por el subsector privado. La cobertura de la CCSS aumentó de 61,2% en 1976 a 84,3% en 1979 pero cayó a 68% en 1982 debido a la crisis económica severa, luego ascendió de nuevo hasta 86,2% en 1992-1994 (Mesa-Lago 2000e). En 1999 la cobertura registró un record histórico de 89,1% pero descendió a 86,8% en 2003, distribuida como sigue: 23,1% trabajadores asegurados (directos), 6,3% pensionados, 44,5% familiares dependientes y 12,9% indigentes por cuenta del Estado (CCSS 2005).[53] El grupo sin seguro (13,2% en 2003) o bien tiene recursos y paga por los servicios en el subsector privado o legalmente tiene acceso a la atención de salud, debido a que toda persona recibe atención en emergencias (OPS 2005a). El ministerio no provee atención. En 2001 se estimó que 30% de la población usaba servicios privados al menos una

[51] Otras fuentes dan cifras inferiores y superiores a las del texto tanto en el número de los afiliados en ambos regímenes como en el porcentaje de la población afiliada. La OPS (2005) muestra dos series diferentes del número de afiliados en 1997-2001, la de afiliados al régimen contributivo exhibe una diferencia hasta de 24%; además la "población vinculada" (supuestamente no afiliada) está subestimada hasta 32% cuando se substrae el total de afiliados al total de la población. (para otros estimados diversos ver Anexo 2, nota a)**.** Un grupo de expertos estima que la afiliación al régimen contributivo nunca ha superado 31% de la población y la del régimen subsidiado el 22%, para un total de 53% (Martínez y otros 2003).

[52] Un estimado preliminar basado en la encuesta de hogares de 2003 (ENCV), mostró un cambio en la tendencia previa, con un descenso de la proporción de afiliados en el régimen subsidiado respecto a 2002 (de 24,3% a 22,9%), por el contrario, un aumento considerable en el régimen contributivo (de 29% a 35,3%), además, por primera vez dio una categoría nueva de afiliados en regímenes especiales (3,6%), por todo lo cual el porcentaje total de afiliados saltó de 53,3% a 61,8% en un año y el porcentaje de no afiliados cayó de 46,7% a 38,3% (*Salud Colombia* No. 74 2004). Debido a estos cambios dramáticos se decidió no incluir estos estimados en el Anexo 2.

[53] La razón de familiares dependientes por un asegurado directo disminuye por el incremento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, que reduce la cobertura indirecta de los cónyuges, y por la caída en la fecundidad, que rebaja el número de hijos cubiertos (Banco Mundial 2003).

vez al año, ya fuese directamente o a través de la delegación de la CCSS a proveedores privados; parte de los asegurados en la CCSS también paga servicios privados debido a la larga espera en el seguro social o en busca de mejor calidad (OPS 2005a; Martínez 2005).

Cuba. No se publican estadísticas de cobertura pero se reporta que el sistema nacional de salud cubre a toda la población del país, excepto a los miembros de las fuerzas armadas, personal de seguridad interna y alta dirigencia política que son atendidos en una red hospitalaria separada.

Chile. La población cubierta por todos los programas de salud (combinando trabajadores, familiares dependientes y pensionados) cayó de 71% en 1973 (el año del golpe militar) a 62% en 1980, el año anterior a la reforma (Mesa-Lago 1985). Un experto chileno estima que los dos seguros sociales principales combinados cubrían al 90% de la población a fines del decenio del 70 (Titelman 2000).[54] La cobertura del subsector público (FONASA) cayó de 83,4% en 1984 a 59,4% en 1997 pero luego aumentó a 67,5% en 2002; mientras que la cobertura del subsector privado (ISAPRES) aumentó de 3,1% a un máximo de 26,4% y luego cayó a 18,5% en 2002 (17,7% en 2003), por último la cobertura de "otros" (el resto de la población) aumentó de 10,8% en 1991 a 15,8% en 1999 y disminuyó a 14% en 2002 (ver Anexo 3). El porcentaje de la población cubierta por FONASA y las ISAPRES combinada se estancó en 86% entre 1984 y 2002 (el porcentaje de la fuerza laboral asegurada aumentó ligeramente de 86,2% a 87,3% entre 1996 y 2000; ver Cuadro 3**)**, mientras que la cubierta por otros se expandió**.** El total combinado de los cuatro subsectores sugiere que toda la población está cubierta ("la atención básica de salud cubre al 100%" dice OPS 2005a: 29). Sin embargo "otros" se reporta como asegurada en las fuerzas armadas (3% en 1999) y "personas particulares no afiliadas" a FONASA o ISAPRES, no está claro si este segundo grupo está cubierto por otros seguros de salud o son personas sin seguro que tienen que sufragar la atención por pago de bolsillo (no hay información regular y precisa sobre esto último).

Ecuador. Sólo hay un estimado grueso de la cobertura de la población en 1994, basado en una encuesta de condiciones de vida, sin información posterior: ministerio 28%; seguro social 18% (10% general y 8% campesino); fuerzas armadas y policía 2%; privado 20%, y otros 5%; el total cubierto era 73% y sin protección 27% (Carpio 2001). Otra fuente ofrece estimados diferentes para el mismo año.[55] Debido a la prolongada crisis política y los recortes en los presupuestos de salud del ministerio y el seguro social a fines del decenio del 90 y comienzos del 2000, se reporta un deterioro en los niveles de salud (OPS 2005a) y es probable que la cobertura haya disminuido. La cobertura del seguro social, la más verídica, aumentó de 16,1% a 18,3% entre 1990 y 1995, luego descendió a 17,8% en 2000 y era 18% en 2003, 11,2% por el régimen general y 6,8% por el seguro campesino (SSC). Este último se reporta por el IESS que llega a 48,8% de la población rural pero en realidad ocurrió una disminución del número cubierto en 2000-2003 y sólo cubría 20,3% de la misma en 2003 (estimados del autor basados en IESS 2005; ver sección A-8).

El Salvador. No hay cifras fidedignas de cobertura de la población total y el autor la ha estimado de manera gruesa en 2001 basado en la encuesta de hogares para los subsectores público y privado y en estadísticas del seguro social: 40% de cobertura efectiva por el subsector público (que se supone debe cubrir al 81% de la población sin seguro), 15,8% por el seguro social y 1,5% por el privado, para un total de 57,3% cubierto y 42,7% desprotegido (encuesta de DIGESTYC 2002; ISSS 2002). La cobertura del seguro social es la única precisa y aumentó de 14,5% en 1997 a 16% en 1999 y disminuyó a 15,8% en 2001 (ISSS 2002).

---

[54] Este estimado quizás se basa en que 90% de las camas hospitalarias pertenecía al sistema público o de seguro social.

[55] Estima 58% "aproximadamente" por el ministerio, 20,5% por el seguro social (incluyendo el campesino, fuerzas armadas y policía), y 2,2% por seguros privados, para alrededor de 80% cubierto y 20% sin protección, pero también dice que "entre 25% y 30% de la población no tiene acceso regular a los servicios y dos tercios no tiene aseguramiento e insuficientes recursos para pagar por la atención" (OPS 2005: i-ii, 12).

Guatemala. Los estimados de cobertura de la población total son escasos, deficientes y contradictorios. Al inicio de la reforma en 1995 se calculó de manera gruesa que 58,6% de la población estaba cubierta: 30% por el subsector público, 16,6% por el seguro social y 12% por el subsector privado (Mesa-Lago y otros 1997a). En 2000 se estimó que la cobertura del subsector público había caído a 26% y la del seguro social se mantenía en 16,6%, pero la del subsector privado (principalmente ONG's y otras entidades que otorgaban el paquete básico) había crecido a 30%, para un total de 72,6% dejando 27,4% sin cobertura (Durán y Cercone 2001).[56] La meta del paquete básico en 1996 era cubrir a 44% de la población pero no se había cumplido en 2002, aún con estimados diversos: 23,6% y 32% en 1998, 30% y 30,7% en 2000, 27,3% en 2001 y 27% en 2002.[57]. La OPS explica la reducción de cobertura en 2000-2002 por varios problemas que confrontó el paquete básico (ver sección D-1); también estima la cobertura del subsector público en 54% (probablemente incluyendo la población cubierta por el paquete básico); por último, calcula la población sin cobertura en 18,8%, una cifra mucho menor que la estimada arriba de 27,4% en 2000. La cobertura de 81,2% de la población derivada de las cifras de la OPS es muy superior a la de 76% basada en la suma de sus propias cifras en los tres subsectores en 2000: 54% público, 17% seguro social y 5% privado por seguros (OPS 2005a: 7). Los afiliados a estos últimos también se han estimado en 20,000 o sólo 0,2% de la población (Durán y Cercone 2001).[58]

Haití. La información escasa, dispersa y poco confiable sobre la cobertura de la población ha sido utilizada por el autor para hacer un estimado grueso, sólo en la atención primaria (no hay información sobre el segundo nivel), en 2000: 21% por el ministerio; no se conoce la cobertura del seguro social pero es pequeñísima y concentrada en la capital y ciudades más importantes[59]; 0,6% por el seguro médico de los funcionarios públicos; y 38% en los tres tipos de proveedores privados (20% por el que tiene ánimo de lucro, 18% por el mixto, no hay datos del que no tiene ánimo de lucro, no hay seguro privado), para un 60% cubierto y 40% sin cobertura efectiva, especialmente en el área rural. (OPS 2005a). La cobertura total está sobreestimada porque no incluye el segundo nivel y el plan actual de extensión del paquete básico tiene como meta 350,000 madres y niños en 2008, equivalente a sólo 4.4% de la población (BID 2003).

Honduras. Hay dos cifras de cobertura de la población total que son contradictorias y dudosas. En 2001 y 2002 se informó, respectivamente, que 52% y 60% estaba cubierto por el subsector público, 11% y 12% por el seguro social, y la primera fuente dijo que se ignoraba la del subsector privado pero que era muy pequeña, mientras que la segunda la dio como 10%; los totales de la población cubierta fueron 60% y 82%, dejando 40% y 18% desprotegido (OPS 2005a; IHSS 2003).[60] El estimado más confiable, basado en la encuesta de hogares de 1999, infortunadamente se limita a los subsectores de seguro social y privado, el primero cubría 11,7% de la población y el

---

56 La cobertura del IGSS promedió 17% en 1995-2000 pero exhibió cierta tendencia decreciente, la extensión de dicha cobertura no ha sido objetivo prioritario, sino a través de un paquete básico de atenciones en el nivel primario (incluyendo zonas urbanas y rurales), pero las medidas para desarrollar el segundo y tercer nivel de atención son incipientes (Sojo 2003).

57 Estimados del autor basados en número cubierto de OPS 2005a, Durán y Cercone 2001, La Forgia 2005, así como población de CEPAL 2003a. Durán y Cercone (2001) usan la misma serie de población que CEPAL (2003a), pero el PNUD (2003) utiliza una serie con cifras menores, basado en éstas la cobertura del paquete básico aumentaría a 33,6% en 2000 y 29,6% en 2001. La Forgia (2005) estima la poblacion absoluta cubierta en 1997-2002 pero no el porcentaje de cobertura.

58 El PNUD (2003) estima que 80% de la población estaba cubierta en 2002, pero no da cifras desagregadas por los tres subsectores.

59 No hay información de la cobertura del programa de enfermedad y maternidad, pero el seguro de pensión por vejez tenía sólo 44,248 beneficiarios en 2000, 0,6% de la población (OPS 2005).

60 La segunda cifra de cobertura total, mayor que la primera, también muestra estadísticas que indican que 25% de la población carecía de algún seguro, lo cual implicaría que 75% tenía dicho seguro, pero la suma de sus coberturas en el seguro social y privado es sólo de 22% (IHSS 2003).

segundo 1,5%, para un total de 13,2% con seguro y 86,8% sin seguro (Durán 2003). En base a estas tres fuentes el autor ha hecho un cálculo muy grueso alrededor de 2000: 52% por el subsector público (sin conocer la cobertura efectiva), 11,7% del seguro social y 1,5% del privado, para un total de 65% cubierto y 35% desprotegido (Cuadro 3). La reforma del seguro social en 2001 probablemente extendió la cobertura pero no se pudo obtener cifras de los resultados.

México. Hay dos series estadísticas sobre la cobertura de la población total: una muestra la población con seguro ("derechohabiente") que es la que está cubierta por los seguros sociales (INEGI 2005)[61] y la otra exhibe la "población no asegurada" ("abierta") que es la que no tiene seguro social y debe ser cubierta por el ministerio federal (SSA) pero sujeta a los recursos humanos y materiales disponibles en las unidades de salud (SSA 2004a); no hay una serie estadística que consolide ambas poblaciones, salvo el censo de 2000 pero éste incluyó un porcentaje alto no especificado que impide la comparación (INEGI 2005). Basado en las dos fuentes principales, el autor ha elaborado una serie consolidada para 1985-2002, que muestra las poblaciones con y sin seguro (ver Anexo 4). Dentro de la primera se desglosa la cobertura de los varios seguros sociales (IMSS, ISSSTE--federal y estados, PEMEX, militares y marinos); parte de los asegurados está cubierto por más de una institución, por lo que ocurre duplicación y el número total asegurado está sobreestimado (se estima que entre 5% y 23% de los asegurados en el IMSS también tiene seguro privado; Gómez-Dantés 2000; AISS 2003b). Dentro de la población sin seguro se presenta la que usó los servicios de la SSA en 1999 y 2002; los afiliados al programa básico IMSS-Solidaridad (luego IMSS-Oportunidades) en zonas rurales deprimidas sumaron 11 millones (11,1% de la población total) en 1999 y se mostraron como no asegurados en ese año, pero luego se incluyeron entre la población con seguro, lo que explica el salto en cobertura entre 1995 y 2000 (AISS 2003b).[62] La población con seguro disminuyó de 52,3% en 1985 a 50,2% en 1995 mientras que la sin seguro aumentó de 47,7% a 49,8% (parte por la crisis), la población con seguro saltó a 59,9% en 2000 (debido a la extensión de cobertura de IMSS-Solidaridad (desde 2001 IMSS-Oportunidades) y su inclusión como asegurados, pero declinó a 58,2% en 2002, mientras que la población sin seguro aumentó de 41,3% a 41,8% entre 2000 y 2002.[63] La población que usó los servicios de la SSA aumentó de 26,1% a 28,4% entre 1999 y 2003. En 1997 se estimó que 2,3% de la población tenía seguro privado: 21,7% individual o familiar, 31,8% de grupo y 46,5% por grandes empresas (Dávila y Guijarro 2000); hay tres estimados de dicha cobertura en 2000: el censo la dio unida a los asegurados por los estados (una desagregación gruesa indicaría menos de 0,5%); la encuesta de seguridad social la calculó en 1,1% (INEGI 2001) y la OPS (2005) la estimó en 2,8%. El total cubierto en la serie consolidada equivale a 100% de la población, pero parte de ésta no tiene cobertura efectiva: estimada entre 4,6% y 9,2% en 1998-2000 (AISS 2003a; ver también su análisis de las serias contradicciones en los estimados de cobertura). Los sucesivos programas públicos focalizados en los pobres redujeron la población sin acceso de 10 millones en 1995 (11% de la población total) a 3 millones en 1999 (3%); el seguro social popular (SPS) cubría a 2 millones en 2004 (2%), lo que dejaría sólo 1% sin acceso pero se proyecta que el SPS cubra a 10% de la población en 2010 (ver secciones A-1 y A-7). En resumen, la población con seguro aumentó de

---

61 En 2000 coexistían tres sistemas de datos sobre derechohabientes (ver Mesa-Lago 2000f).

62 La cobertura total del IMSS (el asegurador mayor) aumentó de 35.7% de la población total en 1980 a 46,3% en 1990, cayó a 37,6% en 1995 por la recesión económica, aumentó a un cenit de 47,1% en 2000 y disminuyó a 45,3% en 2002 por debajo de 1990 y 2000 (INEGI 2005). La cobertura de IMSS-Oportunidades se estancó en 11 millones entre 2001 y 2004 (IMSS 2005). La cobertura de los otros cinco seguros virtualmente se estancó entre 1995 y 2002 (Anexo 4).

63 Si embargo, la serie de SSA (2004) sobre la población no asegurada da ésta como 56,6% de la población total en 2003, contrastada con 41,8% en 2002 mostrada en el Anexo 4, que es un estimado del autor al substraer la población con seguro de la población total. De ser esta última correcta, habría aumentado en vez de reducido la población sin seguro; un estimado de la población no asegurada en 1999 da ésta como 41,9%, igual que en 2003 (AISS 2003b).

52,3% al comenzar la reforma en 1985 a 58,2% en 2002, 5,9 puntos porcentuales en 17 años fundamentalmente resultado del programa IMSS-Solidaridad—luego Oportunidades (hay cifras contradictorias en 2002-2003); el 100% cubierto está sobreestimado debido a doble aseguramiento y falta de acceso efectivo en SSA (el Cuadro 3 resume las cifras para 1985 y 2002 del Anexo 4).

Nicaragua. Los estimados de cobertura son escasos, complejos y deficientes. En 2001 se estimó de manera gruesa que algo más del 68% de la población total estaba cubierta: 60% "se asume" por el subsector público, 7,9% por el seguro social, 0,4% por otros (fuerzas armadas y gobernación), sin información del subsector privado, lo que dejaba 30-35% no cubierto (OPS 2005a). La cobertura del seguro social cayó de 23,8% en 1987 a 18,3% en 1990 y 13% en 1995, debido a la guerra civil, la crisis económica, el desempleo y expansión del sector informal, la inflación que estimuló la evasión, y la fusión de los servicios del subsector público y el seguro social que contribuyó al deterioro en la calidad de los servicios (Mesa-Lago *y otros* 1997b). Se informa que el restablecimiento del seguro social y la mejora en sus servicios ha incrementado la cobertura pero en 2001 ésta era de 7,9% y en 2002 de 8,6%, muy inferior al nivel anterior a la reforma y una de las más bajas de la región (basado en Quintanilla 2001; Rosseman y Valladares 2003). No hay cifras sobre cobertura del subsector privado, excepto los asegurados que reciben servicios de las empresas médicas previsionales (EMP). [64]

Panamá. La cobertura de la población total por el seguro social (CSS) aumentó de 53,3% en 1992 a 61,1% en 1996 (el año en que se inició la reforma) y a un máximo de 67,7% en 2000, luego descendió a 64,6% en 2004 (Mesa-Lago 2000b, 2005a; CSS 2005). Por mandato constitucional, el resto de la población tiene derecho a recibir atención del subsector público cuya cobertura poblacional supuestamente era 39,9% en 1996 y 35,4% en 2004, para una virtual cobertura universal, pero esto implica que alrededor de un millón de personas no estaba asegurado. En 2003 la CSS atendía a 11,4% de los no asegurados y recibía reembolsos del subsector público (CSS 2004), pero el plan de desarrollo social de 2000-2004 estimó que "cerca del 80% de la población panameña tiene acceso a los servicios [de salud]… las familias más pobres quedan excluidas, tanto por factores de costo como de distancia" (MEF 1999: 41).

Paraguay. Hay estimados gruesos de la cobertura de la población total basados en la encuesta nacional de hogares de 1999: 42% por el subsector público, 12,4% por el seguro social (IPS), 6,3% por seguros privados (prepagas) y 1,2% otros seguros, para un total de 62%, dejando 38% sin cobertura (basado en OPS 2005a). Una experta del ministerio también calcula una cobertura de 62% pero con estimados diferentes por los subsectores: 35% público, 20% seguro social y 7% privado (Ramírez 2004). En un estudio posterior la misma fuente estima 63% para el subsector público (incluyendo al seguro social) y 7% para el privado, un total de 70% cubierto, pero añade que la cobertura del ministerio estimada en 60% no corresponde a la realidad ya que la efectiva es de 30% a 35% (Ramírez 2005a). El seguro social (IPS) cubría a 22,3% de la población en 1993 pero, según las encuestas, sólo 12,4% en 1999 y en 2001; esta diferencia notable no parece explicarse por una caída en la cobertura en esos años, sino por una sobrestimación de las cifras del IPS debido a la falta de registro adecuado y al cálculo dudoso del número de dependientes por asegurado (Saldaín 2003).

Perú. No hay estimados confiables de la cobertura de la población total, excepto por el seguro social en algunos años: 15,7% en 1980, 33,6% en 1990, 26,3% en 1996, al comienzo de la reforma, 19,7% en 1997 y 26% en 2003 (Mesa-Lago 1992; Ferreira 1998; EsSalud 2004; OPS

[64] Para calcular la cobertura del seguro social hay que separar el llamado "sistema integral" (pensiones, riesgos priofesionales y enfermedad-maternidad: EM) del que sólo cubre pensiones y riesgos del trabajo, y del facultativo que incluye EM. Si se suman todos los asegurados activos en estos programas se arriba a una cobertura mucho mayor pero incorrecta. Por ejemplo, el Banco Mundial da dos estimados de la cobertura de la población total: 8% basado en todos los beneficiarios afiliados a las EMP en 2001 pero 6% basado en los afiliados a todos programas del INSS en 2002 (La Forgia 2005: 163, 183).

2005a); esta última cifra es considerablemente inferior a la de 1990 y similar la de 1996. La cobertura de las fuerzas armadas y la policía se ha dado entre 1,8% y 3% entre 1990 y 2003. La cobertura del ministerio, basada en las encuestas nacionales, se estimó en 16,3% en 1994 pero 25% en 1997 y 29,5% en 2000 (OPS 2005a). La cobertura del subsector privado, la menos confiable, se estimó por el ministerio en 2000 como 2% y 12% de la población total, pero los asegurados en las dos proveedoras privadas eran sólo 1,7% en 2004 (MINSA 2005b, MS 2002; SEPS 2005). La población sin cobertura sólo se estimada en las encuestas nacionales, basadas en los enfermos o accidentados que queriendo consultar no tuvieron acceso a ningún tipo de atención (ver sección A-7), la misma aumentó de 19,5% en 1997 a 25,2% en 2000 (Manrique 1999; OPS 2005a). La cobertura de la población total por subsector se estimó de manera gruesa para 2002: 40% por el ministerio (mucho mayor que la de 29,5% por la encuesta de 2000), 20% por EsSalud (pero éste reportó 26% en 2003), 3% por las fuerzas armadas y la policía, y 25,2% sin cobertura o sin acceso (MS 2002).[65] No es posible calcular la cobertura antes de la reforma; para 2003 el autor ha hecho un estimado grueso: 30% por el ministerio, 26% EsSalud, 3% fuerzas armadas y policía, 12% subsector privado (incluyendo atención en farmacias, medicina tradicional, automedicación) y 29% no cubierto o sin acceso (Cuadro 3**)**.

República Dominicana. Sólo se obtuvo un estimado fragmentado y poco confiable de la cobertura de la población total en 2000: 76% por el ministerio, pero sólo 60% "efectiva"; 7% por el seguro social (la mayoría con cobertura doble por "igualas"); entre 2% y 3% por las fuerzas armadas y la policía; 2% por seguros autogestionados (varios grupos de funcionarios públicos, maestros, médicos, enfermeras, etc.); 12% por seguros pagados por empresas y seguros privados personales, para una cobertura total de 84% dejando 16% a cargo de curanderos, los que se automedican y sin atención (basado en OPS 2005a). Pero también se reporta que entre 79% y 82% no tiene ningún seguro (los que estarían a cargo del ministerio) y que la cobertura del seguro social era de sólo de 5,2% en 2002 (Lizardo 2004; Rathe 2004).

Uruguay. Existen estadísticas de cobertura para varios años entre 1987 y 2003, basadas en el censo de 1996 y varias encuestas, pero presentan varios problemas serios: las cifras están desglosadas de forma diversa, lo cual hace muy difícil las comparaciones; las del subsector público se basan en los carnés emitidos por el ministerio (no se tiene información de los cubiertos por municipalidades y otras entidades públicas), por lo que son aproximaciones poco confiables (OPS 2005a); los cubiertos por las IAMC antes se desglosaban en "colectivos" (los afiliados a través del seguro social—BPS) e "individuales voluntarios" (la mayoría, que no están asegurados en el BPS), los primeros son parte del seguro social pero los segundos no, además las IAMC son entidades privadas, lo cual complica aún más la asignación de sus afiliados; la categoría "otros" incluye fuerzas armadas, policía y notarial (más recientemente sólo las primeras), a veces estos se dan por separado y otras veces combinados con los privados en seguros parciales, emergencias móviles, etc.; en las encuestas más recientes se dan coberturas solapadas (de las emergencias móviles adicionales a la cobertura por el público, las IAMC y las fuerzas armadas); por todo lo anterior es imposible estimar la cobertura precisa del subsector privado; las cifras de 1987 se basan en toda la población, pero después de 1999 se limitan a las áreas urbanas con más de 5,000 habitantes, por lo que excluyen a la población rural que probablemente tiene menor cobertura, y la cobertura total aumenta entre 1987 y 1999 debido a lo explicado, además hay una posible sobreestimación por doble cobertura (AISS 2003a). El Cuadro 3 compara el año 1987 en que comenzó la reforma (aunque ésta no ha sido global y ha tenido un avance lento y con interrupciones) y el año 2003: el subsector público (ministerio) creció de 27,2% a 38,7% (42,3% si se incluyen los que también tienen emergencia móvil); el seguro social (PBS-maternidad más IAMC colectivas) se estancó de

[65] El estimado completo de EsSalud para 2003 es: 59% por el ministerio (en realidad la población sin aseguramiento, pero no la cobertura efectiva), 26% el seguro social, 3% por las fuerzas armadas y la policía, y 12% por el privado (EsSalud 2004).

15,8% a 15,9%; el subsector privado (IAMC individuales más seguros parciales y emergencias móviles) aumentó de 30,8% a 34,7% (pero incluye a parte de los cubiertos por el público que también tienen emergencia móvil); los "otros" (fuerzas armadas, policía, parte de emergencia móvil) cayeron de 13,9% a 7,9%; y la cobertura total creció de 87,7% a 97,2%, en parte por la circunscripción de la encuesta a zonas urbanas (basado en Mesa-Lago 1992; INE 2004; comunicación con Triunfo 2005). La afiliación a todas las IAMC disminuyó de 49% de la población total en 1990 a 47% en 1999 y 42% en 2003, aunque ocurrió un repunte en 2004 (MSP/BM 2004a, 2004b). La cobertura del BPS (basada en cotizantes y subsidios de maternidad) aumentó entre 1987 y 1999, pero descendió en 1999-2003 (BPS 2001, 2004).[66] Los seguros parciales y las emergencias móviles han crecido considerablemente, se estiman cubren a 35% de la población, usualmente de manera doble (AISS 2003a; Meerhoff 2004; INE 2004). Aunque las cifras anteriores no permiten un análisis adecuado, las tendencias son: un incremento de cobertura del subsector público, un estancamiento de los afiliados a las IAMC hasta 1999 y declive posterior, estancamiento en los asegurados en el BPS, y un crecimiento de los seguros parciales y emergencias.

Venezuela. No hay estimados recientes y confiables de cobertura de la población total. En 1997 se dijo que 65% de la población tenía "algún tipo de aseguramiento," del cual 57% era por el seguro social (IVSS), lo que dejaría un residuo de 8% cubierto por los otros programas separados y el subsector privado, aunque se advirtió que no existen estimados de estos. El ministerio tiene la obligación legal de proteger a la población no asegurada pero no hay estimados de la población efectivamente cubierta, porque no se ha definido su papel y el de los estados como aseguradores públicos, por lo cual "se les asigna un porcentaje de la población por exclusión", que sería 35% en 1997 (OPS 2005a: 11). Pero "existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud [y] amplios grupos de población carecen de acceso a estos servicios o tienen acceso muy restringido", por lo que 100% de la población no está cubierta (OPS 2004c: 6). La cobertura de del IVSS en 1997 está muy sobreestimada en vista a una serie estadística que muestra disminuyó sistemáticamente de 47,3% en 1991 a 38,2% en 1997 (no 57%) y 34,4% en 2000 (D'Ella 2002). La única cifra confiable, por lo tanto, es 34,4% por el IVSS en 2000 y, debido a los serios problemas encontrados en las otras cifras, no se pudo estimar la cobertura total en el Cuadro 3**.**[67]

3. Cobertura por localidad, zonas urbana y rural, y etnias

En El Salvador, Haití, República Dominicana y Venezuela no hay información de la cobertura por zona urbano-rural ni por unidades geográficas. En Brasil y Perú sólo la hay respecto al paquete básico, en Guatemala y Venezuela sobre los departamentos que tienen y no tienen cobertura, y en Uruguay entre la capital y el interior. En tres países hay nulas o escasas diferencias: Costa Rica, donde la cobertura del seguro social abarca a todo el territorio y la reforma priorizó las zonas periféricas aumentando de 30% a 90% entre 1995 y 2002 (Martínez 2005); Cuba donde toda la población urbana y rural tiene cobertura por el SNS y no se reportan desigualdades en la cobertura entre las provincias o municipios, y Uruguay donde la cobertura urbana en la capital y el interior era virtualmente igual (95,5% y 95,7%, pero no se reporta la cobertura rural).

En los diez países donde se encontró información, la cobertura del seguro social entre la unidad geográfica (región, estado, departamento o provincia) mejor cubierta y la peor cubierta eran respectivamente: 45% y 61% en Argentina, 18% y 33% en Bolivia, 86% y 99% en Brasil (paquete básico), 31% y 70% en Colombia, 54% y 78% en Chile, 0,2% y 21,4% en Ecuador, 0 y 34,9% en Honduras, 22% y 71% en México, 0,1% y 4% en Nicaragua, 13,5% y 65,7% en Panamá, y 6,3% y 31,2% en Paraguay (rural-urbana). Las unidades geográficas mejor cubiertas eran las más desarrolladas y urbanizadas, mientras que las peor o no cubiertas eran las menos desarrolladas,

[66] En 2004 se extendió la cobertura a los que tienen ingresos menores de 3 salarios mínimos y se incorporó un 5% adicional de la población total (MSP/BM 2004b).

[67] En 2000 sólo 32,5% de la población de 65 años y más tenía cobertura del seguro social (D'Ella 2002).

rurales y pobres; en los países con una proporción considerable de población indígena, ésta se concentraba en las unidades más pobres, rurales y peor cubiertas (en Chile 74% estaba cubierto por el subsector público-seguro social, de los cuales 47% eran indigentes). Sólo se logró información comparativa en el impacto de las reformas en las diferencias en la cobertura en Colombia: la razón extrema entre el departamento mejor y peor cubierto bajó de 2,8 a 2 veces entre 1993 y 2003, mientras que la razón en las diferencias urbano-rurales disminuyó de 4,4 a 1,3 veces, no obstante se incrementaron las diferencias entre las cabeceras urbanas y las rurales, y había desigualdades en cuanto a necesidades satisfechas en el régimen subsidiado. Sigue el análisis de los países.

Argentina. Las cifras de cobertura disponibles se dan por las seis zonas geográficas en 2000: Patagonia registra la mayor cobertura del seguro social—OS (61%) y la menor por el subsector público (33%); el Noreste la mayor cobertura por el público (49%) y las menores por las OS (45%) y el subsector privado (6%), y la región metropolitana la mayor por el privado (14%) (OPS 2005a). En las provincias más ricas, como Buenos Aires, prevalece la cobertura de las OS sindicales y la atención privada, mientras que en las provincias del interior y más pobres prevalecen las OS provinciales y el subsector público (Médici 2002d).[68]

Bolivia. El seguro social en 1998 cubría al 25,8% de la población total, pero en los departamentos de La Paz y Oruro (los más desarrollados y urbanos) aumentaba a 32,2% y 32,8%, mientras que en el departamento Chuquisaca (con 74% de población indígena e incidencia de pobreza mayor del 70%) sólo cubría al 17,7% (Guerrero 2000); la población indígena se estima en 71% de la población total (OPS 1993).

Brasil. Se carece de información sobre la cobertura general por regiones. No obstante, la cobertura del paquete básico y el programa de salud de la familia combinados prioriza las regiones menos desarrolladas, pero aún así en 1998, una de las dos regiones más desarrolladas el Sur cubría a 99,4% de la población (pero la otra el Sudeste sólo 72,9%), mientras que la menos desarrollada del Nordeste cubría 86,8% (IPEA 1998).

Colombia. Las comparaciones de cobertura por localidad se hacen entre los departamentos, municipios y zonas urbanas y rurales. Entre departamentos la probabilidad de afiliación en el seguro social en 1993 era 39% en Bogotá y 16% en Atlántica, con una razón de 2,8 veces, mientras que en 2001 era 70,4% y 35,7% respectivamente, aumentando la cobertura en ambos y reduciendo la razón a 2 veces (*Salud Colombia* No.63 2002). En 1993 el sector urbano tenía una probabilidad de afiliación en el seguro social de 31% versus 7% en el sector rural (una razón de 4,4 veces), mientras que en 1997 era 61% y 48% respectivamente, una reducción de la razón a 1,3 veces (Castaño y otros 2001). Por tanto ocurrieron incrementos de afiliación en todos los departamentos y zonas, pero los registrados en los departamentos menos desarrollados y zonas rurales, fueron más rápidos que en los departamentos más desarrollados y las zonas urbanas; no obstante, debe recordarse que los estimados de 1993 excluyen la población pobre atendida por el sistema público de salud. Por el contrario, en 1997 las cabeceras urbanas tenían 60,9% de su población afiliada a ambos regímenes (la mayoría en el contributivo) mientras que las zonas rurales tenían afiliada 47,5% (la mayoría en el régimen subsidiado) con una diferencia de 13,4 puntos; en 2003 las proporciones respectivas habían aumentado a 65,5% y 51,7%, pero la diferencia entre cabeceras y rurales había crecido a 13,9 puntos (AXESNET 2004). Así mismo, en 1999 la cobertura en el régimen subsidiado en los municipios mostraba una correlación inversa a las necesidades básicas insatisfechas (NBI), así Bogotá con sólo 17% de NBI tenía 89% de su población pobre afiliada, mientras que Pereira con

[68] En Formosa 57% de la población no tiene seguro (ni OS ni privado), mientras que en la capital federal sólo 20% no tiene seguro (Flood 1997).

24% de NBI tenía sólo afiliada el 44%.[69] Este problema determinó un cambio de política en el Plan de Desarrollo de Salud 1999-2002 que estableció que la expansión de la afiliación se haría en base al nivel de NBI, a fin de corregir el desequilibrio existente, pero no se logró obtener información sobre los resultados de este plan (Málaga y otros 2000).

Chile. La cobertura de FONASA por regiones en 2002 variaba entre 54% en la región II (Antofagasta) y 78% en la región VII (Maule) (FONASA 2004; MINSAL 2004). En 2002, 56% de los asegurados en las ISAPRES estaba concentrado en la región metropolitana, la cual sólo tiene el 41% de la población (SI 2003). La población indígena (estimada en 8% del total) se concentra en las regiones IX (25,6%), I (15,2%) y X (10,9%) y sufren una incidencia de pobreza mayor que la población no indígena, así como mortalidad infantil mayor y esperanza de vida menor; en 2000, 80,4% de la población indígena estaba cubierta por FONASA y, dentro de ésta, 47% en el grupo de indigentes (Valenzuela 2003).

Ecuador. No hay información de la cobertura de salud (incluyendo el campesino), sino sólo de los asegurados activos por provincia en 2003: 66,5% de los asegurados se concentraba en las provincias de Pichincha y Guayas donde se ubican las dos ciudades mayores (Quito y Guayaquil) aunque sólo tienen 35% de la población total; mientras que en Pichincha la cobertura era de 21,4%, bajaba a 5,7% en Carchi, 2,4% en Los Ríos y 0,2% en Zamora, provincias predominantemente rurales (estimados del autor basados en IESS 2005; CEPAL 2005). La población indígena se estima entre 25% y 43% de la total pero no se pudo obtener información sobre su cobertura (OPS 1993, 2004c).

Guatemala. La cobertura de la PEA por el seguro social en los departamentos en 1994 bajaba de 69% en Guatemala con 71% de su población urbana (78% en Escuintla donde se desarrolló el programa de extensión), y entre 4% y 6% en los departamentos más rurales. El 60% de la población es rural y las cifras anteriores muestran una relación directa muy estrecha entre cobertura y grado de urbanización; 66% de toda la población cubierta se concentraba en dos departamentos (Guatemala y Escuintla) y el 34% restante en los otros 20 departamentos. Esta era la cobertura en pensiones, pero la de enfermedad-maternidad se limitaba a 11 departamentos hasta fines de 2002, o sea, que en los otros 11 no había cobertura de este programa (Mesa-Lago *y otros* 1997a). A comienzos de 2003, la cobertura fue extendida a 15 departamentos (AISS 2003a), pero no se pudo obtener información sobre nivel de cobertura en cada uno. Entre 43% y 66% de la población es indígena y está concentrada en los departamentos más rurales y pobres (OPS 1993, 2005), de manera que este grupo étnico tiene una cobertura muy baja en el seguro social (ver sección A-7).

Haití. La baja cobertura está concentrada en la capital y ciudades más importantes y la población rural (40% del total) se atiende en gran medida con la medicina tradicional (OPS 2005a).

Honduras. Sólo en 7 de los 18 departamentos el seguro social otorgaba cobertura en 2003 (los más desarrollados y urbanos); los dos departamentos incorporados con cobertura mayor son aquellos donde están ubicadas la capital y la segunda ciudad más importante (31,7% y 34,9% respectivamente), mientras que el área urbana promediaba 12,7% y en el área rural bajaba a 3%. La cobertura por seguros privados variaba de 4,7% en la segunda ciudad a 0,5% en el área rural (Durán 2003). El 15% de la población es indígena pero no se pudo obtener información sobre su cobertura (OPS 1993).

México. La cobertura por los seguros sociales varía de forma considerable entre los estados; en 2003 el promedio nacional era 43,4% pero aumentaba a 71,2% en Nuevo León, 67,4%

[69] Según otro estudio la utilización de la consulta general entre los municipios aumentó de 0,58 en 1994 a 0,80 en 1997, pero no se tomó en cuenta las diferencias en el tipo y calidad de servicios entre ellos y el uso de los proveedores privados en los municipios ricos (Bossert y otros 2003).

en el distrito federal y 57,4% en Tamaulipas, estados desarrollados y altamente urbanizados, pero caía a 22,2% en Oaxaca, 24,4% en Guerrero, 30% en Chiapas y 35,2% en Zacatecas, estados pobres y rurales con el más alto porcentaje de población indígena (estimados del autor basado en poblaciones no asegurada y total de SSA 2004). La cobertura de IMSS-Solidaridad/Oportunidades era responsable del mayor aseguramiento los estados pobres y rurales (AISS 2003b).

Nicaragua. La cobertura del seguro social por departamentos bajaba de 40% en Managua, donde está la capital, a 14% en Chinandega y 12% en León, donde se ubican ciudades importantes, y caía a entre 0,1% y 1% en diez departamentos, los más rurales y pobres; el 79% de la cobertura se concentraba en Managua (Mesa-Lago *y otros* 1997b).

Panamá. La cobertura de la población por provincias en 2003 variaba entre 65,7% en Chiriquí o 63,8% en Panamá (las mas desarrolladas) y 13,5% en Darién (la menos desarrollada, situada en la selva con la más baja densidad de población). No obstante, 47% de los no asegurados se encontraba en la provincia de Panamá que tenía la población mayor y la más urbanizada. Entre 1992 y 2003 ocurrió una tendencia creciente en la cobertura de todas las provincias, excepto en Darién donde disminuyó de 20% a 13,5% (Mesa-Lago 2000b, 2005a; CSS/MS 2005).

Paraguay. Sólo 13,4% de la población total tenía seguro social o privado en 1999, un porcentaje que aumentaba a 31,2% en la población urbana y caía a 6,3% en la población rural (OPS 2005a); otra fuente estima que sólo 19,9% de la población total tenía seguro público o privado en 2002, 31,2% en el sector urbano y 6,7% en el sector rural (Ramírez 2004). La cobertura del seguro social y de las empresas médicas prepagas se concentra en la capital y zona metropolitana, mientras que la del primero cae en el resto del país especialmente en los departamentos más pobres los cuales carecen de seguro privado (Saldaín 2003). No se pudo obtener información sobre la cobertura de la población indígena.

Perú. Más de la mitad de los afiliados del seguro social (EsSalud) en 2003 estaban concentrados en el departamento de Lima que sólo tiene 29% de la población, le seguían los departamentos de Arequipa (6%), Lambayeque y Libertad, estos cuatro concentraban 63% del total asegurado (EsSalud 2004); 61% los asegurados en las dos proveedoras privadas vivían en la capital en 2004; estudios anteriores muestran que la cobertura disminuye según aumenta la ruralidad y la pobreza en los departamentos. Por el contrario, la cobertura del paquete básico (SIS) estaba focalizada en los pobres y la distribución de los afiliados en 2005 mostraba que 48,8% de ellos vivía en zonas rurales (pero sólo 27,4% de la población total era rural), 21,6% en zonas urbano-marginales, 12,4% en urbanas, y sólo 17,7% en Lima (29% de la población total), de ahí que este programa debe contribuir a reducir la desigualdad urbano-rural (MINSA 2005a, 2005b). La población indígena se estimó en 33% del total en 2000, sufría una incidencia de pobreza mayor al promedio nacional y se concentraba en las zonas rurales y urbano-marginales (OPS 2005a); la información anterior no identifica la etnia de los afiliados en el SIS, pero es lógico suponer que ellos son principales beneficiarios de dicho programa.

República Dominicana. El porcentaje sin aseguramiento se ha estimado en 82% a nivel nacional pero 91% en las áreas rurales (Rathe 2004). La cobertura del seguro social y los otros seguros públicos y privados, así como de las "igualas", se circunscribe a las zonas urbanas y se reduce en las tres regiones más pobres (Lizardo 2004).

Uruguay. La cobertura general de la población urbana (93% del país) no variaba significativamente en 2000 entre la capital (95,5%) y el interior (95,7%), pero si por proveedor: las IAMC cubrían 61% de la población en la capital pero 33% en el interior, mientras que la cobertura por el ministerio era respectivamente 21% y 48%, una clara indicación que casi la mitad de la población del interior acudía a los servicios públicos (Ferreira-Coimbra y Forteza 2004).

Venezuela. No hay cifras sobre cobertura por estados, pero el seguro social (IVSS) no tiene instalaciones en tres estados que son de los más pobres (Amazonas, Delta Amacuro y Sucre) y sólo

ambulatorios en otros siete estados también relativamente pobres (Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Mérida, Monagas y Yaracuy), mientras que 61% de los establecimientos se concentran en los cuatro estados más urbanizados y desarrollados (Bolívar, Zulia, Miranda y Carabobo) (D'Ella 2002).

4. Cobertura por nivel de ingreso

Según encuestas, la cobertura de salud por quintiles de ingreso en ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú) en 1996-1998 (BID 2004), el quintil más rico estaba cubierto entre 91% y 98,6% (excluyendo Haití), mientras que el quintil más pobre estaba cubierto sólo entre 9,3% y 41,2% (excluyendo Brasil y Colombia). Las razones entre el quintil más rico y el más pobre eran: 1,37 en Brasil, 1,82 en Colombia, 2,38 en Paraguay, 2,59 en Argentina, 2,80 en Nicaragua, 3,26 en Haití, 4,94 en Bolivia, 6,76 en Perú y 9,84 en Guatemala (Cuadro 4). Se obtuvieron cifras similares de Honduras, la República Dominicana y Uruguay para 1999-2002 y parciales de Chile; no se pudo obtener información alguna de Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Panamá[70] y Venezuela.

CUADRO 4
POBLACION CUBIERTA POR EL SEGURO SOCIAL DISTRIBUIDA POR QUINTILES DE INGRESO, 1996 A 2002
(Porcentajes)

Países [a]	Años	Quintiles (de menor a mayor ingreso)					Razón
		1	2	3	4	5	(5/1)
Argentina	1997	35,1	62,1	73,0	83,7	91,0	2,59
Bolivia	1996	19,6	44,8	67,7	87,9	97,9	4,94
	2000	5,8	9,9	15,0	23,6	31,0	5,34
Brasil	1998	71,6	88,7	96,7	97,7	98,6	1,37
Colombia	1993	6,3	13,5	24,0	30,0	43,8	6,95
	1997 [b]	43,2	46,0	54,0	64,0	78,8	1,82
	2000	35,0	43,9	48,9	59,4	74,7	2,13
Guatemala	1996	9,3	16,1	31,1	62,8	91,5	9,84
Haití	1996 [c]	24,0	37,3	47,4	60,7	78,2	3,26
Honduras	1999	0,5	4,0	10,5	16,4	27,1	54,2
Nicaragua	1996	32,9	58,8	79,8	86,0	92,3	2,80
Paraguay	1996	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1	2,38
Perú	1996	14,3	49,6	75,4	87,2	96,7	6,76
R. Dominicana	2002	2,1	3,7	6,6	7,7	7,1	3,38
Uruguay	1999 [d]	24,3	56,4	75,5	89,6	96,5	3,97

Fuente: 1996 de BID 2004. Argentina de Centrángolo 2002. Bolivia de Banco Mundial 2004. Colombia 1993 de Céspedes y otros 2001; 1997 y 2000 de *Salud Colombia* No 58, 2001. Honduras de Durán 2003. República. Dominicana de Lizardo 2004. Uruguay de AISS 2003a.

[a] No se pudo obtener información de Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Panamá y Venezuela.

[b] La serie del BID (2004) para 1996 da respectivamente 60,6%, 85,2%, 92,8%, 98,9% y 98,1% con una razón de 1,62, pero estas cifras son inconsistentes con el resto.

[c] Hay seguro social de enfermedad y maternidad (este último iniciado en 1999) pero no implementado del todo y con poquísimos beneficiarios, por lo que las cifras no son fidedignas. Incluye IAMC y otros seguros sociales.

Las estadísticas demuestran (sin excepción) que según aumenta el ingreso también se incrementa la cobertura del seguro social y viceversa; además en los países que hay información (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana), esa tendencia se acentúa mucho más respecto a la cobertura por el subsector privado. La cifras de Brasil muestran una relación igualmente positiva entre escolaridad y uso de los servicios privados, y las de Chile indican que según aumenta la edad

[70] En Panamá no hay información detallada de todos lo quintiles, pero los dos de mayor ingreso estaban cubiertos en 60% mientras que el quintil más pobre sólo en 13% (MEF 1999).

se reduce la cobertura privada y crece la pública. Aunque haría falta más información de otros países, lo anterior plantea dudas sobre la capacidad del subsector privado para extender la cobertura entre los grupos de menor ingreso y educación, y entre los de mayor edad.

Las cifras de cobertura entre los quintiles de menor ingreso aparecen sobreestimadas en la mayoría de los países basado en las razones que se documentan en esta sección: las estadísticas de acceso son inferiores a la de cobertura (Bolivia, Guatemala); la incidencia de pobreza es de tal magnitud que hace imposible la cobertura mostrada en el cuadro (Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana); no existe virtualmente seguro social (Haití); las estadísticas de cobertura general del seguro social son muy inferiores a la cobertura de los dos quintiles más pobres (Nicaragua, Paraguay, Perú); y cifras de encuestas posteriores en algunos países muestran una cobertura muy inferior a la del cuadro (Colombia, Honduras, Paraguay, República Dominicana). Sólo en Colombia fue posible hacer una comparación del impacto de la reforma en la distribución de la cobertura por quintiles: entre 1993 y 1997 aumentaron notablemente los porcentajes de cobertura en todos los quintiles, pero en 2000 descendieron en todos (debido a los obstáculos confrontados en la reforma), no obstante las coberturas en 2000 eran todavía muy superiores a las de 1993 antes de la reforma. Una comparación de la cobertura en Bolivia entre 1996 y 2000 indica una drástica reducción en la cobertura en todos los quintiles. Sigue el análisis de los países.

Argentina. En 1997, el quintil más pobre estaba cubierto en 63,3% por el subsector público, 30,9% por las OS y 4,3% por el subsector privado; por el contrario en el quintil más rico, 61,3% estaba en las OS, 29,7% en el privado y 8% sólo en el público (en ambos alrededor del 1% tenían sólo el plan de emergencia) (OPS 2005a). El porcentaje de la población por quintil de ingreso que no tenía seguro (ni OS ni privado) en 1997 era (de menor a mayor ingreso): 64,9%, 37,9%, 26,0%, 16,3% y 9% (Centrángolo y Devoto 2002).

Bolivia. La cobertura por quintiles en 2000 muestra una caída drástica en todos los quintiles en comparación con 1996, por ejemplo, en el quintil más pobre de 19,6% a 5,8% y en el más rico de 97,9% a 31% (Cuadro 4; Banco Mundial 2004). Las cifras de 2000 son mucho más factibles que las de 1996, de acuerdo con información adicional por quintiles de ingreso de los enfermos que se atendieron en las cajas de seguro social en 1999, la cual sugiere que el acceso es mucho más bajo y segmentado que la cobertura mostrada para 1996 e incluso 2000, por ejemplo, sólo 3% del quintil más pobre se atendió (contrastado con coberturas de 19,6% y 5,8% en 1996 y 2000 respectivamente) y 10% y 15% se atendieron en los dos quintiles siguientes, contrastados con coberturas de 45% y 67% en 1996 y de 9.9% y 15% en 2000 (Narváez 2002).

Brasil. Las cifras del Cuadro 4 se refieren a la cobertura básica del subsector público (SUS), pero no muestran la disparidad en la cobertura privada: 75% de los que tienen ésta reciben ingresos cinco veces el salario mínimo, los dos quintiles de mayor ingreso tienen 80% de cobertura privada y sólo 2,2% en el decil más rico usa los servicios públicos (OPS 2005a). El grado de uso del SUS por nivel de escolaridad es una variable sustitutiva del nivel de ingreso: entre los que tienen educación primaria incompleta (los más pobres), 54% usa de manera exclusiva el SUS, 34% lo utiliza combinado con modalidades privadas, y 12% no son usuarios, la mayoría por falta de acceso; por el contrario, sólo 5% de los que tienen estudios superiores usa exclusivamente el SUS, 47% lo usa combinado con provisión privada y 48% no lo utiliza (Médici 2002a).

Colombia. Se asevera que la reforma ha reducido las desigualdades de cobertura por quintiles de ingresos, las cifras disponibles para 1993 y 1997 parecen respaldar esa aseveración, pero no la comparación entre 1997 y 2000, que es más precisa, especialmente cuando se desagregan por régimen. La probabilidad de afiliación por quintiles de ingresos en 1993 oscilaba de 43,8% en el quintil más rico a 6,3% en el más pobre (una razón de 6.95 veces entre ambos quintiles) pero sólo dentro de los afiliados a los seguros sociales, sin tener en cuenta la protección de la población pobre por el subsector público de salud. En 1997 la probabilidad de afiliación *total* (sumando los regímenes contributivo y subsidiado) era de 78,8% en el quintil más rico y 43,2% en el más pobre

(reduciendo la razón a sólo 1,82 veces). La cobertura aumentó debido a la extensión a la familia en el régimen contributivo (que favoreció a los quintiles más ricos) y la creación del régimen subsidiado (orientado hacia los quintiles más pobres). En 2000 la probabilidad de afiliación *total* entre los dos quintiles era 74,7% en el más rico y 35% en el más pobre (una razón de 2,13 veces) lo que muestra un retroceso respecto a 1997 (ver Cuadro 4). Además, dentro del régimen subsidiado, la cobertura en los tres quintiles de más bajo ingreso se redujo entre 1997 y 2000, mientras que aumentó en los dos quintiles de más alto ingreso (*Salud Colombia* N° 58 2001).

Chile. La distribución de la población cubierta por quintiles de ingreso familiar y edad en 1998 y 2000, mostró que en los dos quintiles de más bajo ingreso y en el intermedio, la inmensa mayoría estaba cubierta por el sistema público, mientras que en el quintil de mayor ingreso la mayoría estaba cubierta por el sistema privado.[71] Mientras en el sistema público la proporción de afiliados disminuía con el ingreso, lo opuesto ocurría en las ISAPRES, el programa de las fuerzas armadas y los seguros privados. En todos los quintiles (incluso el más rico), a medida que aumentaba la edad y consiguientemente los riesgos de salud, se reducía la cobertura del sistema privado y se incrementaba la del sistema público (CASEN 1998 citada por Titelman 2000 y Pollack 2002; CASEN 2000 citada por Urriola 2005).

Guatemala. Según el Cuadro 4, 9% del quintil de menor ingreso estaba cubierto por el seguro social (IGSS) en 1996, pero 57% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza y 22% por debajo de la línea de indigencia en 2002, y estas incidencias ascendían a 72% y 31% en el área rural y entre la población indígena (PNUD 2003). Una encuesta nacional de 1999 mostró que sólo 2,7% en el primer quintil del ingreso de los hogares cotizaba al IGSS y sólo 1,1% del total de las personas que utilizaban los servicios de salud del IGSS pertenecía al primer quintil (Durán y Cercone 2001).

Haití. El seguro social tiene una cobertura nacional de sólo 1% o 2% por lo cual son imposibles los porcentajes de cobertura crecientes de 24% a 78% en los cinco quintiles del Cuadro 4**.**

Honduras. La encuesta de hogares de 1999 estimó una distribución por deciles de los cotizantes al seguro social que el autor convirtió a quintiles a efectos de la comparación: el quintil más pobre estaba cubierto en 0,5% mientras que el más rico en 27%, para una razón de 54 por 1, la mayor del Cuadro 4. Más aún el quintil más rico tenía la segunda cobertura menor en la región (después de la República Dominicana). Esto se corresponde con la incidencia de pobreza de 79,7% y de indigencia de 56,8% en 1999, las más altas de la región (CEPAL 2002a).

Nicaragua. Los dos primeros quintiles se supone estaban cubiertos en 32,9% y 58,8% en 1996 (Cuadro 4) pero la cobertura de la población total por el seguro social en 1995 era de 13% y la incidencia de pobreza en 1998 era 64% mientras que la incidencia de indigencia era 44,6%.

Paraguay. Los dos primeros quintiles se reporta que estaban cubiertos en 41% y 50% en 1996 (Cuadro 4), pero la cobertura total de la población por el seguro social era sólo 12,4% según la encuesta de 1999, y la incidencia de pobreza era de 60,6% y la incidencia de indigencia de 33,9% en 1999. Según una distribución porcentual de la encuesta de 2000-2001, el 40% en los dos quintiles de menor ingreso tenían una cobertura de 17,3% del total cubierto por el seguro social (Ramírez 2005a).

Perú. La cobertura en los dos primeros quintiles de ingreso se informa era 14,3% y 49,6% respectivamente en 1996 (Cuadro 4), pero todos los seguros sociales combinados sólo cubrían 21%

[71] El 52% de la población cubierta por las ISAPRES estaba en los tres deciles más altos de ingreso, mientras que el 70% de la población cubierta por FONASA se ubicaba en los cinco deciles más pobres (OPS 2005).

de la población total en 1999 y la incidencia de pobreza era de 48,6% (CEPAL 2002a; OPS 2005a).[72]

República Dominicana. Una encuesta de 2002 muestra la cobertura más baja entre todos los países, incluso en el quintil más rico (es muy dudoso que Haití tenga una cobertura superior, porque el seguro social no se ha implantado en gran medida y cubre a una pequeñísima parte de la población), aún así resulta sospechoso que sólo 7,7% y 7,1% de los dos quintiles de mayor ingreso estuviesen cubiertos (aunque 21,2% y 37%, respectivamente, estaban además cubiertos por seguros de empresa o privados) y que 2,1% del quintil más pobre y 3,7% del siguiente lo estuviesen, teniendo en cuenta que 37,2% de la población era pobre y 14,4% era indigente en 1997 (cifras de pobreza de CEPAL 2002a). La razón en la cobertura entre el quintil más rico y el más pobre era 3,34 a uno (Lizardo 2004).

Uruguay. Las cifras del Cuadro 4 incluyen a todos los asegurados en las IAMC, así como a los seguros sociales; la razón entre el quintil más rico y el más pobre era 3,97. Pero si se añaden los cubiertos por el ministerio, el porcentaje cubierto por quintiles aumenta en el primer quintil a 93,9% y en el quinto a 97,7%, y la razón disminuye a 1,04, la más baja entre los 12 países (AISS 2003a). Esta última comparación no es técnicamente correcta pues incluye al subsector público, sólo podría contrastarse con la de Brasil y mostraría coberturas superiores en los cinco quintiles.

5. Cobertura por condición laboral: los independientes y otros grupos difíciles de incorporar

La OIT ha desarrollado una nueva metodología para determinar el nivel de protección social dentro del mercado laboral en América Latina. Basado en encuestas de hogares tomadas entre 1992 y 2002 en nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú), se identifican distintos niveles de protección social de acuerdo con el grado de vulnerabilidad que se determina por la condición laboral del trabajador. La condición laboral se tipifica por tres variables: la relación laboral (empleador, asalariado, independiente, sin salario y desocupado), el tipo de empresa o sector (grande, pequeña y pública), y la calificación (profesional o no profesional). A partir de esta clasificación se identifican siete grupos de trabajadores y se ordena su grado de protección social de mayor a menor como sigue: los cuatro primeros grupos son de baja vulnerabilidad y mayor protección social (empleador, asalariado en empresa grande, asalariado en sector público e independiente profesional) y los otros tres grupos son de alta vulnerabilidad y menor protección social (asalariado en empresa pequeña—incluyendo trabajador doméstico—independiente no calificado, sin salario, y desocupado). La cobertura por el seguro de salud es muy difícil de medir por las encuestas, debido a que las preguntas y los sistemas de salud son distintos; además sólo las encuestas de siete países incorporaron preguntas que permiten elaborar estadísticas sobre cobertura de salud (en Brasil y México sólo se incluyó a los asalariados). Las estadísticas elaboradas muestran en 2000-2002 la mayor cobertura de salud entre los empleados del sector público (oscilando de 68% a 93%), seguidos por los de empresas grandes (39% a 94%), pero significativamente mas baja entre los asalariados de empresas pequeñas (5% a 42%, con la excepción de un país), y la inferior en los tres grupos más vulnerables. El porcentaje de los independientes no calificados con acceso era 74,4% en Chile (virtualmente todos en el subsector Publico-seguro social, ver abajo), 36,5% en Argentina, 17,4% en Ecuador, 12,4% en Perú, 6,9% en Bolivia, 4% en Guatemala y 2,6% en Nicaragua. En la mitad de los países se registró un descenso en la cobertura de estos trabajadores desde 1994-1998, mientras que en la otra mitad ocurrió un ascenso (OIT 2003; Gasparini y Betranou 2005).

[72] Sin embargo, el paquete básico del subsector público cubría al 61% de la población en los dos quintiles más pobres entre el total de pobres del país en 2005 (MINSA 2005a).

La sección A-1 y el Cuadro 2 identificaron los países que otorgan cobertura legal (obligatoria o voluntaria) o excluyen a los grupos difíciles de incorporar: 4 países excluyen a los trabajadores independientes (El Salvador, Guatemala, Haití y República Dominicana), 6 a los servidores domésticos (los anteriores, más Bolivia y Honduras) y 9 países a los trabajadores agrícolas (los anteriores, más Nicaragua, Paraguay y Venezuela). La cobertura de los trabajadores independientes es mayor en el grupo pionero alto: 74% en Chile (virtualmente todos en el subsector público, sólo 1,7% en el privado), 44-45% en Costa Rica y Uruguay, y 36% en Argentina; pero baja a un rango de 4% a 17% en cuatro países del grupo intermedio y a un rango de 1% a 4% en tres países del grupo tardío bajo. La cobertura de los servidores domésticos era: 31% en Uruguay, 27% en Colombia, 13% en Ecuador, 11% en Panamá y 3% en Paraguay (la cobertura en todos estos países es obligatoria). Hay pocas cifras de cobertura de los agrícolas: 1,5% en Ecuador (pero 20% en el seguro campesino), 3-6% en México (pero 10% de la población en IMSS-Oportunidades) y 2% en Honduras. Los empleados en microempresas estaban cubiertos en 51% en Argentina pero 4% en México. A continuación se hace el análisis de los países.

Argentina. Del total de afiliados en las OS en 2004, 70,7% eran trabajadores asalariados, 21,6% jubilados y pensionados, 5,7% trabajadores independientes ("autónomos monotributistas"[73]) y el restante 2% eran empleados domésticos, desempleados o voluntarios (Torres 2005b). Por tanto, las OS cubren de forma fundamental a los asalariados formales; los independientes pueden afiliarse voluntariamente siempre que no ganen más de una suma anual (US$24,000 o US$48,000) y sean contribuyentes al fisco (SSS 2005). Se suponía que los independientes se incorporarían gradualmente a las OS, siempre que pudiesen pagar la cotización mínima; hubo varios proyectos para establecer el marco regulador y facilitar dicha incorporación pero no se aprobaron. Ha transcurrido casi una década y la afiliación de este grupo en las OS es minúscula; la cotización fija (US$7) es igual para todos, independientemente del ingreso, por lo que resulta muy baja para los de alto ingreso (pero sólo les da acceso al paquete básico) y relativamente alta para los de bajo ingreso; esto puede haber sido una barrera a la incorporación de los últimos en las OS (Torres 2004). Por ello, probablemente la mayoría de los independientes con bajo ingreso está cubierta por el subsector público, mientras que una minoría de alto ingreso está asegurada en el subsector privado, pero se carece de cifras (Centrángolo y Devoto 2002; Torres 2005b). No obstante, con cifras de 2001 y 2004 se estimó que sólo 15% de los independientes estaba afiliados en las OS, 20% en el subsector público y 64,1% en el subsector privado (Bertranou y Vázquez 2005). También se ha estimado que 48,8% de los asalariados en empresas pequeñas (hasta 5 empleados) en el sector privado carecía de cobertura en las OS (Flood 1997).

Bolivia. Se carece de información sobre el porcentaje de trabajadores independientes cubiertos por el seguro social, pero la afiliación es voluntaria y los independientes deben pagar la cotización total que aportan los patronos (10%) lo cual es un serio obstáculo a su afiliación. La flexibilización laboral y la libre contratación combinadas con un extenso sector informal han hecho aún más difícil extender la cobertura (Guerrero 2000).

Colombia. La proyección inicial de la reforma era que el 80% de los trabajadores independientes estaría afiliado al régimen contributivo en 2000, pero sólo 4% estaba afiliado en esa fecha, o sea, 5% de la meta. Ello se debió a que el trabajo independiente aumentó de 33% al 43% de la población ocupada entre 1993 y 2000, además estos trabajadores tienen que pagar una cotización de 12% sobre al menos dos salarios mínimos (el promedio cotizado en todo el sistema), lo cual es

[73] Según la ley 25,865, vigente desde el inicio de 2005, "monotributista" es un pequeño contribuyente eventual, ya sea una persona, miembro de cooperativa o de sociedad comercial irregular con no más de tres socios, y dependiendo del tamaño e ingreso de la operación. Ellos pueden optar entre el sistema general impositivo o el régimen simplificado para monotributistas que incluye una contribución social y cobertura de salud, además les da facilidades de pago para los que no han podido cumplir con sus obligaciones (AISS 2005).

muy oneroso, y el Estado no puede detectarlos (la mayoría son informales) y obligarlos a cotizar al régimen contributivo, porque sería poco factible y muy costoso. Además de los independientes, otro grupo con baja afiliación es el del servicio doméstico: 27% en 1998 (Felizzola 2002; Martínez y otros 2003).

Costa Rica. Los trabajadores independientes se benefician del subsidio del Estado que aumenta según disminuye su ingreso y equivale a entre 21% y 30% de la cotización total; debido a ello estos trabajadores constituían 25,7% del total de asegurados directos en 2000, pero cayó a 13,3% en 2003; se estima que sólo 45% de estos trabajadores está asegurado y sólo generan 2% del ingreso total (Programa Estado 2002, 2004). La ley de protección del trabajador de 2001 ordena que los independientes sean incorporados obligatoriamente a más tardar en 2006 y la reforma de pensiones de 2005 ratifica dicha obligatoriedad ("Reforma" 2005).[74]

Chile. Están cubiertos en FONASA los trabajadores independientes que de forma voluntaria cotizan a los sistemas de pensiones (el sistema privado AFP o el sistema público INP) pero sólo 5% de dichos trabajadores estaban cubiertos en pensiones en 2001 y eran mayormente profesionales (Mesa-Lago 2004). Sin embargo, los independientes que son indigentes o tienen bajo ingreso, así como sus familiares dependientes, pueden afiliarse al sistema público y recibir atención gratuita o con fuertes subsidios fiscales. No hay información de FONASA sobre el porcentaje de los independientes que están cubiertos, pero las encuestas de hogares indican que 74% de los independientes no calificados estaban cubiertos en 2000 por un seguro de salud, probablemente FONASA (OIT 2003). La probabilidad de que los independientes estén afiliados en el sistema privado es mucho menor debido al bajo ingreso de la mayoría de estos trabajadores, así en 2002 sólo 1,7% del total cotizante en las ISAPRES era independiente (SI 2003).

Ecuador. El seguro social ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores independientes, patronos pequeños y otros grupos, pero en 2000 sólo 5,2% del total afiliado al IESS era voluntario. En 2000 la mayoría de los trabajadores informales urbanos eran independientes (1,2 millones o 33,8% de la PEA urbana) pero había un total de 61,523 afiliados voluntarios en el IESS, de los cuales probablemente la mayoría eran independientes, de manera que alrededor de 4.9% estaba cubierto. Los servidores domésticos teóricamente tienen cobertura obligatoria por ser asalariados pero en 2000 constituían 5,6% de la PEA urbana y sólo 13% estaba afiliado. Los trabajadores agrícolas asalariados en grandes plantaciones sólo representaban 1,5% de los asegurados en el IESS, pero los campesinos pueden estar protegidos por el SSC que alcanza a 20% de la población rural (estimados del autor basados en IESS 2005).

El Salvador. Los trabajadores independientes, del servicio doméstico y agrícolas están excluidos de cobertura por el seguro social (ISSS), pero los tres sectores combinados constituían 72,7% de la fuerza de trabajo en 2000 (Mesa-Lago 2001b).

Guatemala. Están excluidos de la cobertura del seguro social la gran mayoría de los trabajadores informales (68,6% de la PEA en 2002), los empleados en establecimientos de dos o menos empleados, los independientes y los trabajadores familiares sin remuneración (22,5% de la PEA), lo cual explica la baja cobertura y su estancamiento en el IGSS (PNUD 2003). Además, ya se ha visto que la cobertura del seguro social en los departamentos más rurales o no existe o es extremadamente baja, de manera que la inmensa mayoría de los trabajadores agrícolas está excluida del seguro social, excepto en las plantaciones agroindustriales más importantes.

Honduras. La cobertura de los independientes por el seguro social es voluntaria pero en 1999 sólo 1% de ese grupo estaba cubierto, también tenía muy baja cobertura la rama agropecuaria con 2%, pero aumentaba a 55% entre los empleados públicos y promediaba 27% entre los

[74] Como por ley el asegurado debe pertenecer a los programas de pensiones y salud, cuando se implemente la obligatoriedad en el primero será automática en el segundo.

asalariados privados (53% en la rama de finanzas pero 8% en construcción). El seguro privado cubría 5,6% de los empleados públicos, 3% de los asalariados privados y 1% de los independientes. La cobertura según el número de empleados en las empresas privadas declinaba desde 46% en las que tenían más de 10 empleados a sólo 4% en las que laboraban 3 empleados (Durán 2003).

México. Los trabajadores independientes pueden afiliarse de manera voluntaria (aunque la ley de 1973 dispuso que fuese obligatoria la afiliación no se dictó el reglamento necesario) pero tienen que pagar el porcentaje de cotización total. El seguro de salud para la familia (SSF) introducido en 1997 procura la extensión de la cobertura de los informales (alrededor de 40% de la PEA) con el incentivo de una reducción de 56% en la cotización de los trabajadores. Entre 1997 y 2000 aumentó la afiliación al IMSS en 1,5 millones pero, a pesar de ello, la cobertura del SSF como porcentaje del total asegurado era sólo 1,3% en 2000. La cobertura de otros grupos era minúscula en 2000 en comparación con su porcentaje sobre la PEA ocupada urbana, por ejemplo, 0,006% versus 19,6% los trabajadores independientes no calificados y 0,004% versus 3% los servidores domésticos; igualmente baja era cobertura de los ejidatarios 0,006%, azucareros agrícolas 0,8%, etc. (CEPAL 2002a; AISS 2003b). El mayor obstáculo es que la mitad de la PEA tiene ingresos por debajo de 3 salarios mínimos y la cotización es aún muy alta para ellos; como carecen de la cotización patronal y el Estado aporta 20% de la cuota, tienen que pagar seis veces lo que aporta un trabajador asalariado con el mismo ingreso; el SSF es más atractivo para independientes que ganan más de 6 salarios mínimos como choferes, taxistas y comerciantes medianos (Brachet-Márquez 2001). La cobertura del sector agrícola también es muy baja en el IMSS: 3% a 6% en 2002, contrastada con coberturas de 52% a 57% en industria, minería, electricidad, agua y gas (IMSS 2004).

Nicaragua. Los trabajadores independientes pueden afiliarse de manera voluntaria al seguro social pero pagando el equivalente de las cotizaciones del empleador y el patrono; legalmente los servidores domésticos tienen cobertura obligatoria pero no se ha aplicado, algunos pueden estar asegurados voluntariamente. En 2002, 54% del empleo no agrícola estaba compuesto por independientes, servicio doméstico y microempresas (OIT 2003) y había 1,278 asegurados "facultativos" (voluntarios) en el seguro social equivalentes a sólo 0,4% del total de asegurados cotizantes y 0,06% de la PEA (basado en INSS 2003), lo cual implica que virtualmente estos dos grupos no están cubiertos.

Panamá. El 56% de los trabajadores no cubiertos por el seguro social en 2003 (a cargo del subsector público) eran trabajadores independientes o pequeños patronos, 27% eran desempleados, 11% servidores domésticos (aunque tienen cobertura obligatoria) y 6% trabajadores familiares no remunerados (MEF 2004). El proyecto de ley de reforma de 2005 establece lo obligatoriedad en la cobertura de los independientes y que el ministerio de economía y finanzas sea el recaudador (Proyecto 2005).

Paraguay. La ley estipula la cobertura de los trabajadores independientes en el seguro social (IPS) pero no se dictó el reglamento y en la práctica están excluidos; en 1999 menos de 0,2% de los independientes tenía cobertura. Alrededor de 20% del trabajo femenino está en el servicio doméstico; el seguro social tiene un programa especial para ellas en la capital pero se estima que sólo 3% está afiliada. Más del 50% de los ocupados no son asalariados y 75% de los ocupados están en establecimientos con no más de 5 empleados, por lo que este sector no tiene cobertura. El pequeño grupo asegurado es esencialmente formal y urbano, concentrado en el sector público y en las grandes empresas del sector privado (Saldaín 2003).

Perú. Los asegurados voluntarios representaban sólo 2% del total de asegurados en el seguro social (EsSalud) en 2003 y la mayoría de ellos era independiente, pero el porcentaje de trabajadores independientes y familiares no remunerados en 2001 equivalió a 39,6% de la PEA urbana ocupada. Los trabajadores independientes deben pagar 9% del salario mínimo mientras que los asalariados no cotizan ya que el 9% del aporte total lo hacen los empleadores. Los ingresos por afiliación voluntaria de los independientes disminuyeron 10,4% en 2003 indicando una caída en la

afiliación o del salario o ambos. Otro grupo vulnerable asegurado es el de regímenes especiales, como agrario, pescador independiente, servidor doméstico, ama de casa, etc., el cual representó 12% del total afiliado en 2003; no tenemos las proporciones de estos grupos en la PEA, salvo los domésticos que fue de 5,2% en 2001, por lo que es obvio que también este grupo tiene una bajísima cobertura. Este grupo o bien tiene cotizaciones porcentuales que varían entre 4% y 9% del salario mínimo (una carga relativamente pesada) o aportan una suma fija (más asequible), pero todos pagan porque carecen de patrono (basado en EsSalud 2004; CEPAL 2005).

República Dominicana. Los trabajadores independientes, los servidores domésticos, las empresas con menos de 5 empleados y los trabajadores rurales estaban excluidos de cobertura del seguro social antes de la reforma; pero el sector informal que se componía de esos trabajadores se estimó en 61,6% de la población ocupada en 1998 (82,4% en el área rural), otro estimado menos inclusivo fue de 54% en 2003 (Lizardo 2004). También los desempleados carecían de cobertura y su porcentaje de la PEA ascendió a 16% en 2002 (CEPAL 2003b). La reforma incluyó a todos estos grupos en los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado pero el primero no había sido implementado a mediados de 2005 y el segundo sólo parcialmente.

Uruguay. Los independientes tiene cobertura voluntaria en el seguro social (BPS); los no calificados ni profesionales representaban 16,7% del empleo en 2002 pero sólo 3,5% de los cotizantes al BPS (13% de ellos cotizaba, contrastado con 50% entre los independientes calificados o profesionales); los porcentajes respectivos del servicio doméstico eran 7,2% y 3,5, y 31% cotizaba (Bucheli 2003). Los independientes que no se aseguran voluntariamente por falta de recursos, reciben atención por el subsistema público ya sea gratuitamente (previa prueba de ingreso) o subsidiada de acuerdo con sus ingresos (Ferreira-Coimbra y Forteza 2004). En 1999, 92% de los hogares cuyo jefe era un trabajador independiente estaba cubierto pero 45,4% por el ministerio, sólo 13,6% a través del seguro social (BPS), 28,2% por afiliación voluntaria a las IAMC y 4,8% por seguros parciales o emergencias y otros seguros sociales (AISS 2003a). Según la última encuesta de hogares, 26,3% de los hogares que tenían servidores domésticos los tenían registrados en el seguro social y 73,7% no estaba registrado (INE 2005).

Venezuela. El sector informal aumentó de 37,4% a 52,4% de la fuerza de trabajo entre 1992 y 2000; los trabajadores por cuenta propia no profesionales constituían el 29% de la fuerza laboral en 2000 y tienen afiliación voluntaria al seguro social, por lo que su cobertura debe ser muy baja (D'Ella 2002). La ley orgánica de seguridad social de 2002 estipuló una posible ayuda fiscal a los trabajadores por cuenta propia de bajo ingreso pero el proyecto de ley de salud les impone una cotización que es la suma de las de los trabajadores asalariados y sus empleadores (6,25%), cuatro veces el porcentaje de los asalariados (1,56%) haciendo aún más difícil su incorporación (LOSSS 2002; RBV 2004; González 2005).

6. Dificultades para estimar la cobertura y compararla antes y después de la reforma

En esta sección se resumen los problemas encontrados para estimar la cobertura de la población, así como compararla antes y después de la reforma. Las series estadísticas más largas y confiables son las de Costa Rica, disponibles antes y después de la reforma sobre el seguro social, el ministerio no tiene cobertura y el subsector privado se estima como un residuo. Las cifras peores son las de Venezuela donde no se pudo hacer un estimado siquiera grueso de cobertura, y no hay cifras en Cuba. Sólo se pudo hacer estimados gruesos en Bolivia, Ecuador, Haití (el último censo de población es de 1981 y no hay encuestas de hogares, el estimado grueso de cobertura es sólo del primer nivel pero hay estimados mucho menores), Perú (no hay estimados siquiera gruesos de la cobertura de la población total por los tres subsectores antes de la reforma y sólo un estimado grueso en 2002), y República Dominicana (hay contradicciones en las cifras de asegurados y no asegurados). Otros problemas encontrados fueron: ausencia de estimados de cobertura efectiva del

subsector público (Argentina, Brasil, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay); dificultad o imposibilidad de estimar el subsector privado (Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Uruguay) y la categoría "otros" (Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras); sobreestimación por doble cobertura del seguro social y/o la total (Argentina, Colombia, Guatemala, Paraguay); contradicciones serias en estimados aún en un mismo año de los no asegurados (Colombia, Honduras, México), y cifras muy viejas (Ecuador, Bolivia). Con respecto a la comparación de la cobertura antes y después de la reforma, sólo hay una observación en nueve países; y cambios en la afiliación entre los subsectores o regímenes antes y después de la reforma (Colombia), o multiplicidad de seguros antes de la reforma (Chile) que impiden la comparación. Sigue el análisis de los países.

Argentina. Los cambios de afiliados en los tres subsectores a través del tiempo dificultan la comparación; además, no hay estadísticas que determinen con certeza si toda la población está cubierta, debido a los problemas siguientes: (a) las cifras se ofrecen separadas por los tres subsectores, con frecuencia son confusas y están desagregadas de manera distinta, hay estadísticas contradictorias para un mismo año o que muestran tendencias antagónicas a mediado plazo, las fuentes y la presentación de la cobertura por los tres subsectores es diversa y no comparable a través del tiempo: censos de 1991 y 2001, encuestas de condiciones de vida e información del Ministerio y la Superintendencia; (b) es difícil obtener información completa y transparente de las OS y la doble cobertura por éstas y las prepagas o mutuales hace difícil determinar en que subsector incluir a los afiliados;[75] (c) no parece haber un estimado confiable de la población que está efectivamente cubierta por el subsector público, porque éste se divide entre provincias y algunos municipios, con muy diversos niveles de desarrollo, salud y cobertura (incluye a los pobres en las zonas urbanas marginales y áreas rurales de las provincias menos desarrolladas); (d) la población cubierta por el subsector privado envuelve una amalgama de agentes muy heterogéneos (prepagas, mutuales, asociaciones de profesionales, proveedores independientes, etc.), es imposible desagregarla y combina un segmento de alto ingreso y buena cobertura y otro de pago de bolsillo;[76] (e) se carece de información sobre la población cubierta por las fuerzas armadas, el congreso, el poder judicial y las universidades nacionales, y (f) aparentemente sólo un 41% de los afiliados en las OS era cotizante activo en 2003-2004 y hay que indagar si todo el restante 59% tenía derecho a las prestaciones (parcialmente basado en Centrángolo y Devoto 2002; ver también sección F-3).

Bolivia. Los estimados de cobertura total varían de 66% en 1997 a 95-100% en 2000, debido a que no se sabe con certeza cual es la población efectivamente cubierta por el subsector público; ésta aparentemente aumentó de 30% en 1997 a 65-70% en 2000, pero la inmensa mayoría sólo tiene protección por el paquete básico focalizado en el grupo materno-infantil. Los estimados de cobertura de los otros subsectores en 2000 variaban hasta 10 puntos porcentuales en un mismo documento.

Brasil. Los dos estimados de cobertura (en 1998 y 2003) dan porcentajes exactos sobre la población cubierta por planos de salud privados, la cobertura del subsector público-seguro social es un residuo, y no hay información desagregada de otros. Existe consenso de que hay cobertura universal, aunque basado en la encuesta de 1998 un experto consideró que 15% de la población no tenía acceso efectivo (ver sección A-7)

Colombia. Se encontraron seis problemas para comparar la cobertura antes y después de la reforma: (a) en 1993 había cerca de 1,000 entidades de seguros sociales de salud, no existían

[75] Los estimados del total cubierto por las OS varían considerablemente, incluso en un mismo autor, por ejemplo, 18,8 y 22,9 millones en 1991 (Flood 1997: 29 y 38). Se ha estimado que la cobertura en las OS en 1996 era 30% menor a las cifras oficiales (Tafani 1997).

[76] Los estimados de cobertura del subsector privado varían, por ejemplo, 10% en 1990 y 6% en 1991 (Jack 2000; Centrángolo y Devoto 1991); 10% en 1995 (Mesa-Lago y Bertranou 1998), y 11,5% más 7,8% en "otros" (sin especificar) en el mismo año (OPS 2002a).

estadísticas consolidadas y confiables de afiliados en todas ellas, y el cambio de sistema de recaudación provocó una pérdida de parte de la información disponible en dichas instituciones; (b) alrededor de la mitad de la población no cubierta por dichos seguros estaba a cargo del sector público (nación, departamentos y municipios) pero no aparecía como afiliada y no estaba contabilizada; (c) el grupo a cargo del sector público antes de la reforma aparece después de la misma como "afiliado" generalmente en el régimen subsidiado, pero la población no afiliada de escasos recursos continúa "vinculada" a los hospitales públicos y puede recibir atención de estos, como antes de la reforma; (d) el año de inicio de la reforma es impreciso porque aunque la ley se promulgó a fines de 1993, el año 1994 se dedicó a dictar los reglamentos y organizar el régimen contributivo y éste no comenzó hasta 1995, mientras que el régimen subsidiado se pospuso y no se inició hasta 1996; (e) las encuestas que midieron la afiliación y el acceso a la salud en 1993 (Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica: ECSE) y 1997 y 2000 (Encuesta Nacional de Calidad de Vida: ENCV) fueron tomadas por entidades distintas (DNP y DANE) y sus preguntas eran diferentes, factores que pueden haber afectado a los resultados, y (f) no existe una serie estadística consistente de afiliados (contributivos y subsidiados) para el período 1997-2002 y hay numerosas contradicciones en las cifras existentes (Castaño y otros 2001; Felizzola 2002; Martínez y otros 2003; ver también Anexo 2). Además, las estadísticas de cobertura bajo la reforma en Colombia adolecen de defectos importantes. Una conocida experta en salud afirma que "las estimaciones de la ampliación de la cobertura de ambos regímenes son polémicas" y una razón es la duplicación de las cifras de afiliación que sobreestima la cobertura (Sojo 2001a: 145). Por varios años no se hizo un cruce de la información entre todas las aseguradoras, los dos regímenes, y esquemas exceptuados, que hubiese controlado la doble afiliación (Martínez y otros 2003). En 1999 el Ministerio de Salud reportó que había 13,6 millones de afiliados en el régimen contributivo (MINSALUD 2000) pero la Superintendencia de Salud encontró que 1,8 millones de ellos tenían doble afiliación, por lo cual redujo el número de afiliados a 11,8 millones (SNS 2000). Si la misma corrección de 13,5% se hubiese aplicado a los afiliados en el régimen subsidiado, el porcentaje de la población afiliada hubiese decrecido de 55,4% a 47,9%. La imprecisión de la base estadística ha generado diferentes estimados de afiliación total como porcentaje de la población, por ejemplo, en 1997: 45,4% por la OIT, 54,4% por el gobierno de la nación, y 57,2% por la ENCV, una diferencia extrema de 11,7 puntos porcentuales (Jaramillo 1999). Por último, el aumento de la afiliación en el régimen contributivo no ha sido acompañado por un incremento similar de cotizantes, de hecho la brecha entre ambos se ha expandido y también la sobreestimación de la cobertura (Uthoff, Titelman y Jiménez 2003). En 1997 había 11,6 millones de afiliados pero sólo 5,5 millones de cotizantes (Martínez y otros 2003); así pues, la cobertura basada en afiliados era 29,2% de la población de 39,7 millones, pero disminuía a 13,9% basada en cotizantes.[77]

Chile. Los estimados antes de la reforma no son precisos porque existían unos 35 programas de enfermedad-maternidad: los obreros, los independientes y los indigentes eran cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (SNS); los empleados públicos y privados por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA); las fuerzas armadas y la policía, la Universidad de Chile, y otros grupos por programas separados, así como por seguros privados y atención directa. Después de la reforma, la unificación de los programas públicos y una mejor identificación de los inscritos así como el registro de las ISAPRES los cálculos son mucho más precisos. No obstante, ya se ha apuntado la falta de información sobre el grupo de "otros" que no se sabe con certeza donde recibe atención.

[77] La OPS (2005) reporta el mismo problema: en 1998 había 16,1 millones de afiliados pero 4 millones dejaron de cotizar o se salieron de los sistemas de información de personas por las cuales las EPS pueden cobrar unidades de pago por capitación, "así que la cobertura efectiva es mucho menor." Otra estimación de la cobertura del régimen subsidiado se basa en el paquete mínimo de prestaciones que sus afiliados reciben, la mitad del recibido por el régimen contributivo, por lo que la cobertura del primero es solo parcial y en 1999 era 11% en vez de 22% (Martínez y otros 2003).

Guatemala. Los cálculos de la cobertura total fluctúan entre 72,6% y 81,2%; la del seguro social está sobreestimada (entre 40% y 50% en 1993), porque no se ha depurado por completo el registro a fin de sacar a antiguos afiliados que dejaron la fuerza de trabajo y las cifras de dependientes no se basan en el registro sino son estimados basados en un coeficiente de dependientes por asegurado; la cobertura del ministerio se estimó en 2000 entre 26% y 54%, la del paquete básico otorgado por las ONG's entre 26% y 33,6%, y la de los seguros privados entre 0,2% y 5%; debido a que las coberturas de los tres subsectores muchas veces están solapadas, también ocurre sobreestimación.

Honduras. Las dos cifras gruesas de la población sin cobertura alguna en 2000-2001 tienen un rango enorme: 18% y 40%, lo mismo ocurre con la cobertura del subsector privado 1,5% y 10%, y no hay estimados de la cobertura efectiva del subsector público; en el seguro social las cifras de cobertura están afectadas porque no hay un sistema integral de afiliación e identificación de todos los beneficiarios, aunque en 2003 se estaba trabajando en un carné para todos los afiliados (Durán 2003).

México. El estimado total de cobertura está sobrestimado debido a doble cobertura de parte de los asegurados; aunque una serie muestra una tendencia declinante en el porcentaje de no asegurados, otra indica lo contrario.

Nicaragua. Sólo hay un estimado grueso de cobertura total para 2001; el único estimado de cobertura del subsector público no muestra cifras y es dudoso; la cobertura del seguro social es más confiable pero hay que separar los asegurados que tienen derecho al programa de enfermedad-maternidad de los que sólo están cubiertos por pensiones; no hay estimados de cobertura de todo el subsector privado.

Panamá. Los estimados de cobertura del seguro social se basan en el número de asegurados que aportan al menos una cotización en el año; en 2003 dicho número fue 652,020, pero basado en el promedio actual de 9,5 cotizaciones en ese año, el número de asegurados fue 516,183, un 21% menor (CSS 2004); el Cuadro 3 sugiere que la reforma tuvo un impacto positivo inicial en la extensión de la cobertura del seguro social pero la tendencia anterior también era ascendente, más aún, después de 2000 la cobertura descendió.[78]

Paraguay. No se conoce la cobertura efectiva del subsector público, la encuesta de 1999 la dio como 42% y la de 2000-2001 como 33%, también se ha estimado que el ministerio cubre al 60% de la población pero su cobertura efectiva es 30-35% (ver Cuadro 3 y sección A-2); la cobertura del seguro social está sobrestimada por deficiencia del registro, un cálculo dudoso de la razón de familiares dependientes por asegurado, y sobrestimaciones de los pensionados y de los veteranos de la Guerra del Chaco (Cruz-Saco y Mesa-Lago 1994); no obstante en 2005 se estaba depurando el registro de asegurados (IPS 2005); no hay estimados fidedignos de la cobertura por el subsector público; el grupo excluido de protección se estima en un mismo documento como 30% y 38% (OPS 2005a) y por otro entre 30% y 40% de la población y más del 40% de la población (Ramírez 2004: 245).

Uruguay. El desglose diverso de las cifras obstaculiza las comparaciones; las estimaciones del subsector público son poco exactas; hay dificultad para asignar los afiliados en las IAMC entre seguro social y privado; hay cobertura doble del subsector público y otros con seguros parciales o emergencias móviles y de las IAMC con emergencias móviles; es imposible estimar la cobertura privada de manera precisa; la cobertura total después de 1999 excluye a la población rural y por ello aumenta.

[78] Los factores que han incidido en el descenso de la cobertura son: el estancamiento económico en 2000-2002, el aumento del desempleo de 14% en 1999 a 16,5% en 2002, el crecimiento del sector informal de 36% de la fuerza laboral en 1992 a 42,6% en 2002, y el agravamiento de la evasión y la morosidad (CEPAL 2003b; OIT 2003).

Venezuela. Las cifras de cobertura del seguro social están sobreestimadas, no hay estimados de la cobertura efectiva del ministerio (sólo como un residuo), ni tampoco de la cobertura del subsector privado, de ahí que no fue posible hacer un estimado de la cobertura total.

7. Acceso y utilización

El estudio comparativo de la OPS en seis países de la subregión andina concluye que en ninguno de ellos "se muestra evidencia de que la reforma haya tenido alguna incidencia sobre... los cinco indicadores seleccionados para evaluar el acceso, ni los tres seleccionados para medir el uso de los recursos de salud" (OPS 2002c: 23); el estudio similar sobre siete países centroamericanos no ofrece conclusiones sobre el acceso (OPS 2002b).

En este estudio no se pudo obtener información sobre acceso en tres países (Panamá, República Dominicana y Venezuela) y la información conseguida de los otros 17 países es muy diversa. Las encuestas de hogares tomadas en 2001-2003 muestran un rango de 4-68% en el porcentaje de la población que habiéndose enfermado o accidentado no procuró atención; dicho porcentaje aumenta según se pasa del grupo pionero-alto al intermedio o tardío-bajo: 4-7% en Uruguay, 30-37% en México, 40% en El Salvador, 48% en Bolivia, 51% en Paraguay, 56% en Perú y 62% en República Dominicana. Las razones más frecuentemente dadas para no atenderse (se intentó ponerlas en orden, pero éste varía en siete países: Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Paraguay, Perú, Uruguay) fueron: falta de dinero, unidad de atención muy lejana o larga cola o espera, automedicación o utilización de remedios caseros, dolencia percibida como menor, falta de atención o atención deficiente o mal servicio o no tenía confianza en el mismo, falta de medicinas o médico o servicio, muy cara la atención (cuota de uso), no le dieron turno o no lo atendieron o los trámites eran complejos y falta de información. De los que consultaron, la mayoría acudió al subsector público (en México 55% de los asegurados fue al seguro social), pero 54% recurrió al subsector privado en Paraguay (parte a medicina tradicional y automedicación), 41% en Honduras, 32% en la República Dominicana, 26% en Brasil, 23% en México (entre los no asegurados) y 8-11% en Bolivia, El Salvador y Perú; la proporción menor (con una excepción) se atendió en el seguro social; 48% se trató por medicina tradicional en Bolivia y 40% en El Salvador. En vista a la alta incidencia de pobreza en la mayoría de estos países, es abrumadora la necesidad de pagar medicina privada (incluyendo la tradicional) por falta de acceso a los subsectores público o de seguro social. En Chile, las ISAPRES privadas no garantizan el acceso en enfermedades catastróficas, restringen el acceso por enfermedades preexistentes, excluyen ciertas patologías y fijan topes al reembolso.

Información de algunos países indica que el acceso en las zonas rurales es mucho menor que en las urbanas y la capital (Bolivia, Colombia, Haití); el acceso medido por encuestas es inferior a la cobertura formal o en el seguro social (Bolivia, Brasil); el acceso de los que tienen recursos es inmediato pero los que no tienen recursos deben esperar largo tiempo (Chile); hay una alta correlación entre el ingreso y el uso de los servicios (Perú); y el acceso de los familiares dependientes es muchísimo menor que el de los asegurados (Nicaragua, debido a las restricciones impuestas a cónyuges e hijos). El acceso de la población indígenas es el peor en varios países: en Bolivia 30% usa la medicina tradicional o autotratamiento y sólo 15% la medicina convencional; en Guatemala tiene la mitad del acceso al seguro social que la población no indígena; en los dos departamentos en Paraguay donde hay la mayor concentración de indígenas, el 90% recurre a la medicina tradicional 68% no acude al puesto de salud y 78% no se atiende con un médico; y en Costa Rica, donde sólo 1,7% de la población es indígena, ésta sufre la incidencia de pobreza mayor y las peores carencias en salud: 54% no tiene acceso a agua potable en la vivienda y 79% no tiene tanque séptico.

Evidencia de varios países muestra que el paquete básico ha sido un factor importante en facilitar y extender el acceso, pero con ciertos problemas: persisten las barreras geográficas y

étnicas (Bolivia); no hay acceso adecuado a medicinas (Argentina, Brasil, Colombia); ha mejorado el acceso al primer nivel, salvo en la región más pobre, pero hay dificultades con la referencia y contrarreferencia (Costa Rica); un tercio de la población no tiene acceso (Brasil). En Cuba 99% de la población tiene acceso al primer nivel de atención a través del médico de familia pero éste carece de medicinas básicas; en Haití la meta del paquete básico para 2008 es cubrir 4,4% de la población; en México se afirma que los programas públicos y de seguro social focalizados en los pobres redujeron la población sin acceso de 11% a 0,5% entre 1999 y 2003, pero la meta del nuevo seguro popular de salud es dar acceso a 10% de la población en 2010. A continuación se hace el análisis de los países.

Argentina. Aparentemente toda la población está cubierta pero en 2002 el 84% de la población bajo la línea de pobreza sólo accedía a los servicios públicos y el 45% adquiría medicamentos con sus propios recursos (OPS 2005a). La reforma puso énfasis en la atención primaria en las provincias y en la focalización en los más pobres y atención materno-infantil, pero los hospitales descentralizados comenzaron estos programas en 2000, justo cuando surgió la crisis económica en las provincias, lo cual impidió su generalización (Medici 2000).

Bolivia. Sólo 52% de la población enferma en 1999 se atendió institucionalmente: 34% en el subsector público, 10% en el privado y sólo 7% en el seguro social; el restante 48% se atendió por medicina tradicional o se automedicó en farmacias (Narváez 2002). Las proporciones de cobertura en 1997 eran 30% en el público, 25,8% en el seguro social y 10,5% en el privado lo cual sugiere que el acceso real es mucho menor que la cobertura en el seguro social. El objetivo del paquete básico (SBS) es el acceso universal y el mismo aumentó de 33% a 52% de la población entre 1996 y 2000; no obstante se reporta la persistencia de barreras geográficas, culturales, étnicas y relacionadas con la capacidad de respuesta, especialmente en el área rural (OPS 2005a). Así, mientras que 86% de los partos urbanos fueron atendidos institucionalmente en 1998, 39% de los partos rurales fueron atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares, y el restante 61% por parteras o chamanes (Narváez 2002). En 2001 la atención del parto por personal calificado era de sólo 23% en el quintil más pobre y ascendía sostenidamente hasta 89% en el quintil más rico (Banco Mundial 2004). Según el censo de 2000, 62% de la población total es indígena, 67% es pobre, 78% de sus hogares carece de agua potable y 72% de servicios sanitarios, los indígenas sufren una tasa de mortalidad infantil muy superior al promedio nacional. En 2000 30% de la población indígena usaba medicina tradicional o autotratamiento y sólo 15% medicina convencional (Valenzuela 2004). La mitad de los partos de las mujeres indígenas no eran en instituciones de salud (una mitad de la tasa de los partos de mujeres no indígenas) y se atendía por parteras tradicionales o chamanes; la población indígena tenía una incidencia de diarreas y enfermedades respiratorias agudas en niños menores de 5 años superior a la de la población no indígena (Banco Mundial 2004). Una encuesta tomada en 1999 encontró que mientras sólo el 18% de la población urbana estuvo enferma durante las cuatro semanas previas, el 31% de la población rural estuvo enferma y exactamente las mismas proporciones se encontraron entre la población de habla castellana y la de habla indígena; la altísima correlación entre etnicidad y ruralidad también se demostró porque 71% de la población rural es indígena. Del total de enfermos que no recibieron atención 44% eran de habla castellana y 56% de habla indígena. El 12% de los enfermos en el área urbana se atendieron en alguna caja de seguro social (y otro 16% en el subsector privado), pero sólo 1% de los enfermos en el área rural fue atendido por el seguro social. En el área rural la atención es esencialmente por el subsector público a través de centros y postas de salud y el programa de seguro básico de salud (Narváez 2002).

Brasil. El acceso y calidad de los servicios públicos varían ampliamente sugiriendo que el sistema es insuficiente para satisfacer las necesidades de los pobres (Jack 2000). Afirma un experto brasileño: “No se tiene una medida exacta del acceso de la población al sistema de salud, lo cual hace imposible inferir la necesidad de extensión de recursos” (Biasoto 2004a: 35). En 1998 una encuesta estimó que 15% de la población no tenía acceso efectivo aunque lo tuviese formal, debido a falta de servicios en su vecindad, o de recursos para pagar transporte o las cuotas de uso o por las

largas colas o la falta de médico, ese porcentaje "que queda sin cobertura real o trata de acceder…por medio del pago directo de su bolsillo… por lo menos 7% de los pobres no son usuarios del SUS." Los que carecen de aseguramiento privado continúan enfrentando la escasez de servicios disponible para las patologías, las largas listas de espera para la atención, hospitales públicos con recursos insuficientes y las dificultades de acceso a los servicios básicos en ciertas zonas (Medici 2002a: 2-3, 30-31). Un gran desafío es extender la atención primaria a todas las ciudades y zonas metropolitanas del país y avanzar aún más en jerarquizar el sistema para incrementar el acceso. Este ha sido extendido por el paquete básico y programa de salud de la familia, pero se estimó en 2003 que un tercio de la población no tenía acceso a las medicinas; la introducción de medicamentos genéricos no ha resuelto el problema de los pobres porque estos no tienen ni siquiera los recursos para comprarlos a pesar de tener precios más bajos (Biasoto 2004b). La encuesta de hogares de 2003 encontró que de las personas que habían sufrido enfermedad o accidente y se habían atendido, 56,9% lo habían hecho en el SUS, 26% a través de planes o seguros privados, 14,8% habían pagado directamente por los servicios y 2,3% no sabía o no contestó; la naturaleza del servicio de atención fue 60,4% público y 24,5% privado (IBGE 2005); estas cifras sugieren que la cobertura pública es menor que el 74,5% reportado, mientras que la cobertura privada es mayor que el 24,5% reportado.

Colombia. Entre 1993 y 1997 no ocurrió un aumento significativo en la utilización de los servicios en los departamentos (salvo una caída significativa en Bogotá y un aumento significativo en San Andrés). Si realmente hubiese ocurrido un aumento en la cobertura debió también incrementarse la utilización. En 1993 77% de los habitantes urbanos tenía acceso cuando lo necesitaba comparado con 58% entre los habitantes rurales; en 1997 se mantenía la brecha, así las proporciones respectivas eran 79% y 60% (Castaño y otros 2001). Es obvio que subsisten barreras geográfico-culturales, a más de falta de información y conocimiento de los derechos por la población, pero también carencia de recursos. Una encuesta del régimen subsidiado encontró en 1997 que, entre los listados como afiliados, 88% dijo estar afiliado, pero 40% no sabía que era dicho régimen y 30% de los pobres respondió que no estaba afiliado (por el contrario la mitad de los subsidios estaba asignado a la población no pobre). Entre los identificados con derecho potencial, sólo la mitad estaba afiliado, 31% de los afiliados no conocía sus derechos y 20% no sabía como acceder a ellos; 17% enfrentaba barreras geográficas de acceso y 16% barreras culturales, mientras que 16% dijo no tener recursos para pagar los servicios aunque se supone que estos son gratuitos para los pobres (Jaramillo 1999). Según la ENCV de 1997, la falta de utilización de servicios entre toda la población en 1997 se debió principalmente a falta de dinero entre afiliados (33%) y no afilados (58%). Una encuesta de 1998 encontró que 68% de los afiliados en ambos regímenes no usaba los servicios por falta de recursos monetarios (Felizzola 2002). Según una encuesta tomada por la Defensoría del Pueblo en 1999, 69% de los entrevistados dijo estar afiliado y 31% no tener ningún tipo de afiliación; entre los que dijeron estar afiliados un 88% contestó que la institución a la que pertenecía le había facilitado el acceso, mientras que 12% respondió negativamente (Málaga y otros 2000). En 2003 la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) detectó las causas de por qué personas enfermas no habían solicitado atención médica: 39,3% por falta de dinero, 37,1% porque la dolencia era leve y el restante 23,6% por las razones siguientes: no tuvo tiempo, el centro de atención estaba muy lejos, mal servicio, falta de confianza en los médicos, trámites excesivos o no lo atendieron (*Salud Colombia* 2003). Encuestas tomadas en 1997 y 2003, detectaron los siguientes problemas de acceso: (a) el 47% de los afiliados no recibió o le entregaron sólo parte los medicamentos prescritos, los del régimen subsidiado sufrieron dicha carencia en proporciones mayores que en el contributivo (el número de los medicamentos incluidos en el POSS es menor que en el POS); (b) 46% de los afiliados tuvo una consulta preventiva anual y 32% de los no afiliados, el 20% salió de la consulta sin conocer la naturaleza de su padecimiento y 50% sin información para mejorar los hábitos sanitarios; (c) al 42% les fue negado o demorado injustificadamente el servicio de urgencias, causa constante de quejas y reclamos de usuarios; (d) 41% de los afiliados sufrió demoras de más de ocho días para la consulta, mientras que 39% demoras en cirugía superior

a los 15 días autorizados (el 62% de los médicos especialistas se concentra en las cuatro ciudades mayores, 41% de ellos sólo en Bogotá), y (e) los afiliados al ISS no son vacunados por las proveedoras que deben dar este servicio (Málaga y otros 2000; *Salud Colombia* Nº 71 2003). Varios de estas fallas son consideradas preocupantes por la OPS (2005).

Costa Rica. Un estudio comparando 1994 y 1998 indicó que la reforma había mejorado el acceso geográfico al primer nivel de atención a través de los EBAIS, el acceso era en el mismo día y prácticamente igual en las zonas urbanas y rurales (en término de promedios de distancia al establecimiento más cercano), se habían aumentado las horas que los médicos estaban disponibles, y mejorado la cobertura en la atención prenatal y de la niñez. Pero en 2001 persistían problemas con los mecanismos de referencia y contrarreferencia a los niveles superiores, ya que sólo 28% de los EBAIS monitoreaban y daban seguimientos a las mismas. Los niveles secundario y terciario han extendido las horas de operación y subcontratado con servicios privados (en radiación, oftalmología, patología) aunque estas medidas no han reducido las largas listas de espera (ver sección E-7). Contradiciendo el estudio de 1994-1998, dos evaluaciones de la atención del primer nivel por los EBAIS, conducidas por el ministerio en 2000 y 2001, mostraron que la región de Brunca (la más rezagada en cuanto pobreza, empleo y educación) se ordenó peor y sin cambio entre las dos evaluaciones: el primer nivel de atención se calificó de baja calidad, así como la atención integral del adulto mayor y del adolescente, y la aplicación de normas y procedimientos. La población indígena constituía sólo 1,7% de la población total en 2000, una quinta parte procedente del extranjero y el resto de etnia nacional; este grupo sufre la incidencia de pobreza mayor y las peores carencias en salud: 54% no tiene acceso a agua potable en la vivienda y 79% no tiene tanque séptico; no hay información sobre su acceso a los servicios de salud (Programa Estado 2002).

Cuba. Toda la población tiene acceso al SNS que es gratuito excepto: las medicinas a los pacientes no hospitalizados, las prótesis auditivas, dentales y ortopédicas, los sillones de ruedas, muletas, artículos similares y los lentes que deben ser comprados por las familias con gasto de bolsillo, auque se informa que hay ayuda para las personas de bajo ingreso. La crisis de los 90 tuvo un impacto adverso en el acceso y calidad de los servicios (ver sección D- 3). Para enfrentar estos problemas, la reforma de los años noventa intentó facilitar el acceso con la extensión del "Plan de Médico de Familia". Este programa creado en 1984 ofrece atención primaria, prevención y promoción de la salud con un médico y enfermera permanentes que atienden 111 familias en su área; el número de dichos médicos se incrementó y, en 2001, 46% del total de los médicos eran de familia y atendían al 99% de la población en el primer nivel, además se hicieron más flexibles las horas de atención en las oficinas de dichos médicos (Benítez 2003; OPS 2005a). Pero los médicos de familia usualmente carecen de muchas medicinas del cuadro básico por lo que un objetivo de la reforma es desarrollar los medicamentos herbolarios y la medicina tradicional y la acupuntura (Mesa-Lago 2003a).

Chile. Los que disponen de recursos tienen acceso oportuno a los servicios pero los que no disponen o están en los grupos de menor ingreso deben esperar largo tiempo para acceder a los servicios. Según la encuesta de hogares de 2000, entre los que no se atendieron cuando estaban enfermos o accidentados, 15,2% no lo hizo en el quintil más pobre porque no tuvo dinero pero sólo 6,% en el quintil más rico, mientras que 4,9% y 2,9% respectivamente no lo hicieron porque no pudieron llegar, y 5,8% y 1,9 porque no le dieron hora (Urriola 2005). La red del sistema público alcanza a toda la población, excepto en algunos poblados en el norte o muy rurales en el sur; en las poblaciones rurales, las condiciones geográficas, climáticas, de transporte y comunicación son importantes barreras para el acceso a la atención de urgencia, así como la atención oportuna de mediana complejidad; la atención curativa no está garantizada para todos y hay largas listas de espera en los hospitales y para prestaciones complejas (OPS 2005a). En el sistema privado no hay seguridad de mantener el acceso ante un evento catastrófico de salud u hospitalización o tratamiento intensivo, en peor situación estaban los jubilados pues hasta 2005 el sistema privado no garantizaba la atención a los ancianos (Sánchez y Zuleta 2000). Las ISAPRES tienen la facultad de cambiar

anualmente las condiciones de cobertura o acceso y costo del plan y han establecido múltiples restricciones al acceso: períodos de carencia en que el usuario no tiene derecho a las prestaciones o éstas tienen un nivel inferior al establecido en el plan; períodos de espera para enfermedades preexistentes al contrato y el embarazo, las cuales son excluidas o se les aplican reembolsos menores a los acordados en el plan;[79] exclusiones de la cobertura de ciertas patologías, y topes de reembolso o gasto máximo, por encima del cual sólo se conceden las prestaciones mínimas legales. "Las ISAPRES no funcionan como verdaderos seguros de salud sino como aseguradoras donde los afilados son cubiertos mientras puedan solventar sus gastos mediante las cotizaciones y los pagos de bolsillo" (Titelman 2000: 20-21, 27). Los gobiernos democráticos han introducido medidas para mejorar el acceso, tales como la vacunación gratuita contra la influenza; llamadas telefónicas gratuitas para otorgar citas de atención primaria; nuevos servicios de atención primaria de urgencia; el programa para reducir la lista de espera en los hospitales; las salas de hospitalización abreviada; los préstamos de salud, etc. (Barrientos 2000; OPS 2005a; Urriola 2005). La ya citada ley de 2004 establece el programa que otorga un paquete mínimo de prestaciones garantizadas para toda la población (ver sección D-1).

Ecuador. No hay información sobre acceso pero se ha visto que el seguro social se concentra en las ciudades más importantes, mientras que la cobertura en las provincias más rurales y aisladas es minúscula. El seguro campesino provee atención primaria en áreas rurales, pero la selección de su ubicación no se basa en indicadores de pobreza y bajos niveles de salud, sino en la factibilidad en cuanto al tamaño de la comunidad e instalaciones existentes; la comunidad debe solicitar el establecimiento del SSC pero ello requiere un mínimo de organización del cual carecen aquellas con poca población y capacidad de movilización.

El Salvador. Toda la población teóricamente tiene acceso a las instalaciones públicas. Según la encuesta de hogares de 2001, de las personas que se enfermaron o accidentaron, 40% se automedicó o no consultó (por falta de recursos o por lo leve de la enfermedad) y 60% consultó distribuido como sigue: 39,5% en el ministerio, 6.5% en el seguro social, 10,8% en hospital o clínica particular y 3,2% en farmacias, ONG's, curanderos o medicina natural, casa del enfermo o vecino, y otros. Del total de la población, 81,5% no tenía seguro social o privado, de manera que debía acudir al ministerio; los que no consultaron con el ministerio dieron las siguientes razones: 42,6% no fue necesario, 22% falta de atención o mala atención, 16,7% es muy caro (cuotas de uso), 5,4% no hay medicina o personal capacitado, 3,2% no hay servicio cerca, 3,1% no cree o confía en la medicina o prefirió curarse con remedios caseros, y el 7% restante por otras razones (DIGESTYC 2002).

Guatemala. La población rural e indígena sólo puede tener acceso al subsector público pero éste carece de recursos para dar cobertura a los mismos. La encuesta nacional de 1999 mostró que la proporción de hogares cotizantes al seguro social (IGSS) es el doble en los hogares no indígenas que en los indígenas y más del doble en los hogares urbanos respecto a los rurales; también se observó que los hogares indígenas y rurales, en todos los niveles de ingreso, utilizaban los servicios del IGSS aproximadamente una mitad que los hogares no indígenas y urbanos. Por último, 98,4% de los seguros de salud privados están en la capital y virtualmente todos cubren a la población no indígena (Durán y Cercone 2001; OPS 2005a).

[79] Se establece un período hasta de 18 meses en donde puede haber restricciones a la cobertura de enfermedades preexistentes declaradas y de cinco años para las no declaradas, después de pasado dichos períodos se trata a dichas enfermedades como el resto. Por otra parte, las ISAPRES no practican exámenes médicos a los solicitantes por no considerarse costo-efectivas, ni tampoco la identificación de hábitos no saludables como el tabaquismo y el alcoholismo lo cual genera subsidios cruzados de los sanos a los enfermos (Bitrán y Almarza 1997). Desde julio de 2005, no se considera exclusión la omisión accidental de no declaración de enfermedad preexistente por el afiliado o cuando éste no ha reclamado atención durante un período de 5 años en caso de patologías preexistentes (Ley 20,015).

Haití. Las escasas cifras sobre acceso a los servicios indican sus severas limitaciones: el programa de inmunización no excede a 40% de la población y sólo 18% en algunos departamentos; la cobertura de los niños con las tres vacunas principales (incluyendo DPT) era de 58% en 1999; 75% de los nacimientos toman lugar en el hogar y no más de 30% son atendidos por personal entrenado (OPS 2005a). El acceso a los servicios básicos en los municipios es extremadamente bajo fuera de la capital, un problema agravado en el último decenio incluso en la atención prioritaria materno-infantil. El paquete básico financiado por el BID para 2004-2008 tiene como meta 100,000 personas en 2006 o 1,2% de la población y 350,000 en 2008 o 4,4% de la población (BID 2004). El marco de cooperación (ICF) de los donantes externos fija como metas: extender el paquete básico a 2,5 millones de personas, "en el corto plazo", con prioridad a la nutrición de niños, mujeres embarazadas, discapacitados y otros grupos vulnerables; vacunar con DTP3 a 40% de los niños menores de un año en 5 distritos de salud, inferior al nivel reportado en 1999 (Republic 2004).

Honduras. Casi 80% de la población estaba excluida del seguro social en 1999, concentrada en los dos quintiles de menor ingreso, en la áreas rurales y en sector agropecuario (debido a su dispersión y distancia al centro de atención), y en las empresas con menos de 5 trabajadores. A mayor el ingreso más la atención por consultas; del grupo excluido, 14,5% consultó, 59% en el subsector público y 41% en el privado. Entre los asegurados en el IHSS 39% no utilizaba sus servicios, posiblemente recurriendo al subsector privado, pero también pueden acceder a los servicios del ministerio, que deberían estar reservados a los grupos de menor ingreso. El Proyecto Acceso iniciado en 2002 intenta mejorar la situación recopilando menor información, realizando diagnósticos y desarrollando la capacidad administrativa local (Durán 2003). No hay información de acceso en el subsector público.

México. Según la encuesta de seguridad social de 2000, del total de la población que se enfermó, 29,6% no procuró atenderse entre los asegurados y 36,8% entre los no asegurados; del 70,4% que buscó atenderse entre los asegurados 55% lo hizo en los cinco seguros sociales, 10,9% en el subsector privado y sólo 1,7% en SSA; mientras que del 63,2% que buscó atenderse entre los no asegurados 27% lo hizo en la SSA y 10,3% en los seguros sociales, pero 22,2% se vio forzado a pagar por servicios privados y 3,6% recurrió a la medicina tradicional y automedicación (ENE-SS 2001). Entre la población no asegurada dependiente del SSA, el promedio nacional de uso aumentó de 26,1% en 1999 a 28,4% en 2003 y se registraban pequeñas diferencias entre los estados en 2003: 28,9% en el distrito federal y 27,7% en Oaxaca, otros estados pobres hacían un uso mayor de los servicios públicos (SSA 2004a). Se aduce que los diversos programas públicos focalizados en los pobres redujeron la población sin acceso a servicios formales de salud de 10 millones en 1995 (11% de la población total) a 3 millones en 1999 (3%) y 500,000 en 2000 (0,5%); por otra parte se informa que el seguro social popular (SSP) cubría a 2 millones en 2004 o cerca de 2% de la población total y su meta es una cobertura de 10% en 2010, de manera que parece haber una cobertura solapada entre varios programas. Además, algunos estados no han ofrecido información clara y precisa sobre el SPS al personal y éste trasmite información confusa a la población que tampoco entiende por que sólo puede recibir un número limitado de intervenciones sanitarias (Nigenda 2005; OPS 2005a, y estimados de cobertura del autor basados en población de CEPAL 2003a, 2005).

Nicaragua. El 40% de la población total no tenía acceso al agua potable y algunas zonas rurales menos del 9%, en cuanto a la disposición de excretas los porcentajes respectivos eran 21% y 32% (OPS 2005a). Hay restricciones fuertes en el seguro social (INSS) a las prestaciones a que tiene derecho la cónyuge del asegurado (sólo maternidad) y los hijos (sólo menores de 6 años); debido a ello la proporción de estos dependientes que utiliza los servicios es muy baja: 70% el asegurado, 27% los hijos y 3% la mujer en 2000 (Quintanilla 2001).

Paraguay. Según el censo de 1992, 40% de los enfermos o accidentados no consultó en ningún servicio de salud por las razones siguientes: 22,4% se automedicó, 13,3% no tenía dinero y

2,8% porque el puesto de salud estaba muy lejos. La encuesta de 2000-2001 mostró un incremento de los que no consultaron a 51,4%; del 48,6% que consultó, 33,3% lo hizo en el subsector público, 12,4% en el seguro social y 54,3% en el subsector privado, pero una parte importante lo hizo con curanderos, farmacias, etc. donde acude el 40% más pobre de la población (Ramírez 2004, 2005a). En los departamentos de Canindeyú y Pte. Hayes, los dos con la mayor concentración de comunidades indígenas en el país; el 90% recurría a la medicina tradicional y en el de Canindeyú 68% no acudía al centro o puesto de salud y 78% no se atendía con un médico (Banco Mundial 2005c).

Perú. Las encuestas nacionales tomadas en 1997 y 2000 detectaron algunos cambios en la atención de la población que declaró estar enferma o accidentada: el porcentaje que consideró no necesaria la consulta disminuyó de 26,5% a 18,5% a par que creció el porcentaje que la consideró necesaria de 73,5% a 81,5%; pero la proporción de los que no pudieron consultar aumentó de 19,5% a 25,6% y la de los que efectuaron la consulta casi no cambió, 54% y 55,9%; declinó de 10,5% a 6,6% la proporción de los que no tuvieron consulta institucional (farmacia, curandero y otros), mientras que aumentó de 43,5% a 49% el porcentaje que tuvo atención institucional. La distribución de estos últimos por subsector aumentó de 25% a 29,5% en el público y de 10,5% a 11,5% en el seguro social (incluyendo fuerzas armadas y policía), y se estancó de 8% a 8,2% en el privado (Manrique 1999; OPS 2005a). Aunque aumentó el porcentaje de los que consideraron necesaria la consulta, también lo hizo el de los que no pudieron consultar, disminuyó el porcentaje de la consulta no institucional y aumentó algo el acceso a la consulta institucional, fundamentalmente la del ministerio focalizada en la población crecientemente pobre, pero con un ligero aumento en el acceso al seguro social del grupo medio, y con un estancamiento del acceso a la consulta privada.

República Dominicana. La encuesta nacional de 2002 mostró que del 28% de la población que reportó estar enferma sólo 38% consultó con un médico, el 62% no consultó porque se atendió o automedicó en el hogar, consideró que no era necesario o carecía de recursos. Entre los que tuvieron problemas de salud los porcentajes mayores fueron en niños menores de 5 años, mujeres, residentes de zonas rurales, y los ubicados en las tres regiones más pobres. De la población que consultó, 53% acudió a un establecimiento público, 32% a uno privado, 6% al seguro social, 4% a una ONG, 1% al hospital militar y 4% a otro establecimiento (Lizardo 2004). Hay una alta correlación entre el nivel de ingreso y la utilización de los servicios de salud; los grupos de menor ingreso se perciben menos enfermos que los de ingreso superiores y consultan mucho menos por falta de recursos; a pesar de ello, la tercera parte del quintil más pobre que se enferma acude a pequeñas clínicas privadas que tienen baja calidad, equipo inadecuado y carecen de personal especializado, pagando de su bolsillo (la forma predominante de pago en el país) y agravando su situación; 61% del gasto familiar se dedica a medicamentos (Rathe 2004).

Uruguay. La encuesta de 1997 sobre el acceso de los pobres a los servicios de salud, encontró que: en 21% de los hogares en la capital y 8% en los otros departamentos había al menos un miembro sin derecho a atención en ninguna institución; entre los hogares pobres crónicos, a menor ingreso mayor dependencia de los servicios del ministerio (61% en Montevideo y 82% en el interior), pero entre los hogares con pobreza reciente era casi idéntica la proporción cubierta por el ministerio y las IAMC. Las razones dadas por la falta de acceso fueron: la pérdida de vigencia del carné del ministerio, la dificultad del trámite para obtenerlo, la carencia de derecho al carné y la falta de ingresos para pagar la cuota a las IAMC. El 93% de los hogares de la capital que percibieron la necesidad de atención médica (96% del interior) consultaron y recibieron atención, un porcentaje muy alto; el pequeño porcentaje que no consultó dio como razones: demora para obtener la cita con el médico, auto medicación y poca importancia de la enfermedad (Quijano 2002).

8. Causas de la falta de cobertura e incumplimiento de las metas

La baja cobertura real en muchos países se debe a factores externos e internos. Los primeros ("barreras de entrada") incluyen: macroeconómicos (nivel de desarrollo, incidencia de pobreza,

desempleo, subempleo, informalidad, infraestructura insuficiente, crisis prolongadas), políticos (inestabilidad, falta de compromiso, crisis), culturales (analfabetismo, diferencias étnicas), sociales (inequidad de género), geográficos (población rural, zonas de pobre desarrollo), epidemiológicos (diversas etapas en la transición), financieros (escasez de recursos fiscales, alto costo de la protección, falta de solidaridad) y de azar (catástrofes naturales frecuentes, inmigración) (OPS 2002a). El factor interno principal es el modelo de provisión (segmentación o existencia de múltiples entidades y programas que cubren a diversos sectores de la población y carecen de integración o coordinación, así como sistemas reguladores débiles). En los países del grupo pionero-alto, el seguro social se desarrolló más temprano y extendió su ámbito, además coordinaron o integraron mejor sus sistemas y han alcanzado los niveles más altos de cobertura; por el contrario, en los países del grupo tardío-bajo hubo un rezago en la aparición del seguro social y baja cobertura, así como dificultades para coordinar o integrar el sistema y, en muchos de ellos, una población indígena-rural extensa o una combinación de estos problemas (algunos países aún no han logrado extender los servicios a todas las unidades geográficas del país). También los mecanismos de asignación y distribución de recursos juegan un papel muy importante en la extensión de la cobertura, por ejemplo, el gasto superior de los seguros social y privado en relación con el subsector público que tiene a su cargo la cobertura de la mayoría de la población pero recursos insuficientes, el descreme financiero de los seguros privados y la magnitud del gasto de bolsillo entre los grupos de bajo ingreso; la ausencia o insuficiencia de regulación de algunos de estos problemas agrava la situación.[80] Una importante conclusión es que "los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura" (OPS/OMS/ASDI 2003: 110).[81]

Para comprobar los factores facilitadores identificados en el párrafo anterior se han escogido cuatro modelos de salud diferentes pero exitosos en alcanzar la universalidad en la región. Los cuatro países pertenecen al grupo pionero-alto, tienen los sistemas de seguridad social más antiguos y desarrollados de la región, así como otras características comunes (tamaño pequeño, buen sistema de comunicaciones, alta alfabetización, baja desigualdad, alta urbanización—salvo Costa Rica, etapa de transición epidemiológica similar y niveles de desarrollo comparables), aunque diferencias en sus sistemas político-económicos: Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay (para una comparación de los modelos y desempeño de los tres primeros ver Mesa-Lago 2002). Otros países que han alcanzado universalidad virtual pudieran también compararse: Argentina y Brasil, en el grupo pionero-alto, y México y Panamá en el intermedio, pero no tienen características comunes como los cuatro escogidos.

Costa Rica. Tiene un sistema totalmente unificado de seguro social, el proveedor principal, y ha mantenido una cobertura virtualmente universal en los últimos 25 años, lo cual pudiera explicarse por: la decisión política tomada en el decenio de Los años setenta de extender dicha cobertura y la continuidad de dicho propósito desde entonces; el modelo adoptado que incluye a trabajadores informales y a los pobres; características favorables de entorno como estabilidad política y económica (la segunda salvo la crisis de comienzos del decenio de los años ochenta); la tercera incidencia de pobreza más baja en la región (20,3% en 2002)[82]; una de las dos tasas de

[80] Para manejar los múltiples factores y su interacción, se desarrolló un índice compuesto de exclusión: en Ecuador, Honduras y Paraguay los factores internos explicaron entre 53% y 59% de la exclusión y en Perú los factores externos explicaron 54% de la misma (OPS/OMS/ASDI 2003).

[81] Se alega que los países que en la segunda mitad del decenio de los años noventa lograron mayores aumentos en la cobertura fueron aquellos con sistemas segmentados donde las reformas de salud dieron prioridad a corregir dichas situaciones y lograron una mayor integración de los sistemas de salud (Madies, Chiarvetti y Chorny 2000), pero en el texto se dan templos de países con unificación que consiguieron la universalidad.

[82] El estimado de la incidencia de pobreza hecho en Costa Rica es de 13,8% en 2002 y 12,1% en 2003 (Programa 2004).

desempleo declarado más bajas (promedio de 5,7% en 1990-2004) y un sector formal relativamente amplio; aunque la tasa de urbanización es relativamente baja (52%) las condiciones de vida rurales están entre las más altas de la región y no hay barreras físicas o étnico-culturales que dificulten el acceso (CEPAL 2004a, 2005).

Cuba. Tiene un sistema unificado totalmente público y gratuito (no hay un subsector privado) desde comienzos de los años sesenta y también ha alcanzado cobertura universal desde entonces; como en el caso anterior ha habido un compromiso político-financiero de la dirigencia de extender y mantener la universalidad, a pesar de la severa crisis sufrida desde comienzos de los años noventa; ha habido estabilidad política y la misma dirigencia por 45 años, aunque oscilaciones económicas y crisis; la tasa de urbanización es 82% y no hay barreras físicas o étnico-culturales que dificulten el acceso; la pobreza se estima en 20% de la población en 1999-2002, el desempleo abierto es el más bajo en la región (alrededor de 3% en 2003 aunque la cifra es debatible) y el sector estatal-formal es con creces el mayor de la región, aunque hay un sector informal creciente (Mesa-Lago 2005b).

Chile. Tiene el segundo sistema más antiguo de seguridad social del continente y actualmente un modelo de salud dual articulado: público-seguro social que cubre a la mayoría de la población y privado que cubre menos de un quinto; aunque la cobertura disminuyó durante el régimen militar y debido a las dos crisis económicas, se recuperó y parece haber sobrepasado los niveles anteriores a 1973; la población pobre está exenta de pago en el subsector público, y la de ingreso bajo recibe subsidios fiscales que disminuyen con el ingreso. En 2003 la tasa de urbanización era 86%, la incidencia de pobreza 18,8% y 4,7% la de extrema pobreza, y el desempleo abierto era 8,5% pero había seguro de desempleo (CEPAL 2004a, 2005). Chile tiene barreras físicas y étnicas importantes, pero éstas no han impedido el logro de la universalidad, así 74% de la población indígena está cubierta por el subsector público-seguro social.

Uruguay. Tiene el sistema más antiguo de seguridad social de la región y un modelo de salud con los tres subsectores pero donde la provisión es ofrecida por entidades mutuales o cooperativas, privadas y sin ánimo de lucro (IAMC), con una larga tradición; un fondo nacional subsidia las atenciones de alta complejidad, no obstante su sistema es muy segmentado sin coordinación. El 93% de la población es urbana, los centros de salud y hospitales están a relativamente corta distancia de todos los habitantes, y no hay barreras físicas o étnico-culturales que dificulten el acceso. El sector informal es uno de los más reducidos de la región, los independientes tienen cobertura voluntaria en el seguro social y los que no tienen recursos son cubiertos gratuitamente por el ministerio o subsidiados según su ingreso; la incidencia de pobreza urbana era 15,4% en 2002 y la de extrema pobreza 2,5% (las más bajas en la región); el desempleo abierto era muy alto en 2003 (16,8%), pero los desocupados cubiertos por el seguro de desempleo siguen recibiendo atención en salud (89% estaba cubierto en 1999). Pero han ocurrido cambios adversos: la crisis económica de 1999-2003 ha provocado un aumento de la pobreza; el sector informal ha crecido y afecta a los estratos pobres y de bajo ingreso a más de ciertos estratos medios, parte de los desocupados no tiene seguro de desempleo porque está en el sector informal; la flexibilización laboral ha resultado en un 29% de los trabajadores sin cobertura del seguro social; los costos crecientes de las cuotas y copagos a las IAMC han generado una caída en sus afiliados y una crisis de dichas entidades (Quijano 2002; AISS 2003a; Gambogi 2003; CEPAL 2005).

El caso de **Colombia** merece analizarse porque su modelo de reforma, uno de los más complejos en la región, fijó metas de cobertura universal en 2000-2001 que no se cumplieron debido a factores que han sido claramente identificados: (a) hubo una batalla entre los organismos de decisión sobre la conveniencia de los subsidios a la demanda y el régimen subsidiado, vacilaciones de política y retrocesos a nivel nacional y departamental, todo lo cual pospuso la entrada en operación de este régimen hasta 1996 y retrasó y redujo la asignación de recursos al mismo (desde 1998 los recursos disminuyeron a precios constantes y en 2000 sólo 36% de los

recursos proyectados se habían materializado); (b) la recesión económica y el alto desempleo sufrido en 1998-2002 (en parte por la guerra civil y en parte por el ajuste macroeconómico) redujeron los recursos fiscales que debían haberse asignado al régimen subsidiado;[83] (c) la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos en el régimen contributivo son considerables y crecientes, además, los evasores o morosos acuden a los hospitales públicos y reciben sus servicios sin pagar usando recursos que hubieran podido asignarse a la expansión de la afiliación entre los pobres (con los recursos perdidos el régimen subsidiado podría haber incrementado su afiliación hasta 31%); (d) parte de los recursos que deberían haberse asignado a extender la cobertura de los pobres se usaron en incrementar los salarios del personal médico, debido a la nivelación salarial impuesta por el gobierno nacional, y otros beneficios; (e) el gasto público de salud es ineficiente, especialmente el dedicado a los hospitales públicos que continúan con subsidios a la oferta, impidiendo su transferencia a subsidios a la demanda focalizados en la población más necesitada; (f) el sistema de información (SISBEN) ha tenido fallas graves porque el ingreso y el estado de necesidad son muy difíciles de medir, de ahí que no haya funcionado bien (en las zonas rurales por baja educación y en las zonas urbanas porque la definición de pobreza está ligada a la vivienda y los servicios públicos que estos grupos usualmente tienen aunque sean precarios), mientras los municipios más desarrollados y capacitados aplicaron el SISBEN con rapidez y afiliaron a la mayoría de sus poblaciones pobres (90% de los elegibles en Bogotá), los municipios menos desarrollados sólo identificaron y afiliaron 40% de sus poblaciones elegibles, además 30% de los pobres fueron descalificados mientras que 31% de no pobres fueron afiliados (en 1997 entre 33% y 50% de la población era elegible para los subsidios pero sólo 16% estaba afiliada); (g) una parte importante de la población no califica para el régimen subsidiado pero tampoco tiene ingresos para afiliarse al régimen contributivo y éste es cada vez más excluyente debido a restricciones reglamentarias que han rechazado a afiliados con baja capacidad de pago o alto riesgo, y (h) se ignoró la realidad del mercado laboral y la creciente informalidad y se proyectaron afiliaciones muy elevadas de trabajadores independientes que no se cumplieron (Jaramillo 1999; Málaga y otros 2000; Ginneken 2001; Sojo 2001a; Martínez y otros 2003).

A continuación se resumen los factores que han jugado un papel adverso en la cobertura baja o muy baja de la población en ocho países: cuatro del grupo intermedio (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) y cuatro del grupo tardío-bajo (El Salvador, Haití, Honduras y República Dominicana), en el último también se analiza la dificultad en alcanzar la meta de cobertura.

Bolivia. El país ha sufrido de alta inestabilidad económica por muchos decenios y bajo crecimiento económico, y tiene uno de los sectores informales más extendidos de la región. El sistema de salud es altamente segmentado sin coordinación. El 62% de su población es indígena y está virtualmente excluida del seguro social y sólo 15% recurre a la medicina convencional; el 67% ocupan los empleos más precarios, 28% semicalificados y 4% con calificación, de manera que sus posibilidades de acceder al aseguramiento son mínimas (Valenzuela 2004). Además el país tenía en 2002 la tercera incidencia más alta de pobreza en la región: 62,4% con 79,2% en las áreas rurales (CEPAL 2004a).

Ecuador. Como el caso de Bolivia el país ha enfrentado inestabilidad política y económica con crisis frecuentes; el subempleo era 64,7% de la PEA urbana en 2000 (40,4% informal) y el desempleo abierto 14%, de forma que 79% de la PEA urbana estaba desempleada o subempleada y es en el sector urbano donde se concentra la cobertura del seguro social; la incidencia de pobreza

[83] El PIB por habitante anual creció a una tasa de 2,8% en 1980-1990, pero cayó a una tasa negativa de 1,8% en 1998-2001; el desempleo abierto aumentó de 11,2% en 1996 a 19,4% en 1999 y era 16,9% en 2003 (CEPAL 2002b y 2003a).

aumentó de 34% a 69% entre 1995 y 1999, la rural de 56% a 88%.[84] El sistema de salud es segmentado sin coordinación; sólo una pequeña fracción de los trabajadores independientes y domésticos está cubierto por el seguro social, pero un severo obstáculo para incorporar a los primeros es la cotización pesada que deben pagar, mientras que los asalariados en el régimen general no cotizan (CEPAL 2003a; IESS 2005). El 34% de la población es rural, sufre la mayor incidencia de pobreza y concentra la población indígena, el mecanismo más efectivo para extender la cobertura es el seguro campesino, pero el número de estos afiliado al SSC descendió 10% entre 2000 y 2003, de 21,2% a 20,3% de la población rural (estimados del autor basados en IESS 2005 y población rural de CEPAL 2005). En el subsector público las cuotas de uso parecen haber aumentado la barrera de acceso a los más pobres (OPS 2005a).

El Salvador. La fuerza laboral está compuesta principalmente por trabajadores informales, como independientes, servidores domésticos, asalariados temporeros, pequeños patronos, empleados de microempresas y trabajadores familiares sin remuneración; además una alta proporción de la fuerza laboral son campesinos independientes y miembros de cooperativas, todos estos grupos están excluidos de la cobertura del seguro social. En 1999, 52% de la fuerza laboral urbana ocupada era independiente (45% en el área rural) y un 6,5% desocupado, para un total de 58,5% de la fuerza laboral, más 29% subempleado. La incidencia de pobreza era 49,8% (65% en la zona rural que constituía el 41,3% de la población total) y la incidencia de indigencia de 21.9% (34,3% en la zona rural) (CEPAL 2002a). Otras causas de la baja cobertura son la segmentación y falta de coordinación del sistema, la concentración de recursos en la zona urbana, las cuotas de uso que se exigen en el subsector público, el alto costo de la atención privada, y las secuelas adversas en la salud de la prolongada y costosa guerra civil, combinadas con la prioridad otorgada a la reconstrucción. Los dos terremotos de 2001 dañaron 25% de los establecimientos de salud pública en 11 de los 14 departamentos; en el seguro social 54% de los hospitales y 87% de las unidades médicas sufrieron daños; los sismos aumentaron la pobreza e hicieron más difícil la extensión de la cobertura (Mesa-Lago 2001b; ISSS 2002).

Haití. Sufre la mayor incidencia de pobreza en la región y las sucesivas crisis políticas de 1991-2003, combinadas con la interrupción de la importante ayuda externa, tuvieron un impacto muy adverso en la economía, la cobertura y condiciones de salud, haciendo aún más difícil la extensión.

Honduras. El sector informal es considerable y creciente: 55% de los ocupados eran independientes en 2002 y la mitad de estos estaban el área rural; el 25% de la PEA en 2000 eran pequeñas empresas, tres cuartas partes de las cuales eran de subsistencia, con el dueño como único empleado o máximo un empleado más; 50% de los empleos creados en el decenio de los 90 fue por mujeres cuentapropistas o que eran familiares no remunerados (44% entre los hombres); además los trabajadores asalariados sin contrato aumentaron de 53% a 74% en ese período. Prácticamente ninguno de estos trabajadores cotiza al seguro social (parte de su sistema segmentado sin coordinación) que excluye de cobertura a los hijos mayores de 5 años y otorgaba atención al cónyuge del asegurado sólo en maternidad hasta 2001; estas restricciones fueron flexibilizadas al aumentarse la edad de los hijos hasta 11 años y estipularse la protección en enfermedad para las cónyuges—ésta sujeta a la promulgación del reglamento (Durán 2003). En 2002 el país tenía la incidencia de pobreza más alta en la región 77,3% y 86,1% en la áreas rurales (CEPAL 2004a).

Perú. El sector informal se estima en más del 50% de la fuerza de trabajo y el empleo formal se redujo en 30% entre 1997 y 2001, el desempleo declarado supera el 9% y el subempleo se estimó en 50,8% en 2000; la incidencia de pobreza creció sostenidamente de 47,6% a 54,8% entre

[84] Según la OPS (2005) la incidencia de pobreza urbana aumentó de 19% a 55% entre 1995 y 1999, según CEPAL (2002a) aumentó de 57,2% a 63,6% en el mismo período, pero posteriormente reporta una caída de 56,2% en 1997 a 49% en 2002; no se dan cifras sobre pobreza rural (CEPAL 2004a).

1997 y 2001; la economía se contrajo y estancó en 1998-2001 (el cierre de empresas y despidos redujo la cobertura del seguro social), el fenómeno del Niño causó estragos y los precios de las exportaciones cayeron, a esto se unió la grave crisis política de 2000 que provocó la renuncia del presidente y el cambio de gobierno en 2001 con nuevas políticas. Una constante en el país ha sido el frecuente cambio de ministro de salud, así como de políticas (incluyendo cobertura) en períodos cortos, lo que ha generado inestabilidad e impedido que las políticas puedan tener fruto (Arroyo 2000; Sanabria 2001). La dispersión de la población en la sierra y la selva hacen más difícil y costosa la extensión de la cobertura, los centros y hospitales locales en general se ubican a considerable distancia de los pueblos y comunidades. Las cuotas de uso introducidas por la reforma y suspendidas en 2001 constituyeron una barrera económica para el acceso de los pobres a los servicios públicos. Por último hay barreras étnicas y culturales, desconfianza de las comunidades indígenas respecto al personal de salud del centro y las técnicas empleadas durante el parto, y la medicina tradicional es poco aceptada (Sanabria 2001; CEPAL 2002a, 2005; MS 2002; EsSalud 2004; OPS 2005a).

República Dominicana. Aunque la reforma diseña un sistema integrado, esta todavía no se ha implantado del todo y en la actualidad hay un sistema muy segmentado sin coordinación. La incidencia de pobreza creció de 37,2% a 44,9% entre 1997 y 2001, mientras que la de de extrema pobreza subió de 14,4% a 24,4%; el desempleo abierto era de 164% en 2003, y el sector informal (independientes no calificados, domésticos y empleados en microempresas) equivalía a 43,4% de la PEA urbana en 2003 (CEPAL 2004a). La meta de cobertura del 100% en 2011 se ha hecho cada vez menos factible según aumenta el costo del paquete básico en el régimen contributivo, debido al incremento de la inflación y la depreciación de la moneda nacional a un ritmo mayor al crecimiento real de la masa salarial: en 2002 se estimó que cubriría a 33% de la población total pero aumentó el costo en 119% en 2004 y la cobertura potencial se redujo a 14,7% (Lizardo 2004; población de CEPAL 2003a).

Venezuela. El sector informal creció de 38% a 52% de la fuerza de trabajo entre 1990 y 2000 (la mayoría son independientes con afiliación voluntaria al seguro social y que tienen que pagar un porcentaje de cotización cuatro veces mayor al de los asalariados); el desempleo declarado aumentó de 11.3% a 18% entre 1998 y 2003 (sólo 20% de ellos estaba cubierto por el seguro social en 2000; D'Ella 2002); la incidencia de pobreza ascendió de 37,1% a 48,6% entre 1992 y 2002 y la de pobreza extrema de 13% a 22,2% (CEPAL 2004a).

B. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

La equidad en la salud es buscada por varios sectores político-ideológicos pero con significados diversos. Los organismos financieros internacionales que en la “primera generación de reformas” se concentraron en la focalización en la pobreza, a partir del decenio de los años noventa con la “segunda generación de reformas” han tenido como objetivo estratégico la búsqueda de la equidad entendida como la garantía de niveles mínimos de salud y acceso a los servicios para los grupos más vulnerables (Vergara 2000). La equidad también se ha definido como el grado en que las políticas económicas y sociales reducen las diferencias en las condiciones de salud de una población, una vez normalizadas por factores como la edad y el género (Lloyd-Sherlock 2003).

Un análisis más comprensivo y complejo distingue cuatro ángulos de la equidad: cobertura y acceso, financiamiento, prestaciones, y niveles de salud. La equidad en la cobertura y utilización de los servicios de salud (analizada en la sección anterior) demanda que no hay desigualdades en el acceso por causa de ingreso, edad, género, étnia o ubicación geográfica. Opera la equidad de financiamiento cuando los individuos u hogares contribuyen a financiar el sistema de acuerdo con su capacidad de pago sin importar su situación o riesgo de salud. Hay tres visiones sobre cual es la forma más equitativa de distribuir los recursos de salud: (1) la primera es que debe haber una

redistribución de las regiones ricas hacia las pobres, a fin de nivelar los recursos entre todas las regiones (caso de Chile); (2) la segunda es asignar el incremento de los recursos públicos de salud a las regiones pobres a fin de cerrar la brecha sin perjudicar a las regiones ricas (caso de Colombia), y (3) la tercera visión es que las regiones pobres se benefician del desarrollo de las regiones ricas aledañas, generándose un efecto de convergencia en el nivel de recursos, si este efecto fuese superior al de las políticas redistributivas, entonces la aplicación de éstas podría retrasar el desarrollo de las regiones ricas y el crecimiento en general (esta es la aplicación a la salud de la teoría del "goteo" y lleva a la inercia, como en el muchos países de la región). La prestación de servicios es equitativa cuando los individuos u hogares reciben atención de acuerdo con sus necesidades, independientemente de su capacidad de pago y riesgo. Por último hay equidad en los niveles de salud cuando no existen diferencias notables en los indicadores sanitarios entre grupos de ingresos, regiones, edades, género, edad y étnias.[85] Cuando esta última no existe, la equidad puede lograrse concentrando recursos en los grupos de la población más afectados y en las enfermedades que causan mayor morbilidad y mortalidad. Los pobres sufren una mayor incidencia de enfermedad y tienen una mortalidad mayor (especialmente durante a infancia y la niñez, por enfermedades contagiosas) que los grupos de ingreso medio y alto, por lo que las desigualdades en la salud pueden reducirse dando prioridad en la asignación de los recursos a la atención materno infantil y las enfermedades contagiosas (OIT 2000b; Castaño y otros 2001; Bossert y otros 2003).

Como ya se ha indicado, la nueva metodología de la OMS (2000) ordena y evalúa los sistemas de salud en 191 países del mundo (incluyendo los 20 de América Latina) basada en tres indicadores, entre ellos dos importantes en la equidad: el nivel general de salud del país e igualdad en su distribución dentro de la población, y la "justicia en el financiamiento" o imparcialidad del sistema respecto a la carga financiera y su protección de los riesgos. Dichos indicadores se combinaron en un índice compuesto que ordenó a los países en su desempeño en el nivel de salud y en el sistema general de salud, cuyos resultados en los 20 países serán dados más adelante en esta sección. La OMS considera "justo" un sistema en que el financiamiento es proporcional al ingreso de los individuos, pero este enfoque ha sido contrapuesto por otro que considera que debe ser basado en la progresividad: el peso mayor del financiamiento debe caer en los que tienen mayor ingreso o ser inversamente proporcional al ingreso de las personas o familias (Dominguez y Soares 2005).

Una evaluación del impacto de las reformas en la equidad, publicada por la OPS, informa que sólo nueve de los 20 países han incorporado alguna definición de equidad. Utilizando 17 indicadores de equidad referidos a cobertura, acceso, uso y distribución de recursos (no a prestaciones y niveles de salud), la evaluación encontró que en casi la mitad de los países (no identificados) las reformas estaban contribuyendo a reducir las disparidades en la cobertura. Por el contrario, el resultado fue desalentador en la reducción de las disparidades en la distribución del ingreso porque sólo una minoría de países (tampoco identificados) estaba contribuyendo a alcanzar este objetivo, aunque esta variable es difícil de mejorar en el corto plazo. La falta de información no permitió determinar el impacto en el acceso y el uso de los recursos (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a).

Se mantiene que las reformas de salud introducidas en la región, que estimulan la competencia y la expansión del subsector privado (el cual pasa de un papel marginal a ser un ente importante), han profundizado la segmentación de la población en función de su nivel de ingresos.[86]

---

[85] La OIT (2000b) compara las desigualdades notables, a principio del decenio de los años noventa, entre la región peor y la región mejor en ocho países de América Latina, en cuanto a cobertura de salud, médicos por 10,000 habitantes y camas por 1,000 habitantes.

[86] Para dos observadores, virtualmente todas las reformas han profundizado la segmentación, ya que la misma es funcional a los intereses de todos los actores, resultando en una "perversa articulación entre el sector público y el privado"; esto se intenta probar con los casos de Argentina y Colombia (Giordano y Colina 2000: 36).

Ello se debe a que las aseguradoras y proveedoras privadas practican la selección de riesgos (descreme), o sea, cargan primas altas o excluyen a los que sufren enfermedades crónicas o son viejos y se concentran en los grupos con un nivel de ingreso por encima de las necesidades derivadas de su perfil de riesgo epidemiológico, mientras que el subsector público tiende a concentrarse más que antes en el sector con ingreso por debajo de las necesidades de su perfil. La competencia se centra en los grupos más atractivos (jóvenes, sanos, de bajo riesgo e incidencia de enfermedad, sin antecedentes de padecimientos crónicos, y con mayor ingreso) y evita a los grupos menos atractivos (viejos, enfermos, de alto riesgo, con padecimientos crónicos y bajo ingreso) que quedan confinados al subsector público. Así "el mercado se especializa en los ricos y el Estado en los pobres". Los grupos excluidos por el subsector privado sólo resultan atractivos a éste si se baja el monto de las prestaciones o el nivel de calidad (se establece un paquete básico de bajo nivel) y se concede un subsidio fiscal. La segmentación aumenta cuando el seguro social está separado del subsector público y ofrece atención a la fuerza laboral formal de ingreso medio, a veces con programas para varios grupos ocupacionales con poblaciones cubiertas, prestaciones y financiamiento diversos. Esto hace muy difícil asegurar condiciones equivalentes de atención para los afiliados a los diversos subsectores y también provoca una doble o triple cobertura dentro del mismo hogar con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos La segmentación, por tanto, tiene efectos adversos en la equidad (Giordano y Colina 2000; OPS 2002a). Además, varios grupos poderosos han sido excluidos de la reforma y mantienen sus esquemas de salud con prestaciones superiores y subsidios fiscales generosos.

Esta sección analiza tres aspectos de la igualdad, equidad o uniformidad de trato: la homogenización de condiciones y subsistencia de programas separados con prestaciones superiores; las desigualdades en la asignación de recursos/gasto entre niveles de ingreso, unidades geográficas y étnias, y la equidad de género. Otros aspectos de equidad serán tratados en la sección C.

1. Homogenización de condiciones y subsistencia de programas separados

Los tres países con la atención de salud más homologada son Cuba, Costa Rica y Panamá, el primero por el sistema público y los otros dos por el seguro social unificado; no obstante en Cuba hay instalaciones separadas superiores para las fuerzas armadas, seguridad interna y alta dirigencia; en Costa Rica operan mecanismos informales para conseguir servicios más oportunos, y en Panamá los servicios públicos cubren con un nivel menor a la población no asegurada y grupos vulnerables. El sistema único de salud de Brasil fusionó los servicios de varios seguros sociales y el ministerio, pero la independencia de estados y municipios genera diferencias si bien amortiguadas por el paquete básico y el fondo de compensación. En Colombia y Chile, la reforma fusionó una multiplicidad de seguros sociales de salud con prestaciones diversas (1,000 en el primero y 35 en el segundo) y estableció normas relativamente homogéneas; sin embargo en Colombia hay diferencias importantes entre los regímenes contributivo y subsidiado (en el paquete básico, unidad de capitación y prestaciones) a más que la aseguradora pública concentra la población de menor ingreso y mayor riesgo; en Chile la atención es básicamente uniforme en el subsector público-seguro social (SNSS) pero varía notablemente entre las aseguradoras privadas (ISAPRES), las cuales capturan a la población de mayor ingreso y menor riesgo, dejando al subsector público la población pobre o de bajo ingreso con los riesgos mayores. En Argentina la reforma redujo las mayores desigualdades entre las entidades de seguro social (OS) a través del paquete básico y transferencias del fondo de compensación, pero subsisten diferencias notables entre los tres subsectores, así como dentro de las OS (personal directivo, nacionales, sindicales, provinciales) y los afiliados de bajo ingreso que se cambian a una OS con mayores recursos sólo reciben el paquete básico. En Perú el ministerio ofrece atención básica a los pobres, mientras que el seguro social otorga atención integral, pero un elemento positivo es que las proveedoras (EPS) no pueden rechazar a afiliados por razones de ingreso o riesgo.

En al menos ocho países, la mayoría en el grupo tardío-bajo (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Venezuela), subsisten los tres subsectores con desigualdades notables en sus servicios; en Ecuador el seguro social campesino sólo ofrece atención primaria, mientras que el seguro social general otorga atención integral; en Nicaragua hay diferencias en las prestaciones ofrecidas por las proveedoras (EMP) mayores y las más pequeñas; en la República Dominicana las "igualas" privadas ofrecen servicios muy diversos según las primas cargadas; en Venezuela el proyecto de ley de reforma integra los servicios de los subsectores público y de seguro social. En Uruguay hay diferencias importantes entre los servicios del ministerio (que cubre a los no asegurados), los directos del seguro social (BPS) en maternidad entre la capital y el interior, las entidades privadas proveedoras (IAMC) basadas en los copagos, y los seguros parciales y emergencias móviles según las primas cobradas; un elemento compensador es la atención de alta complejidad financiada por un fondo común. México tiene cinco seguros sociales diferentes y diferencias considerables en sus prestaciones, por ejemplo en el IMSS entre el régimen general que otorga atención integral y el programa Oportunidades con prestaciones de menor nivel, entre los ISSSTE federal y de los estados, así como entre todos estos y los servicios de las secretarías de salud federal y de los estados y municipios, a más de los servicios privados. Bolivia quizás es el país con mayor desigualdad pues tiene 14 seguros sociales con diversas prestaciones, el ministerio tiene a su cargo a los pobres con los servicios peores, y los seguros e instalaciones privadas concentra al grupo de mayor ingreso.

Salvo en Costa Rica y Panamá, en todos los países las fuerzas armadas tienen programas e instalaciones separadas, en otros siete países también la policía y los funcionarios públicos (estos últimos con planes privados en tres países), y en once países otros grupos como maestros, universidades, trabajadores petroleros, congresistas, jueces, etc. Estos programas son más generosos en cuanto a la cobertura ya que la otorgan a todos los familiares dependientes sin restricciones, mientras que en siete países (la mayoría en el grupo tardío bajo) el seguro social impone restricciones a la cónyuge y por edad a los hijos. Además la mayoría de los programas separados son financiados totalmente o principalmente por el Estado. Aunque hay sólo información escasa de unos pocos países, las encuestas sugieren que los mejores servicios son los privados (en algunos países comparables a los de las fuerzas armadas), seguidos por los del seguro social y los del ministerio. Sigue el análisis detallado de las desigualdades en los países.

Argentina. Las grandes diferencias entre las OS han sido en parte contrarrestadas por medidas de la reforma, como el paquete básico garantizado y las transferencias por el fondo de compensación a los afiliados que no pueden financiar dicho paquete. Pero aún subsisten diferencias notables entre las prestaciones de los tres subsectores: las mejores son usualmente las del subsector privado (especialmente en Buenos Aires y las principales ciudades en las provincias) y probablemente las de los programas de las fuerzas armadas, el congreso y el poder judicial, así como las OS de personal de dirección; luego sigue una considerable variedad entre las prestaciones ofrecidas por las OS sindicales y provinciales; por último, están las prestaciones mínimas del subsector público, con diferencias entre las provincias de acuerdo con su nivel de desarrollo, así como las otorgadas a través de paquete básico a afiliados de bajo ingreso en OS. Los afiliados en OS de bajo ingreso que se trasladan a OS de mayores recursos sólo reciben el paquete básico, generándose prestaciones diferenciadas con los afiliados que tienen capacidad de pago y pueden financiar planes superiores (ver sección C-2)**.**

Bolivia. Hay 14 cajas o fondos de seguro social de salud cada una con sus condiciones de acceso y beneficios, con diferencias notables entre ellos (Guerrero 2000).

Brasil. La reforma fusionó seis subsectores existentes (seguros sociales y ministerio) creando el sistema único de salud (SUS), pero la autonomía de los estados y en parte de los municipios genera diferencias si bien amortiguadas por el paquete básico y el fondo de compensación. El SUS no cubre a las fuerzas armadas y policía, que tienen servicios propios,

tampoco a los empleados públicos federales y estatales y en los grandes municipios que tienen aseguramiento privado y, por tanto, mejor acceso y calidad de servicios.

Colombia. Antes de la reforma había más de 1,000 programas de salud con condiciones, prestaciones y financiamientos diferentes. El programa general de seguro social (ISS) concentraba al 18% de la población y otras dos entidades públicas cubrían a la mayoría de los funcionarios públicos de la nación (Cajanal) y a los empleados de comunicaciones (Caprecom). La reforma estableció normas y prestaciones iguales dentro del régimen contributivo y dentro del régimen subsidiado, pero con cuatro excepciones: hay aseguradoras y proveedoras distintas en el régimen contributivo y en el subsidiado; el plan básico de salud es diferente en ambos (el POS del contributivo es superior al POSS del subsidiado); la unidad por capitación (UPC) pagada por el contributivo era 80% mayor que la del subsidiado en 2004 (AISS 2004), y los tres seguros sociales principales estuvieron protegidos y subsidiados hasta hace poco, y la mitad de los hospitales públicos continúa funcionando como antes de la reforma. Por otra parte, la reforma dejó fuera a las fuerzas armadas, la policía, el magisterio y los trabajadores del petróleo (incorporó a los congresistas), los cuales gozan de prestaciones superiores al POS y subsidios fiscales cuantiosos. A pesar de la normalización y la libertad de elección, en 1999, la aseguradora pública mayor (ISS) concentraba el 90% de los casos de SIDA, cáncer y falla renal crónica (población de alto riesgo), mientras que las aseguradoras privadas habían capturado la población de más alto ingreso, seleccionando la de perfil socioeconómico y de riesgo más favorable por falta de control eficaz (Giordano y Colina 2000).

Costa Rica. Legalmente todos los asegurados en la CCSS deben recibir atención de salud igual, sin tener en cuenta si son obligatorios o voluntarios, si cotizan o son pobres financiados por el Estado; además no hay programas separados fuera del seguro social. Los asegurados que reciben servicios especialmente primarios por comtratación del subsector privado (cooperativas, etc.) tienen garantizado un paquete de prestaciones idéntico al proporcionado directamente por la CCSS (La Forgia 2005). Sin embargo, hay prácticas ilegales contra el principio de igualdad de trato ("el biombo"): debido a la larga lista de espera en cirugía los asegurados pueden recibir atención rápida pagando una suma; algunos procedimientos no disponibles en el establecimiento pueden practicarse por un médico de la institución que atiende al asegurado durante su horario de trabajo pero le cobra un honorario; médicos de la CCSS que tienen consulta privada envían a los pacientes a su propio consultorio con el fin de recibir un trato más personalizado o los refieren a proveedoras privadas. Según una encuesta de 1999, el 15% de la población dijo había pasado por el biombo que se convierte en un copago informal. Muchas denuncias llegan a la contraloría de la CCSS pero ésta eleva el caso a la jefatura correspondiente y allí con frecuencia se detiene debido al espíritu de cuerpo en defensa del gremio médico para evitar sanciones. En 2002 se creó una comisión en la CCSS para investigar una denuncia pero no se habían dado sus resultados un año después. Otro problema es que debido al deterioro de la calidad de los servicios de la CCSS y la larga lista de espera en cirugía, un número creciente de asegurados de ingreso medio y alto prescinden de sus servicios, especialmente al primer nivel de atención aunque cada vez más en los otros dos niveles, y compran servicios privados más oportunos y de mejor calidad (Banco Mundial 2003; Martínez y Mesa-Lago 2003). Hay indicios de que los grupos pobre y de muy bajo ingreso cubiertos a cargo del Estado son tratados en algunas instalaciones como de "segunda clase" y que la renovación de su cobertura cada seis meses se complica con documentación algo costosa, pero se requiere una investigación profunda sobre este aspecto (Martínez 2005; ver sección D-3).

Cuba. La inmensa mayoría de la población recibe servicios homogéneos del sistema nacional de salud (SNS) enteramente público, pero los miembros de las fuerzas armadas, seguridad interna y máxima dirigencia política son atendidos por instalaciones o salas separadas de nivel superior; también hay un programa especial para atender a los turistas y visitantes extranjeros con calidad superior al del SNS (ver sección E-1).

Chile. Los 35 programas de seguro social de enfermedad-maternidad con financiamiento y prestaciones diversas fueron eliminados por la reforma, la cual estableció normas iguales, pero dejó fuera el programa de las fuerzas armadas que se dice tiene los mejores hospitales. Por otra parte las ISAPRES ofrecen miles de planes diversos de acuerdo a la capacidad de pago y riesgos de los asegurados. Los servicios de las ISAPRES están subordinados a la prima pagada y los copagos, límites, deducibles, períodos de espera y exclusiones impuestos a los asegurados; la mayoría de los que se afilian a las mismas pertenecen a los grupos de ingreso medio-alto y alto. Por el contrario los afiliados a FONASA no están sometidos a límites, deducibles, exclusiones ni períodos de espera y sólo se carga un copago pequeño a los dos grupos de afiliados de mayor ingreso, los afiliados son pobres y de ingreso bajo y medio-bajo (Bitrán y Almarza 1997).

En El Salvador, Guatemala y Honduras hay diferentes niveles y calidad de atención entre los tres subsectores así como con los servicios de las fuerzas armadas (y la policía) y los pocos planes de seguros privados. En Ecuador el seguro campesino sólo ofrece atención primaria mientras que el régimen general del seguro social concede atención integral. En los tres países el régimen general cubre con restricciones a la cónyuge y los hijos hasta cierta edad, mientras que los programas de las fuerzas armadas y policía cubren a todos los dependientes sin restricciones.

México. Hay considerables diferencias entre las prestaciones de los cinco seguros sociales, así como dentro de algunos de ellos, por ejemplo, entre el régimen general de IMSS y el de algunos grupos especiales y Solidaridad, entre el ISSSTE federal y los de los estados; también hay programas públicos con prestaciones diferentes (para comparaciones ver AISS 2003b). Según la encuesta nacional de 1994 los usuarios ordenaron la calidad de los servicios privados como los mejores (tanto a nivel primario como en los hospitales), seguidos por los del IMSS y el ISSSTE, mientras que los de la SSA se consideraron los peores; no se consideró los servicios de los otros seguros y de los estados (Dávila y Guijarro 2000). El plan nacional de salud 2001-2006 no tiene entre sus objetivos la homogenización de las notables diferencias en las prestaciones (Presidencia 2001)

Nicaragua. Hay diferencias entre las prestaciones del ministerio y el seguro social (INSS): el ministerio ofrece servicios de promoción y prevención, mientras que el INSS se concentra en servicios curativos; el ministerio no tiene máximo de cobertura por edad pero el INSS fija seis años a los hijos del asegurado; el ministerio da atención a la mujer en toda su vida, mientras que el INSS sólo en la edad reproductiva; el ministerio atiende los casos de VIH/SIDA y el INSS los remite al primero. Los servicios de las fuerzas armadas y del ministerio de gobernación cubren a sus pensionados y el INSS sólo a parte de ellos con un "minipaquete" básico (OPS 2005a). Hay notables diferencias entre las prestaciones ofrecidas por las proveedoras (EMP), las mayores (especialmente en Managua) ofrecen más y mejores beneficios que las pequeñas y no situadas en grandes ciudades, y el asegurado no puede cambiar a una EMP fuera del territorio en que vive (Rossman y Valladares 2003). Para que el ministerio pueda recibir un contrato como proveedor o un subcontrato de una proveedora (EMP) para atención hospitalaria, tiene que prestar servicios diferenciados a los asegurados de éstas que reciben servicios de calidad superior que los no asegurados, con los objetivos de mantener a sus asegurados, los contratos de EMP y una asignación de recursos del INSS que permite una distribución más flexible que la del ministerio (La Forgia 2005).

Panamá. El seguro social es el proveedor más importante y ofrece servicios similares a la mayoría de la población; el ministerio presta servicios en áreas no cubiertas por el seguro y grupos vulnerables; no hay programas separados para otros grupos y muy pocas aseguradoras privadas.

Paraguay. Dentro del régimen general del seguro social (IPS) el tratamiento es igual para los asegurados y sus hijos dependientes, pero hay diferencias notables en los servicios provistos a la cónyuge del asegurado, por ejemplo, en el servicio doméstico y el magisterio sólo cubre embarazo, parto y puerperio pero no el resto de la atención de salud, y el cónyuge de una mujer asegurada sólo

es cubierto mientras está desempleado (IPS 2005). Además hay programas separados que ofrecen prestaciones superiores para las fuerzas armadas, policía, funcionarios públicos, entes autárquicos y dos empresas descentralizadas.

Perú. Hay diferencias importantes entre el ministerio (que sólo ofrece servicios esencialmente básicos y focalizados en la población pobre) y el seguro social (EsSalud) que ofrece todos los servicios a una minoría de la población asegurada. Las entidades proveedoras (EPS) no pueden rechazar la afiliación a las personas que lo soliciten; la decisión y elección de una EPS se hace por votación mayoritaria de los trabajadores en cada centro de trabajo y la EPS debe aceptarlos en bloque (LMSSS-Reglamento 1997). Las fuerzas armadas y la policía nacional tienen servicios propios que cuentan proporcionalmente con mayores camas y médicos que los otros dos.

República Dominicana. Actualmente hay diferencias notables en las prestaciones que reciben los diversos grupos de la población, cubiertos por el seguro social general (IDSS), seguros autogestionados y el programa de las fuerzas armadas, el subsector público (dependiendo de la región y distrito), y los diversos componentes del subsector privado desde ONG's que sólo ofrecen algunos servicios de promoción hasta modernas clínicas privadas con todos los servicios.

Uruguay. Hay diferencias entre las prestaciones que reciben los varios grupos cubiertos. El seguro social (BPS) no cubre a los familiares dependientes de los asegurados en el programa de enfermedad, ni a los hijos mayores de 9 años en el programa de maternidad, debido a ello los asegurados tienen que pagar extra a las IAMCs por sus familiares o comprar seguros parciales; además sólo cubre a parte de los pensionados y no a sus familiares. Por el contrario, los programas de las fuerzas armadas y policía cubren a todos los familiares y dependientes, los pensionados y sus familiares. El programa de maternidad del BPS ofrece atención en la capital pero no en el interior. También hay diferencias importantes en la calidad de las prestaciones ofrecidas por el ministerio, las IAMC y los seguros parciales (Quijano 2002; MSP/BM 2004b).

Venezuela. Hay diferencias en los servicios que reciben diversos grupos de la población, cubiertos por el seguro social general (IVSS) y otros como las fuerzas armadas, los funcionarios del gobierno federal, los maestros y profesores universitarios, los trabajadores petroleros, etc., así como con los cubiertos por el ministerio y el subsector privado. El proyecto de ley de salud en debate en 2005, dispone la integración de los subsectores público y de seguros sociales (salvo las fuerzas armadas) en el sistema público nacional de salud y la consiguiente homologación de sus servicios (RBV 2004).

2. Desigualdades en la asignación de recursos y gastos de salud por niveles de ingreso, unidades geográficas y etnias

La evaluación de equidad de la OMS (2000) ordenó a los 20 sistemas de salud de la región, entre los 191 países del mundo, basándose en el financiamiento justo, también ordenó a los países por el desempeño general del sistema de salud. El país que se colocó a la cabeza del mundo y la región en financiamiento justo fue Colombia (también primero en la región en cuanto a desempeño), lo cual se ha atribuido a cambios introducidos por la reforma. Le siguieron tres países del grupo pionero-alto y dos del grupo intermedio (Cuba, Uruguay, Costa Rica, Panamá, Argentina y Venezuela). La mayoría de los países del grupo tardío-bajo y los menos desarrollados del grupo intermedio quedaron en los últimos lugares de la región en equidad (de peor a mejor: Perú, Honduras, Paraguay, El Salvador, Bolivia y Nicaragua). Pero hubo resultados sorprendentes: Haití se colocó en el 12^{o} lugar en la región (aunque se ordenó en último lugar en desempeño general del sistema), Brasil en el último lugar (16 ^{o} en desempeño), y Chile empató con Bolivia en el 14 ^{o} lugar (la primera se ordenó en tercer lugar en desempeño y la segunda se colocó en 19^{o} lugar). Esta sección contrasta estos ordenamientos con información disponible de los 20 países sobre desigualdades en la asignación de recursos/gastos de salud por niveles de ingreso, unidades geográficas y étnias, también por los subsectores en algunos países. No se pudo obtener información alguna de la

República Dominicana,[87] tampoco sobre gasto por niveles de ingreso y unidades geográficas en Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela. Sólo se logró obtener algunos datos sobre étnias en Bolivia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.

La información analizada en esta sección plantea dudas sobre el ordenamiento hecho por la OMS respecto al financiamiento justo, como indican las características de cinco países pioneros-altos: tres ordenados en los puestos más altos (Colombia, Cuba y Costa Rica), Chile muy por debajo de la media regional y Brasil en último puesto. En Colombia la reforma cambió la práctica anterior de invertir más en los municipios ricos que en los pobres hacia un incremento total del financiamiento que se concentró en los municipios pobres y redujo la brecha, y hay otros indicadores sobre la distribución del gasto en 1994-1997 que apoyan el juicio que mejoró la equidad, pero ésta empeoró después de 1997-2001: la razón entre el gasto del decil mas rico y el más pobre que había disminuido aumentó, el gasto de bolsillo disminuyó pero de forma desigual: bajó en los dos departamentos más desarrollados pero creció en el departamento más pobre, bajó en las zonas urbanas pero se estancó en las rurales, y el gasto de medicinas declinó pero los precios aumentaron a partir de 1999. Cuba fue ordenada segunda, lo que se explica porque su sistema de salud es universal y gratuito, la población sólo paga por las medicinas no recetadas durante la hospitalización y la atención se hace de acuerdo con las necesidades, pero la crisis ha provocado una severa escasez de medicinas parte de las cuales deben ser compradas por las familias en tiendas de divisas, no obstante el gasto directo de las familias en 2001 era un tercio que el de Colombia. En Costa Rica (ordenada cuarta) el quintil más pobre recibió 20 veces más en servicios que su aporte, mientras que lo opuesto ocurrió al quintil más rico, la cobertura es universal y los pobres están cubiertos gratuitamente por transferencias fiscales, pero hay una tendencia decreciente del gasto público y creciente del directo de las familias (ver sección F-1). El ordenamiento de Chile en 14º lugar es dudoso por el efecto progresivo de los subsidios fiscales focalizados en grupos pobres y de bajo ingreso afiliados al subsector público-seguro social, los cuales reciben prestaciones por un costo mucho mayor que sus pagos, mientras que lo opuesto ocurre a los afiliados de altos ingresos; además el gasto directo de las familias chilenas es muy inferior al de otros siete países ordenados muy por encima (incluyendo Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y República Dominicana); por el contrario el ordenamiento es apoyado por varios factores regresivos: parte de los clasificados como pobres realmente no lo son y, junto con otros que tienen capacidad de pago utilizan los servicios públicos, incluyendo afiliados a las aseguradoras privadas, en urgencias, maternidad y enfermedades catastróficas, debido a la practica del descreme contra ancianos, mujeres embarazadas y enfermos crónicos. Una ley de 2004 reduce algunas de dichas inequidades eliminando la discriminación contra mujeres y ancianos en cuanto al paquete básico universal que se aplica a todos independientemente de la edad y el género; una ley de 2005 crea un fondo de compensación para reducir aún más dichas desigualdades. En Brasil (ordenada en último lugar) en 1987-1996 el gasto de salud en los estratos de mayor ingreso creció mas que en los de menor ingreso, el gasto en seguros privados y en medicamentos aumentó, el decil más pobre gastaba más superior en algunos estados que los deciles de mayor ingreso, y el gasto del sistema único público estaba orientado hacia los hospitales y los grupos de ingreso medio y alto. Se aduce que disminuyó la desigualdad en 1995-2002 debido al aumento notable de la asignación a la atención primaria, por la extensión del programa de salud de familia y del paquete básico (el gasto del segundo en realidad se estancó), pero cifras de 2002 muestran que la regresividad continúa: el gasto de bolsillo de las familias subió y el decil más pobre pagó proporcionalmente más y recibió menos que el decil más rico, 82% del gasto privado del decil más pobre fue a medicinas (superior a 1987-1996) versus 42% en el decil más rico; no obstante el gasto directo de familias en Brasil era muy inferior al de nueve países ordenados más altos (ver comparaciones del gasto de familias ver sección F-1).

[87] Las instalaciones y el equipo se concentran en las dos ciudades principales del país, el número de camas por 1,000 habitantes variaba de 1 a 2,6 en 2003 (Lizardo 2004).

Aunque entre 1990 y 2002 ocurrió una mejoría en la mayoría de los países (ver sección G), aún continúan las desigualdades en la distribución de recursos e indicadores de salud por unidades geográficas: en Argentina la mortalidad infantil en la provincia más pobre en 2001 era 2,5 veces mayor que en la más rica y la esperanza de vida era 3 años menor; en Brasil el gasto público en la región más rica en 1999 era el doble que en la más pobre, la razón del gasto entre el municipio más rico y el más pobre era 5,8 veces y la tasa de médicos 5 veces superior; en Costa Rica 29% de las áreas del país en 2001 tenían un gasto per capita en atención primaria superior al promedio nacional y 71% inferior a dicho promedio, la tasa de camas hospitalarias era 24 en las zonas urbanas y 9 en las rurales, y la tasa de médicos en la región más rica era 10,5 y 6,4 en la más pobre; en Cuba la razón extrema del índice de disparidad en salud entre las provincias más y menos desarrolladas disminuyó de 3,9 a 2,2 en 1989-2000, declinó en médicos, camas y mortalidad materna pero aumentó en mortalidad infantil y peso bajo al nacer; en Ecuador las tasas de mortalidad infantil en las tres provincias más ricas eran 30% menores al promedio nacional en 1999, pero duplicaban dicho promedio en las tres provincias más pobres; en El Salvador las áreas urbanas tenían una tasa de mortalidad infantil de 27 pero las rurales de 41, así como 78% y 43% respectivamente en atención institucional del parto; en Guatemala la tasa de camas hospitalarias variaba 7 veces entre los departamentos en 1999, la tasa de médicos 15 veces, y la tasa de mortalidad infantil 3 veces; en México la tasa de médicos era 0,5 en la capital pero bajaba a 0,1 en los dos estados más pobres, las tasas de camas hospitalarias eran 1,9 y 0,1-0,2 respectivamente, y las tasas de mortalidad infantil 19,8 y 30-32 respectivamente; en Panamá la tasa de médicos generalistas era 5 veces mayor en la capital que en la provincia más pobre en 2004, mientras que la esperanza de vida variaba de 76,7 a 66,4 años; en Perú la tasa de médicos oscilaba entre 20 en la capital y 2,8 en el departamento más pobre en 1996, la de mortalidad infantil entre 26 y 109, y la de mortalidad materna entre 40 y 400, estos indicadores mejoraron, pero en 2000 la esperanza de vida fluctuaba entre 77 y 57 años y la mortalidad general entre 3,6 y 13; y en Venezuela la tasa de mortalidad infantil oscilaba entre 15,1 en el estados más rico y 31,9 en el más pobres en 2003, y la esperanza de vida entre 74,7 y 65,3 años.

La información de ocho países sobre la distribución de recursos por subsectores (Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela) es consistente en que el público recibe una proporción de recursos de salud y personal muy inferior al porcentaje de la población que legalmente debe cubrir (en Nicaragua debe cubrir 60% con 7% de los médicos); lo opuesto ocurre en el seguro social y es agravado cuando hay multiplicidad (en México el programa para campesinos debe cubrir 11% de la población con 0.2% de los médicos, mientras que el de los funcionarios federales cubre 10% con 20% de los médicos); aunque la información sobre el subsector privado es muy escasa, sugiere una situación similar o mejor que la del seguro social (en Paraguay cubre 6,3% de la población con 17% de los médicos); por último, los grupos con programas separados, como las fuerzas armadas, también tienen recursos desproporcionados con la población cubierta (2% de la población con 4.8% de los médicos en Ecuador, 0,5% con 1,2% en México, y 1,3% con 2,8% en Paraguay).

Existe una relación estrecha entre la étnia indígena, su ubicación en zonas rurales, la incidencia de pobreza y las peores condiciones de salud, ratificada en esta sección por información de seis países: en Bolivia, un promedio de 48% de las mujeres indígenas dieron a luz en sus casas en 2001, comparado con 28% de las mujeres no indígenas; en Guatemala el promedio nacional de atención del parto no institucionalizado era 57.8% en 2002 pero 80.4% entre los indígenas, mientras que la tasa de mortalidad materna era 70 por 100,000 en la población no indígena versus 211 en la indígena; en México el promedio nacional de esperanza de vida era 75.3 años en 2000 pero 69 en las étnias, la mortalidad infantil en la población indígena era 58% superior al promedio nacional y el riesgo de una mujer indígena de morir en el embarazo o parto era 3 veces mayor que entre las mujeres no indígenas; en Panamá, la esperanza de vida promedio era 74,5 años en 2002 pero 67,9 en el municipio con mayor concentración indígena y éste tenía una quinta parte de la tasa promedio de médicos; en Paraguay sólo 26% de la comunidades guaraníes tenía servicio de salud en 2002,

mientras que la tasa promedio nacional de mortalidad infantil era 19,8 y en las comunidades guaraníes era 222, y la tasa de mortalidad materna respectivas eran 160 y 468; en Venezuela la mitad de las comunidades indígenas no tenía acceso al agua potable y saneamiento y 73% de sus ambulatorios carecía de médico. A continuación se hace el análisis detallado de los países.

Argentina. Se ordenó en equidad financiera en 92º lugar en el mundo, aproximadamente en el punto medio (7 º lugar en la región) y onceno puesto en cuanto al desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). En 1995, las familias más pobres dedicaban 12% de sus ingresos a gastos directos de salud, de los cuales 70% iban a medicamentos y consultas a médicos, por el contrario, las familias de altos ingresos gastaban de su bolsillo sólo 6% de sus ingresos. La distribución del gasto público de salud favorecía a los pobres, así el quintil de menor ingreso recibía 37,2% del total; aún así, el cuarto quintil recibía 15,4% y el quintil más rico 4,7% (Flood 1997). Los indicadores de salud de las provincias muestran diferencias muy notables entre las más ricas y las más pobres, por ejemplo, los hogares con necesidades básicas insatisfechas en Formosa son 5 veces los de Buenos Aires, la tasa de mortalidad infantil en la primera es 2,5 veces mayor que en la segunda y la esperanza de vida es tres años menor (Centrángolo y Devoto 2002). No se pudo obtener información sobre étnias.

Bolivia. Se ordenó en equidad financiera en 168º lugar en el mundo y 14 º lugar en la región y en 17 º puesto en cuanto al desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). En 1999, el gasto total de salud per capita en el quintil más rico era 5 veces el per capita del quintil más pobre; dicha razón aumentaba a 8 veces en el gasto del seguro social y a 12 veces en el gasto privado; aunque el gasto público estaba mucho mejor distribuido, debido a su baja proporción en el gasto total no lograba compensar la notable brecha en el sistema. Hay diferencias notables en los indicadores de salud entre zonas urbanas y rurales, entre regiones y entre la población indígena y la no indígena, aunque se han reducido en los últimos años. En 2001 sólo 17% de los partos urbanos no eran atendidos en instalaciones de salud versus 67% de los partos rurales, y 39% de los enfermos urbanos se atendió en su casa o en la farmacia pero 53% entre los enfermos rurales; comparada con la región de los valles, la región del altiplano sufría el doble de la mortalidad materna y sus mujeres usaban sólo un 60% del paquete básico; y la población indígena concentrada en el altiplano tenía una incidencia de diarreas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años superior a la de la población no indígena, mientras que la población indígena vacunada era inferior a la no indígena (Banco Mundial 2004).

Brasil. Se colocó en 189º lugar en el mundo en equidad financiera, la peor en América Latina, y en el 16º lugar regional en cuanto a desempeño general del sistema (OMS 2000). Aunque el país tenía en 2001 el quinto gasto per capita más alto en la región, sus indicadores sanitarios están por debajo de la media de la región y algunos entre los más bajos, ello se debe en parte a la desigual distribución del ingreso. Hay dos inequidades en el financiamiento de la salud: por ingreso y regiones. Entre 1987 y 1996 el gasto de salud en los presupuestos familiares mostró un deterioro en la equidad: su participación aumentó respecto al gasto total y el consumo familiar e incrementó su carácter regresivo (creció 52% en el estrato de menor ingreso pero sólo 15% en el de mayor ingreso); el gasto por seguros privados aumentó fuertemente su peso en el gasto de salud, pasando a ser el rubro principal en muchas regiones metropolitanas; el gasto en medicamentos tomó 60% del gasto de salud de las familias pobres y el gasto de hospitalización de éstas era proporcionalmente mayor que el de las familias ricas (estas tenían mayor cobertura en seguros privados), y el gasto en salud del decil más pobre en los estados más desarrollados era superior en algunos de ellos al de los deciles de mayor ingreso. El SUS carece de criterios geográficos, epidemiológicos y sociales para distribuir sus fondos, por ello el sistema todavía se centra en los hospitales y gastos de salud orientados a los grupos de ingreso medio y alto, lo cual explica que las familias pobres tengan un gasto alto en medicamentos y de bolsillo (Medici 2002a, 2002b). No obstante, entre 1995 y 2002, la asignación para la atención básica aumentó 73% (900% en el programa de salud de la familia, pero estancado en el paquete básico) mientras que los asignados a mediana y alta complejidad sólo

crecieron 14%. Es posible que la extensión desde 1997 del programa de salud de la familia (focalizado en municipios pobres) y el paquete básico pueda haber reducido esas inequidades. Pero un estudio de 2002 concluyó que el sistema seguía siendo regresivo por las razones siguientes: (a) un alto gasto privado directo de las familias (que aumentó entre 1998 y 2002, ver sección F-1); (b) el decil más pobre recibió 1% del ingreso total de salud pero desembolsó 1,8% del gasto privado directo, mientras que el decil más rico recibió 46% del ingreso y tuvo un gasto privado directo de 37%; (c) el gasto directo de las familias fue 6,8% del ingreso en el primer decil pero sólo 3,1% en el décimo; (d) 82,5% del gasto privado se asignó a la compra de medicinas en el primer decil pero 42% en el décimo; y (e) el financiamiento era progresivo en los primeros tres deciles, neutral en los deciles 4 a 9, y regresivo en el décimo (Dominguez y Soares 2005). Las transferencias federales de recursos para la salud a los estados y municipios no son progresivas y no han logrado revertir la regresividad en la distribución de los gastos públicos de salud (Medici 2002a).[88] Hay desigualdades notables entre las regiones y estados: la incidencia de pobreza en la región menos desarrollada del Noreste era 57,4% pero 19,3% en la región más desarrollada del Sureste en 1999; la razón de médicos por 10,000 habitantes variaba hasta cinco veces entre el distrito federal y Maranhão; el gasto público en salud per cápita en el Sudeste era casi el doble que en el Nordeste en 1996 (5,8 veces entre el distrito federal y Maranhão), y las familias de mayores ingresos de Sao Paulo usaban más los servicios del subsector público gratuito, gastando así menos en salud que las familias de Recife (Piola y Biasoto 2001; Médici 2002a; OPS 2005a). Se argumenta que ha habido considerable progreso después de reforma para reducir las disparidades en salud (aumento de camas, consultas y médicos en las regiones menos desarrolladas), aunque ello puede también deberse a factores socioeconómicos. Otra opinión es que si bien el gasto per capita de salud está entre los más altos de la región, 22% de la población urbana y los que viven en las partes más pobres del campo no tienen acceso a médicos (Ugalde, Homedes y Zwi 2002).[89] No se pudo obtener información sobre desigualdad por étnias.

Colombia. Antes de la reforma y la descentralización, el presupuesto centralizado investía más en los municipios ricos y asignaba muy pocos recursos a los pobres. Después de la reforma (fines de los años noventa), Colombia fue ordenada en primer lugar en el mundo respecto a la equidad financiera, en el ordenamiento mundial de desempeño general quedo en 22^{o} lugar, pero primero en América Latina (OMS 2000).[90] El incremento de la equidad por la reforma se alegó fue resultado de un mayor financiamiento nacional que redujo la brecha entre ricos y pobres, en vez de redistribuir de ricos a pobres, de forma que las comunidades pobres aumentaron su gasto de salud más rápido que las ricas. Pero esto puede haber resultado de que los ricos usan servicios privados y carecen de incentivo para aumentar el financiamiento público de salud; además no se tuvo en cuenta la calidad de los servicios y las diversas necesidades de salud en los municipios. Para una evaluación adecuada habría sido necesario incorporar cifras sobre las necesidades o indicadores alternativos como edad, género e información socioeconómica, pero no estaban disponibles (Bossert y otros 2003). La información disponible no es consistente para apoyar el supuesto de un incremento sostenido de la equidad financiera, especialmente en 1997-1999. Entre 1994 y 1997 la razón en la asignación de recursos totales de salud entre el decil más rico y el decil más pobre disminuyó de 6,1 veces a 1,2 veces (quedando casi iguales); la razón en la asignación municipal se redujo de 70 a 12 veces, y el coeficiente Gini declinó de 0,41 a 0,21. Por otra parte, la asignación promedio de recursos per capita para la atención de la población pobre por el régimen subsidiado en

[88] La distribución del gasto público entre 1990 y 2002 mostró que el federal bajó de 73% a 58%, el estatal creció de 15% a 20% y el municipal aumentó de 12% a 22% (Dominguez y Soares 2005).

[89] Aunque la mortalidad infantil disminuyó notablemente en todas las regiones entre 1990 y 2001, la razón extrema entre la tasa del Nordeste y la del Sudeste sólo se redujo de 2,4 veces a 2,2 veces (basado en Biasoto 2004b).

[90] Este ordenamiento generó críticas, entre ellas que ex-funcionarios del Banco Mundial participaron en el ejercicio de la OMS e influenciaron sus resultados (Homedes y Ugalde 2003).

los departamentos también aumentó 122% entre 1993 y 1997, pero disminuyó 28% entre 1997 y 1999 (mientras que la asignación per capita del régimen contributivo disminuyó sólo 4%). La diferencia entre los departamentos que recibieron más y menos recursos se redujo de 15 veces en 1994 a 5,5 veces en 1999 pero el índice Gini de concentración de recursos de salud bajó de 0,24 en 1984 a 0,22 en 1999, lo cual no fue un cambio significativo. El pago de bolsillo de los hogares disminución entre 1992 y 1997, excepto en el quintil más bajo en que aumentó de manera significativa; entre los departamentos no se encontró un impacto global, salvo una caída en Bogotá y San Andrés (los más desarrollados) y un aumento en Atlántico (el menos desarrollado), y no se detectó cambio en las zonas rurales pero una disminución en la urbanas. Por otra parte ocurrió una disminución en todos los quintiles de ingreso en el monto que los hogares gastaron en medicinas en 1992-1997, sin embargo, la liberalización de precios desde 1999 probablemente provocó un aumento en dicho gasto (Castaño y otros 2001).[91] No se pudo obtener información sobre desigualdad por étnias.

Costa Rica. Se ordenó en 64º lugar en el mundo (cuarto en la región) en equidad financiera y en tercer lugar de la región en desempeño general de su sistema de salud (OMS 2000). En 1998 el 20% de la población con menor ingreso cotizó sólo 2,9% de los aportes totales y el 50% de menor ingreso cotizó sólo 17,5% del total; además, el decil más pobre recibió 19,7 veces más en servicios de salud de lo que cotizó, mientras que el decil más rico sólo utilizó una quinta parte de lo que cotizó. Por todo ello el gasto público-seguro social en salud es altamente progresivo, de hecho es el más progresivo de todo el gasto social (Banco Mundial 2003; Trejos 2004). Por otra parte, una encuesta de 1998 indicó que, a medida que aumentaba el ingreso (por deciles) había un uso menor de la consulta pública y un uso mayor de la privada, y viceversa (Herrera y Durán 2001). Si el gasto privado continúa aumentando y hay una disminución del gasto público, la progresividad se reducirá. Aunque antes de la reforma ya se había puesto énfasis en las zonas rurales, después se reporta una mayor prioridad en la asignación de recursos a las referidas zonas, en particular debido al reforzamiento del primer nivel de atención; esto parece confirmarse por la proporción de visitas a ambulatorios que era 41% en las zonas urbanas pero 59% en las rurales. Sin embargo, la mayoría de la información disponible indica que las diferencias persisten. En 1998 había un promedio nacional de 20 camas hospitalarias por 1,000 habitantes pero aumentaba a 24 en las áreas urbanas y descendía a 9 en las áreas rurales que ya habían implantado la reforma. Más aún, en 2001 la distribución del gasto per cápita en la atención primaria entre las áreas del país mostró que 29% de ellas tenían un gasto superior al promedio mientras que 71% tenían un gasto inferior al promedio (la región de Brunca tenía el per cápita menor y la mayor pobreza), con una razón extrema de 50 veces entre el área con el gasto mayor y el área con el gasto menor. El personal sanitario y las camas de hospital no están distribuidos equitativamente entre las provincias y cantones usando criterios demográficos y de necesidades de salud: en 1999 había un promedio nacional de 10,5 médicos por 10,000 habitantes en la región central (donde está la capital) pero sólo 6,4 en la región de Chorotega (la segunda más pobre), mientras que había 4,4 enfermeras por 10,000 habitantes en la región central pero 1,6 en la región de Brunca (la más pobre). (OPS 2005a; Programa Estado 2002; Banco Mundial 2003).

Cuba. Se posicionó en 24º lugar en el mundo en equidad financiera (segundo en la región) y en el 4º lugar regional en cuanto a desempeño general del sistema (OMS 2000). No hay información del gasto de salud por grupos de ingresos, pero el sistema de salud es gratuito, la población sólo paga por las medicinas no recetadas durante la hospitalización y la atención se hace de acuerdo con las necesidades. Por otra parte aunque el SNS cubre a toda la población, ya se ha apuntado que existen dos programas separados para grupos de relativamente alto ingreso, ambos

[91] Las fuerzas armadas, la policía, el magisterio y los trabajadores petroleros, unidos a otros pequeños exceptuados, constituían el 2,5% de la población total del país en 1999 pero recibían el 7% del gasto total de salud (Jaramillo 1999; Felizzola 2002).

con calidad superior al del SNS, uno para las fuerzas armadas, personal de seguridad interna y alta dirigencia política y otro para turistas y visitantes extranjeros. La crisis ha provocado severa escasez de medicinas parte de las cuales deben ser compradas por las familias en tiendas de divisas. En 1989, antes de la crisis, se registraban diferencias importantes entre las tres mejores y tres peores provincias de Cuba: la Ciudad de La Habana (100% urbana y la más desarrollada) concentraba la mayoría de los recursos de salud (médicos, camas hospitalarias) y gozaba del mejor acceso a agua potable y saneamiento, seguida de dos provinciales centrales también altamente urbanas y con desarrollo medio (Sancti Spíritus y Villa Clara) que tenían recursos superiores al promedio nacional; las tres provinciales orientales las menos desarrolladas y más rurales (Las Tunas, Granma y Guantánamo) sufrían los recursos más pobres y el peor acceso a los servicios sanitarios. A pesar de la crisis, las referidas desigualdades fueron reducidas: un índice de disparidad extrema entre las seis provincias citadas, que combinaba siete indicadores de salud, mostró una relación de 3.8 por 1 en 1989, pero reducida a 2,2 por 1 en 2000; la disparidad extrema disminuyó en médicos, camas y mortalidad materna pero aumentó en mortalidad infantil y en peso bajo al nacer. En el contexto regional dichas diferencias eran relativamente pequeñas y fueron reducidas aún más en la primera mitad del decenio del 2000 (Mesa-Lago 2003a).

Chile. Se colocó en equidad financiera en 168^{o} en el mundo (14^{o} en la región) pero en 36^{o} lugar en desempeño del sistema (segundo en la región; OMS 2000), mientras que en la desigualdad en oportunidad y calidad de la atención se ubica por debajo de 100 países (MINSAL 2004). Según un estudio de FONASA en 1995, el Estado financia enteramente la atención de los afiliados pobres y estos y los afiliados de bajo ingreso reciben prestaciones por un costo mucho mayor que los pagos que hacen, mientras que lo opuesto ocurre entre los afiliados de ingreso superior; estos subsidios fiscales y transferencias hacia comunas (municipios) pobres tienen un efecto progresivo y ayudan a reducir la brecha de equidad en la salud. Por el contrario, un grupo clasificado como pobre en realidad no lo es y recibe atención gratuita en FONASA sin pagar, mientras que otro grupo con capacidad de pago que no está afiliado a FONASA recibe atención en el subsector público-seguro social (SNSS) a un costo inferior al real de los servicios; estos dos grupos reciben subsidios fiscales indebidos con efectos regresivos. Además, el Estado subsidia a las ISAPRES, ya que parte de sus afiliados utilizan los servicios de SNSS (especialmente en urgencia, accidentes, maternidad, enfermedades catastróficas) porque son de mejor calidad, más baratos o de más fácil acceso que los servicios privados. Al menos hasta 2004-2005 las ISAPRES excluían o creaban barreras a los pacientes costosos (los ancianos, los enfermos crónicos o terminales, las mujeres embarazadas) los cuales son forzados a atenderse en el subsector público incrementando sus costos. Un afiliado en las ISAPRES de 60-65 años deben cotizar dos veces más que uno de 18-44 años y si tiene más de 75 años debe cotizar 4,5 veces más, por ello hay una transferencia del grupo de tercera edad a FONASA. A medida que la población envejece aumenta dicha inequidad, así en 1990, 12,5% de la población era mayor de 60 años pero se proyecta que será 24,6% en 2030 (Bitrán y Almarza 1997; Bitrán y otros 2000). Además, existen importantes disparidades socioeconómicas entre las comunas que parecen tener un impacto negativo en la salud: en mortalidad y otros indicadores sanitarios, ingresos, factores que influyen en la salud (como analfabetismo, escolaridad, vivienda, agua potable, eliminación de excretas), financiamiento y utilización de los servicios. La utilización en la atención primaria varía 2,8 veces entre las comunas, mientras que la atención de emergencia varía 3.9 veces y las altas de hospitales 2 veces. Los aportes del gobierno central están bien orientados pero sólo compensan parcialmente dichas desigualdades en beneficio de las comunas pobres y hay prestaciones del sistema público todavía orientadas a quienes se encuentran en mejor situación. Factores como el tamaño de las poblaciones y la influencia política tienen un fuerte impacto en la distribución de los recursos entre las comunas (Arteaga y otros 2002). No se pudo obtener información sobre desigualdad por étnias.

El gobierno chileno ha reconocido que es necesario “resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de la salud en Chile”, la cual se refleja tanto en la carga financiera sobre las

familias como en la enorme desigualdad en la oportunidad y calidad de la atención. Varias propuestas legales se encaminaron a "reducir las desigualdades evitables e injustas por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención" ("Mensaje..." 2003: 4). Una ley de 2004 reduce las referidas inequidades eliminando la discriminación de mujeres y ancianos en las prestaciones básicas que tendrán un precio igual para todos, independientemente de la edad y el género. Otra ley de 2005 crea un fondo de compensación entre las ISAPRES que reducirá la actual discriminación por género y edad (Ley 20,015 2005; ver secciones B-3, D-1 y F-2).

Ecuador. El 31,8% del gasto público de salud se asignó a la población de menor ingreso pero 69% estaba por debajo de la línea de pobreza. En el seguro social 78,5% del gasto se concentró en las tres provincias más urbanizadas y la proporción del gasto asignada al seguro campesino fue sólo 2% en 1998. Entre 85% y 92% de los recursos humanos del país están ubicados en las zonas urbanas que tienen 63% de la población total; las mayores razones de médicos por 10,000 habitantes estaban en las cuatro provincias más urbanizadas Azuay, Pichincha, Loja y Guayas; en cuanto a niveles de salud, las tasas de mortalidad infantil en 1999, en Azuay, Guayas y Pichincha eran 30% menores que la tasa promedio nacional, mientras que las tasas de las provincias de Carchi y Cotopaxi, las más pobres, duplicaban el promedio nacional. La distribución de recursos entre los subsectores indicaba importantes desigualdades, por ejemplo, las fuerzas armadas y la policía que cubrían 2% de la población tenían 6,2% del personal y 4,8% de los médicos (OPS 2004c, 2005). No se pudo obtener información sobre desigualdades por étnias.

El Salvador. Se situó en 176º lugar en el mundo y 16 º en la región y 15 º lugar en desempeño del sistema de salud en la región (OMS 2000), tampoco hay información del gasto de salud por grupos de ingresos o por departamentos. La encuesta nacional de salud de 1998 mostró diferencias importantes en niveles de salud y acceso a servicios sanitarios entre el área urbana y la rural, por ejemplo, 12 y 21 por 1,000 en mortalidad neonatal, 27 y 41 por 1,000 en mortalidad infantil, 82,6% y 32,2% en acceso domiciliario de agua potable, 77,8% y 42,7% en atención hospitalaria del parto; también se registraron diferencias importantes entre los departamentos más urbanizados y los más rurales, por ejemplo, el control prenatal de las embarazadas era 68,3% en San Salvador (donde está la capital) y 41,1% en Sonsonete, y la atención hospitalaria del parto era de 83% en San Salvador y 36% en Chalatenango (USAID 2000). También hay diferencias notables entre los recursos en los subsectores; en 2000 la razón de camas por 1,000 habitantes fue 1,6 veces mayor en el seguro social que en el ministerio y la razón de médicos por 10,000 fue el triple (MSPAS 2001a).

Guatemala. No hay información del gasto de salud por grupos de ingresos. El gasto real per capita de salud público (ministerio) varió más de nueve veces entre los departamentos. Las diferencias en la relación de camas hospitalarias por 1,000 afiliados al seguro social entre los departamentos varió casi 7 veces y la relación de médicos por 10,000 afiliados varió casi 15 veces (Mesa-Lago y otros 1997a; Durán y Cercone 2001). Además hay notables diferencias en los niveles de salud entre las regiones y entre las poblaciones no indígenas e indígenas: en 2002 la atención del parto en los hogares (no institucional) promediaba 57,8% en el país pero aumentaba a 69,8% en el área rural y a 80,4% en la población indígena; la tasa de mortalidad infantil nacional era de 44 pero descendía a 21 en la región metropolitana y saltaba a 66 en la región suroriental; la mortalidad materna promediaba 153 por 100,000 a nivel nacional pero bajaba a 70 entre la población no indígena y aumentaba a 211 entre la población indígena (PNUD 2003).

Haití. Se ordenó en 12º lugar en la región en equidad pero en el último de la región en cuanto al desempeño general del sistema de salud. No hay información sobre desigualdades en la asignación de recursos por grupos de ingreso, ni por departamentos, ni por niveles de atención. Hay escasos datos sobre la asignación de recursos humanos e instalaciones por departamentos y entre los dos subsectores en 1998: 88% de los médicos estaba concentrado en el departamento del Oeste

donde se ubica la capital; 36% de las instalaciones (28% de los médicos) estaba en el subsector público, 33% en las ONG's y el restante 31% en clínicas y consultorios privados (OPS 2005a).

Honduras. Se colocó en 178º lugar entre 191 países (tercero peor en la región) en equidad financiera, así como penúltimo en desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). No hay cifras del gasto de salud por grupos de ingreso ni por departamentos, aunque si sobre los establecimientos de salud por departamentos (hospitales, clínicas y ambulatorios de los tres subsectores): en el departamento de Francisco Morazán, el de mayor concentración de la población y más urbanizado, había 155 instalaciones (también el número mayor de ONG's), en pero en los dos departamentos menos poblados y más pobres (Islas de la Bahía y Ocotepaque) había sólo 7 y 33 respectivamente (Durán 2003). No se pudo obtener información sobre indicadores de salud por departamentos. La población indígena se reporta como 8% de la población total y sufriendo serios problemas de salud, pero no se logró obtener información de su distribución geográfica y gasto en salud o acceso a los servicios (OPS 2005a).

México. Se situó en 144º lugar del mundo en equidad financiera (9º en la región) y octavo en cuanto a desempeño del sistema de salud (OMS 2000). La distribución del gasto público de salud entre los estados (como porcentaje del gasto público total) mostró que 21 estaban sobre el promedio de nacional de 15,9% en 2003 y 11 por debajo del promedio; dicha distribución parece tener un efecto regresivo, pues estados ricos como Nuevo León y Tamaulipas recibían 23,5% y 16,3% respectivamente, mientras que estados pobres recibían por debajo del promedio nacional: Chiapas 12%, Oaxaca 13,6% y Guerrero 14%. La diferencia en gasto público per cápita entre el distrito federal y el estado de menor nivel era de 5 veces (SSA 2004b). Las transferencias federales no han estado relacionadas con las necesidades de los estados (los más necesitados reciben menos y viceversa), mientras que en la asignación de los estados a las familias se registraban diferencias extremas de 100 veces. El gobierno federal asignaba 2,5 veces más recursos per cápita a la población asegurada en 2003 (cubierta por los cinco seguros sociales) que a la población no asegurada a cargo del ministerio federal (SSA 2005). La distribución de los recursos humanos es desigual entre SSA y los seguros sociales: en 2002 la SSA debía cubrir a 41,8% de la población con 38,5% de los médicos, e IMSS-Oportunidades cubría 11% con 0,2% de los médicos, mientras que las proporciones respectivas en los seguros sociales eran 10% y 20% en ISSSTE, 0,5% y 2,6% en PEMEX y 0,5% y 1,2% en las fuerzas armadas (cálculos del autor basados en SSA 2004a; INEGI 2005). Las diferencias en los indicadores de salud reflejaban las desigualdades en las asignaciones de recursos financieros en 2000: el promedio nacional de mortalidad infantil era 24,9 por 1,000, pero disminuía a 19,8 en el distrito federal y 20,9 en Nuevo León, pero aumentaba a 30-32% en Chiapas, Guerrero y Oaxaca; las tasas más bajas de enfermedades infecciosas intestinales se encontraban en Nuevo León y Tamaulipas (1,7 y 2 por 1,000 respectivamente) y las más altas en Oaxaca y Chiapas (11,6 y 14,4); la razón nacional de médicos por 10,000 habitantes era 0,2 pero aumentaba a 0,47 en el distrito federal y bajaba a 0,15 en Chiapas y 0,16 en Zacatecas; la razón nacional de camas por 1,000 habitantes era 1,9 en el distrito federal pero 0,2 en Chiapas y 0,07 en Oaxaca.[92] Los peores indicadores de salud lo sufrían los 63 grupos indígenas (6% de la población total) cuya esperanza de vida era de 69 años versus un promedio nacional de 75,3 años, la mortalidad infantil era 58% superior al promedio nacional y el riesgo de una mujer indígena de morir durante el embarazo, parto o puerperio era casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena. Varios programas, entre ellos de la SSA prestan servicios a las comunidades indígenas en promoción, control del niño hasta dos años, control de embarazadas y madres lactantes. Del total de médicos del subsector público (SSA) en 2001, 30% estaban en unidades básicas urbanas y rurales, mientras que 61,7% se concentraban en los hospitales y clínicas con hospitalización (SSA 2002, 2004a; OPS 2005a). El plan nacional de salud 2001-2006 tiene entre sus objetivos reducir las

[92] Arredondo (2005) plantea que en lugar del país hay un grupo de regiones heterogéneas y clasifica los 32 estados en cinco regiones basado en perfiles de transición epidemiológica y pobreza.

referidas desigualdades (Presidencia 2001) y el seguro popular de salud (SPS) es su principal mecanismo a través de las medidas siguientes: asignando un per cápita igual a las familias pobres (las cuales reciben un paquete básico gratuito), fijando el volumen general a transferir a los estados según su situación socioeconómica (asignando más a estados pobres como Chiapas, Oaxaca y Guerrero que a estados más ricos como Nuevo León, Sonora y Tamaulipas), congelando la coparticipación financiera de estados que ya tenían una alta con anterior al SPS y obligando a estados que no aportaban a hacerlo o aumentando su coparticipación, creando un fondo interestatal de compensación, diseminando la información del programa en lenguas indígenas (por ejemplo, maya en Campeche) y eliminando la brecha en la asignación federal entre el ministerio y el seguro social principal IMSS, pero no los otros tres que reciben los mayores subsidios per capita). Desafortunadamente, estos objetivos laudables de equidad han sido obstaculizados por un corte substancial de los recursos federales para el SPS en 2004 (Nigenda 2005).

Nicaragua. No hay cifras sobre el gasto de salud por grupos de ingresos y departamentos. Hay alguna información sobre desigualdad en la asignación de recursos entre los subsectores, por ejemplo, la relación de médicos por 10,000 usuarios o asegurados era 6,8 en el ministerio pero saltaba a 29,4 en el seguro social. Por otra parte 17% del gasto público se dedicó a prevención pero 76% a la atención curativa, esta asignación sesgada perjudica a la población más pobre que acude al primer nivel cuyos recursos y personal son insuficientes y estimula el salto a la consulta de los hospitales provocando su congestión y desperdicio. Además la posibilidad de los asegurados de desafilarse anualmente de las proveedoras que sirven al seguro social desincentivan las acciones de prevención que podrían realizar aquellas (Rossman y Valladares 2003; OPS 2005a).

Panamá. Se colocó en quinto lugar en la región en cuanto a equidad financiera y sétimo respecto al desempeño del sistema de salud; no hay información del gasto de salud por grupos de ingreso y provincias. En años recientes se está asignando una proporción mayor del gasto de salud a algunas de las provincias más pobres, así en 2003, el per capita del subsector público era tres veces mayor en Darién que en Panamá, aunque el per capita del seguro social era sólo 1,7 veces superior. A pesar de ello en 2003, 65% de los médicos especialistas estaba concentrado en la provincia de Panamá con 49% de la población y hay desigualdades notables en los niveles de salud entre los provincias: la esperanza de vida al nacer en la provincia de Panamá era de 76,7 años pero bajaba a 66,4 en Darién y 67,9 en la comarca de Ngobe Bügle que son las más pobres y la segunda con concentración de población indígena; la relación de habitantes por un médico general en 2004 era 11,345 en Ngobe Bügle versus 2,191 en Panamá metropolitano. Y las relación de habitantes por médicos especialistas era 17,913 en Darién versus 851 en Panamá metropolitano. (MINSA 2003; CSS/MINSA 2005).

Paraguay. Se posicionó en 177^{o} lugar entre 191 países en equidad financiera (el cuarto peor en América Latina) pero sorprendentemente en 7^{o} lugar regional en cuanto a desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). No hay cifras sobre distribución del gasto de salud por grupos de ingreso. En 1999, el subsector público cubría aproximadamente 42% de la población y tenía el 38,9% de las camas hospitalarias, mientras que el seguro social cubría 12,4% y tenía 21,3% de las camas, y el subsector privado cubría 6,3% y tenía 17% de las camas; los programas separados cubrían 1,3% de la población pero tenían 2,8% de las camas (basado en OPS 2005a). De acuerdo con el censo de 2002, el 44% de la población era rural, 49% era pobre (un incremento del 30% que había en 1995) y 25% sufría extrema pobreza; la población indígena se calcula oficialmente en menos del 2% de la población total, pero más del 59% de ésta sólo habla guaraní y 82% de la población rural habla sólo ese idioma. Hay una estrecha relación entre ruralidad, pobreza y etnia indígena, la pobreza y la indigencia se concentran entre los indígenas y los que hablan sólo guaraní. En 2002 sólo 26% de las comunidades indígenas tenía algún tipo de servicio de salud; mientras la tasa de mortalidad infantil nacional era 19,8 por 1,000, entre la población indígena-rural era de 222; la mortalidad materna nacional era 160 por 100,000, pero aumentaba a 406 en el departamento de

Canindeyú y a 468 en el departamento de Pte. Hayes, los dos con la mayor concentración de comunidades indígenas en el país (Banco Mundial 2005c).

Perú. Se situó en 184º lugar entre 191 países en equidad financiera (el segundo peor en América Latina) y en 18º lugar regional en cuanto a desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). La asignación de los subsidios públicos por cuartiles indica que el más pobre recibe 20,2% del subsidio total, el segundo 31,6%, el tercero 26,6% y el más rico 21,6%, una prueba la regresividad (MS 2002). La distribución del gasto del seguro social (EsSalud) por departamentos en 2003 muestra que Lima concentró 51,9% del total (con 29% de la población), seguida de Arequipa (7,4%), Lambayeque (6,7%) y Libertad (5,2%), para un combinado de 71,3%, mientras que los 20 departamentos restantes sólo recibieron 28,7% del gasto (EsSalud 2004). La distribución porcentual de la atención entre los tres subsectores en 1999 fue como sigue: el ministerio con un per cápita anual de US$28 atendía 65% de las hospitalizaciones y 44% de la acciones ambulatorias a nivel nacional, pero 81% y 60% respectivamente en la zona rural; EsSalud con un per cápita casi cuatro veces mayor que el del ministerio, realizaba 23% de las hospitalizaciones y 18% de la atención ambulatoria nacionales, pero sólo 12% y 5% respectivamente de las rurales; las fuerzas armadas y la policía atendían 2% de las hospitalizaciones y acciones ambulatorias nacionales, pero sólo 1% de las ambulatorias rurales, y el subsector privado efectuaba 9% de las hospitalizaciones y 36% de las acciones ambulatorias nacionales, pero 7% y 34% de las rurales[93] (MS 2002). Los indicadores de salud urbano/rurales y por departamentos también exhiben desigualdades notables: en 1996 el promedio nacional de médicos por 1,000 habitantes era 9,8, pero en las dos ciudades de la capital (Lima y Callao) aumentaba a 20 y en Huancavelica (el departamento más pobre) caía a 2,8; la mortalidad infantil era de 26 por 1,000 en Lima pero 109 en Huancavelica, y el promedio de las zonas urbanas duplicaba al de las zonas rurales, especialmente en la sierra y la selva; el promedio nacional de mortalidad materna era 265 por 100,000, pero en Lima era menor de 40 y en Huancavelica mayor de 400 (el promedio rural también duplicaba al urbano); a pesar de las reformas, en 2000 subsistían serias inequidades en los indicadores de salud: la esperanza de vida en Lima y Callao era de 77 y 72 años respectivamente, pero en los departamentos andinos era entre 57 y 63 años, mientras que la tasa de mortalidad general era 3,6 por 1,000 en Callao y aumentaba a 13 en Huancavelica (Manrique 1999; Sanabria 2001; OPS 2005a). Aunque hubo reducciones de las tasas de mortalidad infantil y materna entre 1996 y 2000, dichos avances se concentraron en los dos quintiles de mayor ingreso pero empeoraron en los dos quintiles más pobres (MS 2002). En 2001 la incidencia de pobreza era 47,6% y la de extrema pobreza 24,4%, pero aumentaba a 78,4% y 51,3% respectivamente en las zonas rurales (CEPAL 2004a). Los indígenas se concentran en las zonas rurales y tienen la incidencia de pobreza mayor. Un estudio de 1997 encontró que la utilización de los servicios del ministerio en el primer nivel tenía un impacto progresivo en la distribución, mientras que la utilización del subsector privado era la más regresiva y le seguía la del seguro social; el subsidio público a los hospitales era regresivo, mientras que el concedido a los centros y puestos de salud era progresivo (Manrique 1999; OPS 2005a). No se pudo obtener cifras recientes del impacto en la distribución de los cambios hechos a comienzos del decenio del 2000 que focalizan en la población pobre, especialmente rural y urbano-marginal.

Uruguay. Se colocó en 35º lugar entre 191 países del mundo en equidad financiera (tercero en la región) pero noveno en la región en cuanto al desempeño general del sistema de salud (OMS 2000). La distribución del gasto público de salud por quintil de ingreso en 2003 muestra que el quintil más pobre recibió 12,5%, el segundo 47,6% y luego declinó de forma que el quintil más rico recibió sólo 2,9%; una comparación con el año 1999 indicó una mejoría. El gasto público en salud tuvo un impacto altamente progresivo ya que redujo el coeficiente Gini en el período 1999-2003 y fue más progresivo que el gasto en educación, mientras que el gasto en pensiones fue regresivo

[93] Los altos porcentajes privados en atenciones "ambulatorias" en su mayoría consisten en consulta en la farmacia en la zona urbana y con el curandero en la zona rural (MS 2002).

(Presidencia 2004).[94] Por el contrario, los pagos totales a las IAMCs, combinando la cuota y el copago promedio, aumentaban según disminuía el ingreso: en 2003, en la capital, tomaban 30% del ingreso del quintil más pobre pero sólo 4% del ingreso del quintil más rico y la situación en el interior era peor (40% y 7% respectivamente); el costo por afiliado aumentó entre 1998 y 2003, más en el interior que en la capital (MSP/BM 2004a). El gasto per capita entre los subsectores comparado con el del ministerio en 2002 fue: 3 veces mayor en las IAMC y 4 veces mayor en los seguros parciales (MSP/BM 2004a). No se encontraron estadísticas sobre la distribución de recursos humanos y físicos e indicadores de salud por departamentos, pero se reporta que hay más instalaciones y personal en la capital, y que el acceso desde áreas rurales lejanas es difícil (IASS 2003a; MSP/BM 2004b).

Venezuela. No hay cifras sobre la distribución del gasto por grupos de ingreso o regiones. La asignación de recursos humanos entre los tres subsectores variaba considerablemente: 46,8% de los médicos estaba en el ministerio y el seguro social que cubrían a la gran mayoría de la población, pero 13,2% atendía a otros grupos separados pequeños (fuerzas armadas, maestros) y 40% en el subsector privado, mientras que los hospitales se distribuían 48,4% en el público-seguro social y 51,6% en el privado (OPS 2005a). En 2000, el personal asistencial por unidad del ministerio era de 24,9 en la capital pero oscilaba entre 0,1 y 0,3 en los estados más pobres como Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Monagas y Yaracuy. La relación de camas hospitalarias por 1,000 asegurados en el IVSS fluctuaba entre 6,5 y de 16,5 en los estados de Bolívar, Nueva Esparta y Trujillo, pero no había instalaciones en los seis estados más pobres (D'Ella 2002). Había notables diferencias en los indicadores de salud entre los estados en 2003: la tasa de mortalidad infantil promedio nacional era 17,2 por 1,000 nacidos vivos, pero en la capital descendía a 15,1, mientras que en los estados más pobres (Amazonas, Apure, Barinas, Delta-Amacure) aumentaba a un rango de 24,5 a 31,9; la esperanza de vida promedio era 73,0 años pero en la capital era 74,7 y en estados relativamente desarrollados (Nueva Esparta, Vargas) fluctuaba entre 74,1 y 74,6, mientras que en los cuatro estados más pobres bajaba a un rango entre 65,3 y 68,8; la tasa de mortalidad neonatal y postnatal promedio era 6,69 por 1,000 nacidos vivos pero en uno de los estados más ricos bajaba a 3,36 pero en los estados más pobres oscilaba entre16,2 y 19,1 (INE 2005). Los pueblos indígenas sufren de pobreza extrema y exclusión social, en 1992 (la fecha más reciente disponible) 50% no tenían acceso a agua potable y disposición de excretas y 73% de los ambulatorios rurales ubicados en áreas indígenas carecían de médico (OPS 2004c).

3. Inequidades de género en el acceso y atención de salud

La equidad de género implica que los recursos y los servicios de salud se asignan y reciben según las necesidades de cada sexo y se pagan de acuerdo con la capacidad económica de las personas, sin tener en cuenta el riesgo diferencial por género. La inequidad de género respecto al acceso a la salud puede enfocarse de dos maneras: las diferencias entre los sexos demandan una mayor atención de la mujer como madre pero con frecuencia se ignoran las formas en que las desigualdades por género afectan a la morbilidad durante la vida de la mujer; el segundo enfoque analiza el impacto diferenciado del sistema de salud sobre hombres y mujeres debido a diferencias biológicas y de género. El distinto acceso y trato puede explicarse por factores internos y externos: las características propias del sistema de salud y el contexto general socioeconómico en que funciona el sistema (ver abajo; Pollack 2002).[95] El acceso de las mujeres a la atención materno-infantil está también influenciado por la residencia urbana o rural (OIT 2000b)**.** Las mujeres tienen una alta participación en el sector informal lo cual hace muy difícil su incorporación al seguro social, por

[94] La distribución del gasto en 1994-1995 mostraba una concentración en el quintil central, especialmente en la capital (RISSSCS 2002).

[95] Para un análisis de los factores externos que afectan la equidad de género en las pensiones ver Mesa-Lago 2004.

ejemplo, 66% de los trabajadores informales son mujeres en Honduras y la mitad desempeñan labor independiente que no tiene virtualmente cobertura (Durán 2003).

Las mujeres usualmente tienen un grado de cobertura menor que los hombres en el seguro social, con algunas excepciones. En Costa Rica la cobertura de la mujer es 84% y 77% los hombres, resultado principal del aseguramiento indirecto como familiar dependiente del asegurado (las mujeres tienen sólo 24% de aseguramiento directo versus 52% los hombres); además las mujeres son las principales usuarias especialmente entre 20 y 45 años (Martínez y Mesa-Lago 2003; Martínez 2005). En Uruguay las mujeres también tienen mayor cobertura que los hombres pero la brecha es menor (96% versus 94,5%), sin embargo la afiliación es diferente: 22% de los hombres tiene cobertura a través del seguro social en las IAMC pero sólo 13,7% de las mujeres, mientras que 29,4% de los hombres tiene afiliación voluntaria individual a las IAMC versus 38,2% las mujeres, o sea que el costo de las mujeres es mayor (AISS 2003a). En al menos seis países el seguro social otorga una cobertura muy limitada a la cónyuge/compañera del asegurado: en Ecuador sólo tiene derecho a enfermedad y para recibir atención por maternidad tiene que ser asegurada directa; en Honduras se extendió su cobertura por enfermedad en 2001 pero sometida a la promulgación del reglamento; en Nicaragua sólo otorga atención durante el embarazo, parto y puerperio, pero no por el resto de su vida (INSS 2003); en la República Dominicana sólo tiene derecho a la atención por maternidad y el gasto público per cápita promedio de salud de las mujeres es menor que el del hombre (Rathe 2004); en Uruguay la tiene derecho a la atención de maternidad pero no a la de enfermedad, lo cual obliga a pagar una prima a las proveedoras. Por último, debido al descreme practicado por las aseguradoras/proveedoras privadas, por ejemplo en Chile, la mayor parte de las mujeres está asegurada en el subsector público (o de seguro social) por lo cual éste otorga un subsidio al subsector privado.

Las cuotas de uso por la atención de la salud se han extendido en la región (ver sección F-2) incluyendo en algunos países los servicios básicos y de emergencia. Varios estudios confirman que dichas cuotas, unidas a mecanismos de exención ineficientes, han resultado en la exclusión de los que no son capaces de pagarlas. Aunque hay pocos estudios sobre el impacto de las cuotas según el género de los usuarios (aparentemente ninguno en América Latina), hay evidencia que las mujeres sufren proporcionalmente más debido al mayor uso de los servicios para ellas y sus hijos, así como la responsabilidad que pesa sobre ellas para proveer la atención sanitaria en hogares pobres (UNRISD 2005).

En 2000-2001, la OPS llevó a cabo un estudio sobre género, equidad y acceso a servicios de salud en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Sus objetivos fueron identificar desigualdades de género en el acceso a los servicios de salud y su financiamiento, así como detectar las interacciones entre dichas desigualdades y distintas modalidades de oferta y financiamiento en la atención. Se argumentó que las mujeres tienen una necesidad objetiva mayor de servicios de salud que los hombres, debido a sus funciones reproductivas y su mayor longevidad que resulta en mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas. En comparación con los hombres, las mujeres sufren las siguientes discriminaciones laborales y de seguridad social (las 5 primeras externas y las 2 últimas internas): (a) más del 50% no participa en la fuerza laboral remunerada; (b) tienen una tasa de desempleo más alta que los hombres; (c) se concentran en ocupaciones de baja remuneración o reciben salarios inferiores por el mismo trabajo (el ingreso promedio regional femenino es 70% del ingreso promedio masculino) por lo que tienen menor capacidad para el pago de primas de seguro privado o pagos de bolsillo y acceden a planes de calidad inferior a los hombres; (d) sufren una mayor incidencia de pobreza cuando son jefas de hogar y las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes en grupos con condiciones de vida pobres y desnutrición; (e) están sobre representadas en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social como el trabajo informal y a domicilio; (f) el acceso directo al seguro de salud se ve afectado por discontinuidades causadas por la gestación y crianza de los hijos y a menudo fuerzan el abandono de la fuerza laboral, por lo que pierde su cobertura del seguro de enfermedad-maternidad, y (g) con frecuencia

las mujeres están cubiertas de manera indirecta como dependientes del asegurado masculino y no siempre tienen cobertura y, si la tienen, pueden perderla en casos de viudez, abandono o separación marital. En los cinco países la declaración de problemas de salud en la mujer fue siempre mayor que en el hombre pero en dos de ellos la utilización de los servicios en caso de enfermedad fue menor entre las mujeres que entre los hombres; en un país fue mayor y en otro virtualmente igual.[96] El estudio concluyó que las reformas de salud que han privatizado servicios o introducido sistemas de financiamiento no solidarios han agravado las inequidades de género preexistentes: las mujeres requieren más servicios pero se ven obligadas a pagar más que los hombres debido a sus riesgos mayores; este problema se agrava debido a la capacidad económica más baja de las mujeres; en algunos casos, los seguros privados practican el descreme y evitan asegurar a las mujeres, y la carga de la responsabilidad de crianza de los hijos recae sobre la mujer que crecientemente carece de compañero para compartirla (el 30% de los hogares de la región está encabezado por una mujer). Para corregir estos problemas habría que asignar más recursos a las mujeres que a los hombres, invertir más en la prevención, prohibir el descreme por género de las aseguradoras privadas y fortalecer los sistemas solidarios (Gómez Gómez 2002).

Chile es un caso interesante de inequidad de género pero con mejoras recientes que merece tratamiento especial. El 65,5% de los cotizantes en las ISAPRES en 2002 eran hombres y sólo 34,5% mujeres, mientras que la brecha por género en FONASA era mucho menor (57% y 43%); por otra parte, la proporción de mujeres afiliadas como dependientes de los cotizantes era 28% mayor que la de los hombres combinando ambos sistemas; estas dos tendencias opuestas se compensaban de forma que el porcentaje de beneficiarios por género era similar (SI 2003; FONASA 2004). Lo anterior se explica en parte por los factores externos ya indicados: una tasa de participación femenina en la fuerza laboral de 39% comparada con 73% entre los hombres, un salario promedio un tercio menor al masculino, 45% de las mujeres ocupadas en el sector informal, y acceso principal de la mujer a la salud como dependiente del asegurado hombre. Pero también se debía a graves inequidades de género en el sistema privado. El costo de los planes de ISAPRES discrimina a las mujeres porque estas tienen un factor de riesgo hasta dos veces superior al de los hombres.[97] En 2001 la prima de seguro privado de la mujer en edades 20 a 40 (edad fértil) era entre 2,4 y 3,1 veces mayor que la prima de los hombres en la misma edad, o sea, que el costo de la maternidad es sólo financiado por la mujer pero, aún en los planes que excluyen la atención del parto, la prima de la mujer es más alta que la de los hombres de igual edad. Debido a estas inequidades la enorme mayoría de las mujeres en edad fértil está cubierta por el sistema público que así otorga subsidios al sistema privado En la renovación anual de los contratos de las ISAPRES, las primas pueden ser ajustadas según la edad de las mujeres y el número de dependientes a su cargo (Pollack 2002). La licencia o "subsidio" por maternidad era inicialmente pagada por las ISAPRES, lo cual también aumentaba la prima de las mujeres en edad fértil y creaba obstáculos a su afiliación al subsector privado. Para eliminar esta segunda inequidad, el Estado asumió la responsabilidad (con cargo al presupuesto nacional) del pago de dicho subsidio, de manera independiente al asegurador escogido y el nivel de ingreso de la asegurada. Pero el subsidio de maternidad es altamente regresivo y tiene una las peores tasas de focalización entre todos los subsidios públicos, porque se financia por el fisco pero se paga en proporción al salario, así la mitad de la población recibe el 80% de los recursos totales del subsidio que son financiados por toda la población a través de impuestos muchos de ellos al consumo que pagan hasta los pobres (SPS 2002; Sojo 2003).

---

96 El estudio advierte que la concentración en los servicios curativos subestima las necesidades de atención preventivas mayores de la mujer, como anticonceptivos, atención en el embarazo, parto y puerperio.

97 Las ISAPRES cerradas evitan la inequidad de género porque hay solidaridad dentro del grupo de afilados cubierto, independientemente de su edad, género y riesgo, pero a largo plazo tendrán que aumentar la cotización o restringir las prestaciones (Wainer 1997).

La ley de reforma del sistema privado de 1995 mantuvo las anteriores inequidades. Sin embargo, una ley de 2004 estableció un paquete básico de prestaciones de igual costo e independiente del género del asegurado que debe ser entregado tanto en el subsector público como en el privado a un mismo precio dentro de cada ISAPRE. El fondo de compensación creado por la ley de 2005 reducirá la discriminación por edad y género entre las ISAPRES abiertas respecto al financiamiento del paquete básico; además los aumentos en las primas deben caer dentro de una banda fijada por la ley (MINSAL 2004; Inostroza 2005a; Ley 20,015 2005; ver secciones D-1 y F-2).

C. Solidaridad y redistribución del ingreso

Los múltiples tipos de seguro de salud tienen efectos diversos en la solidaridad. Antes de la reforma y todavía en muchos países de América Latina, el seguro social de enfermedad-maternidad era (es) solidario dentro de su ámbito de cobertura, porque funciona con una prima promedio de riesgo colectivo, la cotización es mayor según crece el salario o ingreso y no tiene en cuenta el riesgo, mientras que las prestaciones son uniformes, de forma que los asegurados de mayor ingreso, sanos y de menor riesgo subsidian a los asegurados de menor ingreso, enfermos y que sufren mayor riesgo. También hay transferencias entre generaciones ya que los jóvenes subsidian a los ancianos. En los países en que la cobertura del seguro social es alta e incluye al sector rural y los no asalariados hay mucha mas solidaridad que en los países donde la cobertura es baja y excluye a dichos sectores. En estos últimos la mayoría de la población no asegurada (incluyendo a los pobres y la población de bajo ingreso) debe ser atendida por el subsector público pero éste tiene recursos insuficientes, el acceso y calidad son inferiores, y parte de la población carece de cobertura efectiva. Además, el seguro social se concentra en servicios curativos personales y deja al subsector público la prevención con recursos fiscales escasos. Un sistema nacional de salud (en operación en sólo en tres países) cubre a toda la población, proporciona atención preventiva y curativa, compensa los riesgos, y combina cotizaciones y aportes fiscales por lo que tiene mayor solidaridad. En algunos países de la región hay seguros sociales organizados por sindicatos o gremios para grupos ocupacionales diversos o mutualidades que a veces son cerradas, fijan una prima y prestaciones según el riesgo del grupo y excluyen al resto, estas entidades tienen solidaridad interna pero no externa y contribuyen a la segmentación. En el seguro privado o las aseguradoras al estilo de Chile, las primas o copagos se basan en el riesgo (edad, género, enfermedades crónicas) y no hay subsidios a los pobres y enfermos (estos se otorgan por el Estado), por lo que no hay solidaridad dentro del sector privado: los de menores ingresos y mayor riesgo tienen primas altas y no pueden pagarlas; este seguro es adecuado para los que tienen recursos y desean cobertura complementaria pero no para toda la población. Los microseguros son organizados por grupos generalmente excluidos de protección formal y basados en lugar de residencia, ocupación, etnia o género, pueden obtener ayuda del Estado, ONG's y organismos internacionales, son autogestionados, o sea, los miembros deciden las prioridades, fijan una prima colectiva y ajustan las prestaciones a las necesidades de atención del grupo, el cual negocia acuerdos con proveedores, por lo cual es solidario pero dentro de cada grupo. (OIT 2000b; OIT/AISS 2001b; Ginneken 2002).

Entre todos los gastos sociales el impacto en la redistribución del ingreso es mayor en los subsidios de salud y los gastos más progresivos son los del subsector público, preventivos, focalizados en los pobres y grupos de bajo ingreso, y en la población rural y urbano-marginal donde la incidencia de pobreza es mayor (Mesa-Lago 1992). Las diversas fuentes de financiamiento pueden tener efectos progresivos, neutrales o regresivos: (1) los impuestos generales directos (sobre el ingreso) son progresivos, mientras que los impuestos indirectos (sobre el consumo) son regresivos; los impuestos específicos (sobre alcohol, tabaco, etc.) son neutrales pero tienen efectos positivos en la salud; (2) las cotizaciones sobre salarios si no tienen tope son progresivas, pero si lo tienen son regresivas, además la cotización del empleador puede transferirse al trabajador o al consumidor vía precios y puede ser regresiva; (3) las cuotas de uso ("ticket moderador"), usualmente cargadas en el sistema público

especialmente en consultas, exámenes de laboratorio y medicinas (recomendadas por el Banco Mundial 1993), limitan el acceso de los hogares pobres y enfermos, porque ponen una carga proporcional más pesada sobre sus hombros, por lo cual tienen un impacto regresivo; (4) los copagos, similares a las cuotas de uso, se cargan usualmente por los seguros privados, como un porcentaje del servicio que debe sufragar el asegurado para moderar la demanda o desalentar el sobreuso,[98] también tienen un impacto regresivo sobre los asegurados de menor ingreso si se imponen sin tener en cuenta éste (en Chile se cargan en el subsector público y de manera progresiva al ingreso), y (5) el gasto de bolsillo es el más regresivo de todas las fuentes, pues se carga a los que se enferman y afecta a los hogares más pobres (OIT 2000b; Castaño y otros 2001).

1. Solidaridad versus equivalencia

Las reformas de salud en la región ponen énfasis en el principio de equivalencia entre la cotización y la prestación. Un estudio de la AISS sobre cobertura concluye que ésta "aumenta cuanto más el sistema se aleja de una equivalencia directa entre las cotizaciones individuales y las prestaciones para orientarse hacia un régimen de seguridad social que distribuye los recursos." Esto se debe a que los sistemas basados en la equivalencia excluyen a los que más necesitan de la seguridad social, porque no es posible incluir a los marginados en prestaciones basadas en cotizaciones. Por ello "la entrega de una protección social adecuada a estos grupos exige desvincular, parcial o totalmente, las cotizaciones de las prestaciones y redistribuir los recursos (Roberts y otros 2002). No obstante debe distinguirse, dentro del principio de equivalencia, el que es a nivel del individuo y el que es a nivel del conjunto de afiliados, pues tienen efectos diversos sobre la solidaridad. Cuando es a nivel del individuo (como originalmente en Chile, pero ver reformas más adelante), su cotización depende de su riesgo y del monto de prestaciones que recibe y no hay solidaridad; las administradoras practican el descreme, o sea, rechazan a los que sufren mayor riesgo y son menos rentables y se concentran en los de menor riesgo y mayor ingreso, cargan copagos a los asegurados, y capturan una parte importante de recursos. La solidaridad es externa al sistema, así el subsector público queda a cargo de los grupos con mayor riesgo y costo, y de más bajo ingreso (menos rentables), de manera que captura una cantidad menor de recursos. Por el contrario cuando el principio de equivalencia es a nivel colectivo (como en Colombia y a partir de 2005 en Chile), los afiliados cotizan de acuerdo a su capacidad de pago y no por su riesgo, se fija un paquete básico de prestaciones obligatorio para todos y los riesgos diversos de los asegurados se compensan con subsidios. Aunque hay un elemento importante de solidaridad para incorporar a pobres y personas de bajo ingreso con igualdad en dicho paquete básico, éste no elimina totalmente las diferencias de acceso y calidad de la salud pues hay prestaciones complementarias que dependen del ingreso (Titelman, Uthoff y Jiménez 2000; ver sección D).

Idealmente el ajuste de riesgo que defina la fórmula redistribuidora para evitar el descreme debe reunir cinco atributos: predictabilidad de la necesidad de utilización de servicios de salud, obtención sin gran esfuerzo, confiabilidad e invulnerabilidad a la manipulación, bloqueo de los incentivos perversos, y protección de la privacidad de asegurados y proveedores. Usualmente ninguna fórmula reúne los dos primeros atributos. Los proveedores deben recibir una capitación de un fondo compensador definido por la fórmula de ajuste de riesgo, así como primas residuales de los usuarios. La fórmula puede utilizar seis elementos: ingreso, factores demográficos y geográficos, condiciones médicas crónicas o adquiridas, estado de necesidad, y factores socioeconómicos, y puede combinarse con información diagnóstica, etc. Por todo ello es muy difícil que la fórmula sea adecuada y cumpla con todos los atributos y elementos (Bertranou 1999).

[98] Se alega que estos copagos son usados por las aseguradoras para protegerse del "riesgo moral" de asegurados que demandan más servicios sanitarios que si no estuvieran asegurados; mientras mayor es el copago menor es la prima y viceversa (Bitrán y Almarza 1997).

2. Mecanismos en favor y en contra de la solidaridad

Aunque no hay un método para evaluar sistemáticamente los mecanismos favorables y contrarios a la solidaridad, mucho menor su impacto neto, el análisis de dichos mecanismos en once países indica que: en tres de ellos los solidarios predominan (Colombia, Costa Rica y Cuba); en cuatro hay cierto balance (Brasil, Perú, Uruguay, República Dominicana—cuando opere plenamente la reforma) y en cuatro predominan los mecanismos contrarios a la solidaridad (Argentina, Chile—mejorada la solidaridad por las leyes de 2004-2005, México y Nicaragua).

Los principales mecanismos de solidaridad utilizados por los países son: (a) la universalidad de la cobertura; (b) la atención por el subsector público (o seguro social) de la población pobre o de bajo ingreso (con trato igual), financiada con impuestos o transferencias fiscales; (c) el otorgamiento de un paquete básico universal en todos los subsectores del sistema sin discriminar por ingreso, edad, género, ubicación y riesgo (también, pero menos efectivos, los programas públicos o del seguro social focalizados en la población pobre); (d) los fondos de compensación o solidarios que o bien completan la cotización para financiar el paquete básico garantizando un mínimo prefijado por cada afiliado o reducen las diferencias regionales o cubren la atención de alta complejidad; (e) la ausencia de grupos con programas separados con mejores instalaciones, equipo y personal, subsidiados por el fisco; (f) el traspaso de una cotización solidaria pagada por los asegurados de ingreso alto y destinada a la cobertura de la población sin recursos o el traspaso de parte de la cotización al seguro social hacia un programa para cubrir a los campesinos o la retención de parte de la cotización al seguro social a aquellos que deciden pasarse a las aseguradoras/proveedoras privadas; (g) el financiamiento del paquete básico mediante unidades de pago por capitación fijadas teniendo en cuenta la edad, género y localidad; (h) la distribución de las recursos y prestaciones de salud públicos de manera que los estratos de menor ingreso reciban proporcionalmente más atención que lo que aportan; (i) el aumento del gasto público de salud, asignándolo a los municipios más pobres o la distribución de las transferencias fiscales a los municipios (u otras unidades geográficas) basada en las necesidades de éstos (pobreza, bajos niveles sanitarios, etc.), de manera que ocurra una transferencias de los más ricos a los más pobres; (j) los incentivos fiscales para promover la incorporación de trabajadores independientes no calificados y de bajo ingreso así como otros grupos informales (servidores domésticos, familiares no remunerados, amas de casa) y la extensión de la cobertura de salud a los desempleados de bajo ingreso; (k) la asignación de más recursos públicos al primer nivel de atención (reduciendo proporcionalmente las asignaciones a los otros dos niveles) que es donde se atiende la mayoría de los problemas de salud sufridos por los pobres y grupos de bajo ingreso; (l) la prohibición de la selección de riesgos por las aseguradoras/proveedoras privadas, y (m) la focalización eficiente y efectiva que impida que no pobres reciban subsidios fiscales (free riders).

Los mecanismos contrarios a la solidaridad identificados en los países son: (a) la baja cobertura de la población; (b) los programas privilegiados separados (o el pago de seguros privados a funcionarios públicos) cuyos asegurados no cotizan al seguro social general y reciben subsidios fiscales financiados por impuestos (usualmente al consumo) que paga toda la población incluso la pobre no asegurada; (c) la segmentación de la población entre los tres subsectores, sin solidaridad entre ellos, basada en el ingreso respectivo: pobres en el público, mediano ingreso en el seguro social y alto ingreso en el privado; (d) los subsidios del subsector público a los afiliados en el seguro social o privado, los cuales utilizan los hospitales y atenciones de alta complejidad, de manera que el público funciona como asegurador en última instancia (o los subsidios del seguro social por el uso de sus servicios por afiliados a seguros privados); (e) los paquetes básicos diferenciados por grupos de asegurados (contributivos, subsidiados, pensionados); (f) la selección de riesgos por las aseguradoras/proveedoras privadas que se concentran en la población joven, de alto ingreso y bajo riesgo, dejando al subsector público la población pobre o de bajo ingreso, anciana, femenina y de alto riesgo, así como el incremento de copagos por las aseguradoras a las mujeres en edad fértil y los ancianos; (g) el traspaso de asegurados de ingreso alto y medio-superior

del seguro social al subsector privado llevándose consigo toda la cotización (descreme financiero); (h) las aseguradoras/ proveedoras o seguros "cerrados" que cubren a grupos de ingreso alto y riesgo bajo, así como la prohibición de pasarse a una proveedora con mayores recursos o el pago por ésta de sólo el paquete básico, discriminando con el resto de sus afiliados; (i) la cotización al seguro social con tope en el salario impositivo, la imposición de la suma de los porcentajes de cotización del trabajador y el empleador a los independientes no calificados y de bajo ingreso (discriminando contra los asalariados formales que sólo pagan su propia cotización); (j) la deducción al impuesto sobre la renta de primas y copagos al seguro privado; (k) el pago de bolsillo por la población pobre y de bajo ingreso que no tiene acceso efectivo a servicios públicos o de seguro social, así como de las cuotas de uso en el subsector público; (l) el otorgamiento de subsidios a personas que aparecen como pobres pero tienen capacidad contributiva (*free riders*), y (m) la existencia de desproporciones importantes entre los subsectores respecto a las poblaciones que cubren, sus gastos y los recursos físicos y humanos que tienen a su disposición (mayores en el privado que en el público).

Argentina. Hay cinco mecanismos de solidaridad en el sistema reformado: (a) el subsector público que atiende gratuitamente a la población pobre y de bajo ingreso; (b) la posibilidad que afiliados a OS con pobres recursos y prestaciones puedan transferirse a OS con mayores ingresos y prestaciones (pero ver abajo); (c) el paquete básico para toda la población; (d) el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que complementa la cotización de cada trabajador a fin de alcanzar el costo del paquete básico, independientemente del nivel de ingreso y riesgo, garantizando a cada OS un monto mínimo prefijado por cada afiliado y familiar dependiente, por lo cual debe transferir recursos de las OS de alto y mediano ingreso a las OS que concentran los asegurados cuyas cotizaciones son inferiores al costo del paquete básico (pero no hay FSR en las OS provinciales),[99] y (e) las transferencias de asegurados en las OS con ingreso medio y alto que tienen doble cobertura y aunque aportan a las OS no usan los servicios de éstas sino los de las proveedores privadas (la eliminación de la doble cobertura parece haber eliminado este subsidio). Por otra parte, hay once mecanismos contrarios a la solidaridad: (a) el mantenimiento como cerradas (no se puede entrar a ellas por libertad de elección) de las OS provinciales y de muchas nacionales, como las de las fuerzas armadas, policía federal, congreso, poder judicial, universidades nacionales y personal directivo, muchas de dichas OS cubren a grupos de relativo bajo riesgo y alto ingreso; (b) los subsidios concedidos a OS con recaudación per capita superior al promedio, para cubrir deficiencias en la gestión (56,7% de los subsidios totales se asignaron a dicho fin en 2001, pero se suprimieron en 2002-2004); (c) las persistentes disparidades de ingresos entre las OS (las de personal de dirección recibían cuatro veces el promedio de las sindicales en 2003), lo cual genera diferencias considerables en la calidad de los servicios; (d) el pago de una cotización fija para los trabajadores autónomos independientemente de su ingreso; (e) el incremento de la demanda de servicios al subsector público en las provincias, debido a la crisis económica, a par que se estancaron los recursos asignados al mismo, así como la suspensión de varias medidas solidarias por causa de la crisis y los reclamos judiciales; (f) el descreme financiero que ocurre porque los asegurados que se trasladan de OS son los de mayor ingreso (60% superior al promedio del sistema) y se llevan consigo su cotización y la del empleador para afiliarse en OS con planes más caros o que tienen convenios con EMP, obteniendo así mejores prestaciones, esa fuga despoja a las OS de dichos recursos y las deja con los afiliados de menor ingreso, por lo cual los servicios tenderán a

[99] Antes de la reforma, en teoría el Fondo debía redistribuir recursos en una doble forma: desde las OS con ingresos por afiliado superiores al promedio del sistema hacia OS con ingreso por debajo de dicho promedio, y en favor de los afiliados con mayores necesidades de atención. En la práctica las OS más beneficiadas por el Fondo fueron las de mayor ingreso en vez de menor ingreso y más necesitadas, ello se debió en parte a que las OS más ricas eran las más eficientes y demostraban al Fondo la necesidad de recibir recursos, mientras que las más pobres carecían de esa capacidad (Montoya 1997; Tafani 1997; Centróngolo y Devoto 2002; Médici 2002d).

deteriorarse;[100] (g) los planes diferenciados de prestaciones que surgen porque los afilados de bajo ingreso que se pasan a una OS de mayor ingreso sólo tienen derecho a recibir el paquete mínimo, con lo cual crea una dualidad con los planes que reciben los afiliados con capacidad de pago, los gastos por encima del paquete deben ser pagados de su bolsillo por los afiliados de bajo ingreso; (h) la exención de las OS provinciales de la obligación de pagar el paquete básico y aportar al fondo de compensación (FSC), e (i) el uso de servicios en hospitales públicos por afiliados a OS (especialmente OS provinciales y las cerradas de fuerzas armadas, etc.) y EMP si hacer los pagos correspondientes (sobre medidas para aliviar este problema ver sección F-4**)**. La estratificación anterior a la reforma basada en la ocupación y el ingreso es ahora basada principalmente en el ingreso (Flood 1997; Centrángolo y Devoto 2002; Médici 2002d; Lloyd-Sherlock 2003; Torres 2004; OPS 2005a; SSS 2005).

Bolivia. Tres mecanismos solidarios son el paquete básico de prestaciones (SUMI) que se ha extendido desde 2003 y que está focalizado en el grupo materno-infantil; la distribución del 10% del ingreso del gobierno central a todos los municipios incluyendo los pobres, y el fondo nacional solidario que aporta recursos adicionales (ver sección F-2). Mecanismos contrarios a la solidaridad son: la baja cobertura efectiva del subsector público, las barreras geográficas de acceso al SUMI en zonas rurales y las culturales en la mayoría de la población que es indígena; la distribución desigual de las instalaciones y servicios de salud en el país; la asignación per capita de los recursos sin tener en cuenta las necesidades diversas entre los municipios; el abandono de la intención original de distribuir los recurso adicionales del fondo de solidaridad de manera progresiva a los municipios más pobres, con el riesgo que termine en los municipios más ricos; la multiplicidad de programas de seguro social para distintos grupos, varios de los cuales cubren a sectores de ingreso medio y medio alto (universidades, militares) y reciben subsidios fiscales (el seguro social cubre a 17% de la población y toma 37% del gasto total de salud), y los subsidios cruzados del subsector público a los seguros sociales. Los asegurados de estos en zonas rurales donde no hay instalaciones de atención primaria acuden a las del subsector público (reciben 18% del total de las atenciones públicas) y 45% de los partos de mujeres aseguradas se hacen en instalaciones públicas, por último. El seguro social hace una transferencia al subsector público a través de SUMI pero esta es una fracción de las transferencias que recibe (Banco Mundial 2004).

Brasil. Hay cuatro mecanismos de solidaridad: el subsector público (SUS) atiende a la población pobre y de bajo ingreso financiado con contribuciones de las empresas, impuestos y transferencias del gobierno federal; el paquete básico; el programa de salud de la familia, y el fondo de compensación destinado a reducir las diferencias regionales en atenciones de alta complejidad (ver secciones D-1, D-2). Hay cinco mecanismos contrarios a la solidaridad: (a) los subsidios fiscales a los asegurados en planes o seguros privados ya que estos pueden deducir las primas y otros gastos del impuesto sobre la renta; (b) el pago de aseguramiento privado por el gobierno a los funcionarios públicos los que también pueden usar los servicios públicos; (c) los subsidios cruzados del subsector público a los seguros privados, debido a que sus asegurados utilizan servicios de alto costo y complejidad públicos, disminuyendo el precio promedio de las primas de seguro que pagan los grupos de mediano y alto ingreso, incrementando el costo del SUS y reduciendo los recursos públicos para atender a los pobres; (d) la mayoría de los médicos que trabajan en el SUS también tienen consulta privada y constituyen una puerta privilegiada de entrada para la atención en el subsector público, y (e) el gobierno federal introdujo en 2000 una tarifa de precios para el uso de servicios públicos (TUNEP) para recobrar costos, pero muchos procedimientos son pagados de acuerdo con otra tarifa con precios inferiores que utiliza el SUS cuando compra servicios a los proveedores privados y muchos seguros están demandando a los hospitales públicos y municipios

[100] En 2003 dos de las tres OS con el mayor número de cotizantes (12% del total) tenían la cotización promedio más baja, mientras que la OS con la cotización más alta tenía sólo 0,2% del total de cotizantes; la razón entre la cotización más alta y la más baja era 9:1 (basado en INARSS 2003).

reclamando el pago a los precios inferiores (la tarjeta de identificación magnética que se espera tendrá toda la población, será un instrumento para identificar mejor a los que usan los servicios públicos y poder recobrar los costos) (Medici 2002a).

Colombia. El sistema reformado tiene seis mecanismos de solidaridad: (a) en el régimen contributivo los afiliados pagan una cotización porcentual igual, aunque el monto varía de acuerdo con el salario o ingreso, pero es independiente del riesgo y se traspasa 1% de la cotización en solidaridad para el régimen subsidiado; (b) dentro de este régimen se garantiza un plan mínimo obligatorio de salud (POS) igual para todos y que debe ser ofrecido por las aseguradoras a todos sus afiliados, éstas reciben una unidad de pago por capitación (UPC) la cual varía por edad, género y localidad; (c) el régimen subsidiado cubre a los grupos pobres o de bajo ingreso que no tienen capacidad contributiva, también provee un plan mínimo obligatorio de salud (POSS) y se financia con el 1% de solidaridad y aportes fiscales; (d) el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) tiene varias cuentas (Prevención y Promoción, Solidaridad, Compensación, y Riesgos Catastróficos) recibe recursos y distribuye estos en base a los principios de solidaridad y equidad; (e) las aseguradoras del régimen contributivo cuyo costo del POS sea menor que el monto recibido por UPC deben transferir el excedente a la cuenta de compensación del FOSYGA, mientras que las aseguradoras cuyo POS sea mayor que la UPC, deben reciben transferencias de dicha cuenta para cubrir el déficit, y (f) el FOSYGA financia la prevención y promoción de la salud, así como los riesgos catastróficos para toda la población. Por otra parte hay tres mecanismos que afectan adversamente a la solidaridad: (a) los regímenes especiales mantenidos después de la reforma tienen prestaciones excepcionales y no aportan al sistema general contribuyendo al desbalance financiero de FOSYGA; (b) el POS es 67% mayor que el POSS y la UPC 86% mayor en 2002, y (c) los afiliados al régimen contributivo pueden comprar de su bolsillo prestaciones complementarias sobre el POS, las cuales son inaccesibles a los afiliados al régimen subsidiado (Jaramillo 1999; Yepes 2000; OPS 2005a).

Una comparación entre la distribución del total del ingreso nacional en Colombia entre quintiles y la distribución del subsidio del régimen subsidiado también por quintiles en 1997 mostró que los dos quintiles de ingreso más bajo recibían 9% del ingreso nacional y 63% del subsidio, mientras que el quintil más rico recibía 61% del ingreso nacional y 5% del subsidio. Aunque positivo esto indica que la identificación de la población elegible al régimen subsidiado no se hizo correctamente y 11,5% de los afiliados a este régimen en 1997 no eran pobres ya que estaban en los dos quintiles más ricos (*Salud Colombia* 2003). En 2000, 47,6% de la población no pobre estaba cubierta por el régimen contributivo, 13,7% por el subsidiado y 38,5% no estaba afiliada, de manera que 14% de los no pobres recibía subsidio. Por otra parte, entre la población pobre, la distribución era 10,7% en el régimen contributivo, 35% en el subsidiado y 53,9% no estaba afiliado, o sea, que casi 11% de los pobres contribuía, todo lo cual lo que pone en duda la aplicación de la focalización por el sistema (OPS 2005a). La Contraloría General ha encontrado manipulaciones en la identificación y clasificación de afiliados pobres con fines políticos, que permitieron recibir subsidios a personas no elegibles (Málaga y otros 2000). Por otra parte, los afiliados pobres en el régimen subsidiado estaban haciendo copagos entre dos y cuatro veces los hechos por los afiliados en el régimen contributivo (Jaramillo 1999).

Costa Rica. Los mecanismos de solidaridad predominan y son de los más fuertes de la región: (a) la cobertura virtualmente universal del seguro social; (b) la atención por el seguro social, a cargo del Estado, de toda la población no asegurada que es pobre (pero el aporte estatal es insuficiente, por lo que la CCSS tiene que transferir ingresos de los asegurados cotizantes; ver sección F-5); (c) los incentivos a la incorporación, con subsidios fiscales, de los trabajadores independientes y otros grupos de informales de bajo ingreso que son usualmente excluidos de aseguramiento en la región; (d) la igualdad de trato en la atención integral de salud a todos los asegurados, independientemente de su ingreso y riesgo, si tienen cobertura obligatoria o voluntaria, si cotizan o si son parcial o totalmente subsidiados por el Estado (pero ves abajo); (e) el

fortalecimiento del nivel primario que ha aumentado el acceso del sector de menor ingreso, y (f) la no existencia de grupos con programas propios fuera del seguro social. Pero la reforma ha erosionado algunos de estos mecanismos: (a) las filas para las citas en la CCSS, las largas listas de espera para cirugía y otros servicios especializados y el deterioro de muchos de estos (en parte porque la CCSS no ha invertido lo suficiente en comprar nuevos equipos y ha reducido a los médicos contratados directamente), han provocado la creciente "salida" de los sectores medio y alto que compran servicios privados por razones de oportunidad, calidad, exclusividad y comodidad; (b) el grupo que "sale" paga doble y, al mantener su cotización al seguro social, no quiebra en este sentido la solidaridad, pero se crean incentivos para evadir o subdeclarar y el peligro potencial que dichos sectores presionen políticamente para obtener la libertad de elección que existe en otros países de la región; (c) la CCSS se va quedando con los sectores de ingreso medio-bajo y bajo, así como los pobres, que no pueden comprar los servicios privados, y esto sí quiebra la solidaridad, y (d) hay prácticas ilegales para cobrar a los asegurados que no pueden salirse, a fin de acelerar la atención u obtener mejor trato dentro del seguro social (Herrera y Durán 2001; Sojo 2001a; Martínez y Mesa-Lago 2003; Martínez 2005; ver sección B-1).

Cuba. Probablemente es el país en la región con los mecanismos más fuertes de solidaridad porque la cobertura es universal, integral y gratuita. No obstante la crisis económica ha provocado problemas de acceso, deterioro de los servicios y severa escasez de medicamentos e insumos, los cuales no han sido del todo resueltos por una recuperación prolongada, oscilante e incompleta. Además las fuerzas armadas, el personal de seguridad interna y la alta dirigencia tienen servicios superiores, y más recientemente se han creado salas especiales para turistas con servicios de primera calidad.

Chile. Hay cuatro mecanismos de solidaridad todos dentro del subsector público-seguro social: (a) los afiliados a FONASA básicamente reciben un mismo paquete de prestaciones independientemente de sus ingresos y cotizaciones, así como de su riesgo, por lo cual hay una redistribución desde los afiliados de mayor ingreso a los de menor ingreso, y desde los sanos a los enfermos (una ley de 2004 incorpora el paquete mínimo en las ISAPRES); (b) FONASA provee subsidios de acuerdo con el ingreso de los beneficiarios, así dos grupos (los pobres y el grupo de ingreso inferior) no pagan y a los dos grupos de mayor ingreso se les impone un copago creciente, por lo que los dos primeros grupos son subsidiados por los dos grupos de ingreso superior (la ley de 2004 otorga a los asegurados en FONASA y las ISAPRES el derecho a una cobertura financiera adicional hasta 100% del financiamiento de copagos, salvo el deducible); (c) la participación del aporte fiscal a FONASA creció 286% en 1993-2003 y constituía 58% del total del ingreso público en 2003, la cotización promedio en las ISAPRES era 3,5 veces mayor que la promedio en FONASA, pero con el aporte fiscal la brecha se reducía a sólo 1,4 veces (Urriola 2005); y (d) FONASA asigna fondos por capitación según un índice basado en una fórmula de pobreza que distribuye más a los municipios más pobres, por lo cual hay una transferencia de recursos de municipalidades ricas a pobres.[101]

Pero los mecanismos contrarios a la solidaridad en Chile eran mayores que los favorables al menos hasta 2004-2005 y están centrados en el subsector privado y en las relaciones de éste con el público-seguro social: (a) no hay solidaridad entre los dos subsectores y mientras FONASA concentra a las personas de bajo ingreso, mayor edad, alto riesgo y familias más extensas, las ISAPRES atraen a las personas de alto ingreso, más jóvenes, bajo riesgo, con familias pequeñas y a la mayoría de los cotizantes que son hombres; (b) las ISAPRES "abiertas" carecen de solidaridad porque afilian a los trabajadores que puedan pagar el costo del plan y no están afectados por ciertos

[101] Según dos expertos este último mecanismo ha sido insuficiente para reducir la brecha entre municipios: en 1996 los municipios en el decil más rico gastaron US$22 per capita más en salud que los del decil más pobre, y las diferencias en médicos por 1,000 habitantes oscilaban entre 0,28 y 1,92 en los municipios extremos (Homedes y Ugalde 2003).

riesgos (abarcan 94% del total de afiliados), mientras que las ISAPRES "cerradas" (sólo 6% del total) tienen solidaridad dentro del grupo de afiliados que son empleados de una gran empresa, pero no con el resto de la población; (c) el 22% de la población estaba afiliada a las ISAPRES y gastaba 43% del gasto total de salud en 2000, mientras que el 78% restante absorbía 57% del gasto, de forma que la enorme mayoría de la población no puede afiliarse a las ISAPRES que gastan proporcionalmente el doble que FONASA; (d) la edad promedio de los asegurados en la ISAPRES era 41 años en 2002 mucho más baja que la edad de los afiliados en FONASA, en 2003 las primeras afiliaban 5,5% de la población de 60 años y más mientras que FONASA cubría a 92% de dicha población (SI 2004; Urriola 2005); (e) al arribar a la edad de jubilación el ingreso disminuye, mientras que el gasto de salud aumenta, por lo que las ISAPRES incrementan la prima a los afiliados de la tercera edad y muchos de estos se transfieren al subsector público;[102] (f) el sector de ingreso medio y alto transfiere la cotización del 7% a las ISAPRES, con lo cual FONASA pierde el aporte mayor al sistema de salud y tiene a su cargo la población anciana y pobre o de bajo ingreso; (g) las cotizaciones tienen un tope salarial y tanto las cotizaciones como copagos a las ISAPRES están exentas de impuestos, de ahí que favorecen al grupo de más alto ingreso y tienen un impacto regresivo; (h) hasta comienzos del decenio del 90 las ISAPRES podían rescindir o restringir un contrato con un afiliado que sufriera una enfermedad crónica o costosa, luego se hizo ilegal esta práctica; (i) los afiliados de las ISAPRES siempre pueden regresar al sistema público como último recurso (cuando envejecen o sufren enfermedades catastróficas) y, sin abandonar el subsector privado utilizan servicios públicos cuando el tratamiento es de alta tecnología y/o costoso (por ejemplo, 11% de las cirugías en hospitales públicos, 9% de los partos, 6% de la atención dental, rayos y ecografía, y 4,5% de la hospitalización, subsidios cruzados que se estimaron en 4% de los gastos públicos de salud en 1998), y (j) durante recesiones económicas parte de los afiliados a las ISAPRES se pasan al sistema público (Barrientos 2000; Titelman 2000; Homedes y Ugalde 2003).

Los gobiernos democráticos en Chile han corregido varios de los mecanismos contrarios a la solidaridad y mejorado ésta con las medidas siguientes: incremento de las transferencias fiscales al subsector público de 0,7% a 1,3% del PIB; aumento en seis veces de la inversión en los años noventa comparado con los años ochenta; eliminación de subsidios del subsector público al privado y un mejor control de los afiliados a las ISAPRES que utilizan servicios públicos; equiparación gradual de los salarios en ambos subsectores; reducción de las desigualdades en el acceso, así como mejora de la atención a los grupos de bajo ingreso y pobre; y regulación de las ISAPRES para evitar algunos abusos (Barrientos 2000). No obstante, en un mensaje al parlamento el Presidente reconoció en 2002 que, a pesar de estos avances, había insatisfacción con el sistema de salud y que era necesario reformarlo para reforzar la solidaridad con garantías iguales para todos a fin de que los sanos se solidaricen con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con los ancianos y los ricos con los pobres ("Mensaje..." 2002: 5). Las leyes de 2004-2005 incluyen medidas adicionales para mejorar la solidaridad, entre ellas el ya citado fondo entre las ISAPRES abiertas que compensa riesgos en salud generados por edad y sexo, neutralizando el efecto de las diferencias en morbilidad entre los beneficiarios respecto a un plan básico de salud; por ejemplo, todos los asegurados en una ISAPRE cotizan igual al fondo y reciben un beneficio calculado de acuerdo con su gasto de salud esperado, de manera que las mujeres en edad fértil y los ancianos reciben transferencias de las cotizaciones aportadas al fondo por los hombres jóvenes (Ley 20,015 2005; ver también secciones A-3, B-3, D-1, F-1).

[102] Un estudio de la Universidad de Chile en 1995 demostró que el gasto de salud de un afiliado de más de 60 años era 112% superior al de un afiliado de 45-59 años, y la cotización era fuertemente aumentada a partir de los 65 años. La viabilidad en la permanencia de estos afiliados en las ISAPRES se basó en la rentabilidad a largo plazo de los fondos de pensiones privados (AFPs), pero dicha rentabilidad ha exhibido una tendencia declinante (citado por Bitrán y Almarza 1997; Wainer 1997; sobre la rentabilidad de las AFPs ver Mesa-Lago 2004).

Ecuador. Un mecanismo solidario es la transferencia de 0,66% de la cotización del seguro social para ayudar a financiar el seguro campesino aunque este porcentaje es obviamente insuficiente y no alcanza ni para sufragar la atención primaria que recibe ese grupo; la ley de reforma de 2001 parece sustituir esta transferencia por aportes directos del Estado (LSS 2001).

Honduras. Hay subsidios cruzados del subsector público al seguro social, porque sus asegurados (principalmente de ingreso medio) pueden utilizar los servicios del ministerio que deben estar concentrados en la población pobre y de bajo ingreso, lo cual crea desincentivas a la afiliación al seguro social (Durán 2003).

México. Un mecanismo solidario importante han sido los múltiples programas del ministerio federal, el seguro social principal (IMSS) y otras entidades federales que han otorgado servicios de salud focalizados en la población pobre, especialmente en zonas rurales y urbanas deprimidas (el más reciente, el seguro popular de salud: SPS); pero estos programas usualmente no han sido integrados o no han tenido continuidad o se les han recortado los recursos; además los recursos fiscales asignados no han logrado reducir la brecha entre sus servicios y los recibidos por los asegurados. Los mecanismos contra la solidaridad predominan: (a) los grupos de ingreso medio y medio alto cubiertos por seguros sociales separados reciben subsidios fiscales varias veces mayores que los asignados a la población pobre o de muy bajo ingreso; (b) las transferencias federales a los estados parecen ser regresivas pues el per cápita recibido por el estado con más recursos y el estado con menos recursos es de 9 veces y la asignación no está relacionada con las necesidades, los estados que menos reciben son los que tienen mayores necesidades; (c) hay una diferencia de 156 veces entre el estado que aporta más recursos en la cofinanciación y el estado que aporte menos recursos; (d) parte de los afilados en los seguros sociales se atiende en el subsector público (SSA) porque prefieren sus servicios o estos le quedan más cerca, con lo cual hay un subsidio cruzado desde la SSA, y (e) una parte considerable de la población pobre y de bajo ingreso, sin acceso a los servicios públicos, acude a la medicina privada pagando de su bolsillo—México tiene la segunda proporción más alta en la región del gasto privado de familias (González Pier 2005; OPS 2005a; Cuadro 13).

Nicaragua. Un mecanismo solidario es que las proveedoras que cubren a los afiliados en el seguro social deben obligatoriamente aceptar al asegurado, independientemente de sus condiciones preexistentes. Pero predominan los mecanismos contrarios a la solidaridad: (a) la separación de la población entre los subsectores con diversos niveles de atención y los pobres dejados sin protección o los peores servicios; (b) el paquete básico del seguro social es insuficiente y hay un paquete más restringido para los pensionados; (c) las diferencias notables en las prestaciones otorgadas por las proveedoras que atienden a los afiliados al seguro social (a pesar de que pagan una cotización igual) y la prohibición de cambiar a una proveedora fuera del área en que vive el asegurado; (d) el subsidio fiscal a 1,500 asegurados que no reciben atenciones de alta complejidad excluidas en el seguro social y acuden a los hospitales públicos (por otra parte, el ministerio se ha ahorrado una suma que no es posible estimar por la atención del seguro social, aunque no hay una evaluación del resultado neto de los dos mecanismos opuestos); (e) el subsidio que otorga el ministerio a los pacientes en sus hospitales que son asegurados en las EMP con el fin de retenerlos y mantener los contratos, con menoscabo de los no asegurados (La Forgia 2005), y (f) la necesidad de los asegurados en la tercera edad y los pensionados de acudir a los hospitales públicos porque sólo están cubiertos por un paquete básico reducido en el seguro social (ver secciones B-2, D-1, D-2, E-5).

Perú. Hay cinco mecanismos solidarios: (a) el paquete básico provisto por el ministerio y focalizado en la población pobre, especialmente en la zona rural y urbano-marginal, mujeres embarazadas y niños, el cual tiene un impacto progresivo; (b) la obligación de ofrecer un paquete básico dentro del seguro social (EsSalud) y por las entidades proveedoras (EPS) y planes de empresa; (c) la prohibición legal a las EPS de discriminar por ingreso, sexo o riesgo del asegurado, además la afiliación se hace en bloque por todos los trabajadores de una empresa y sus familiares,

de forma que hay un riesgo compartido dentro de ese grupo; (d) la retención por EsSalud de 75% de la cotización del empleador cuando los trabajadores de su empresa deciden pasarse a una EPS (transfiriendo a la EPS el 25% restante), los empleadores que tienen servicios propios pueden descontar 25% de su aporte, y (e) EsSalud opera (como FONASA en Chile) como asegurador en última instancia de la atención de alta complejidad y costo, pero esto debe financiarse con el 75% que se mantiene en EsSalud cuando se transfiere el trabajador a una EPS, mientras que en Chile se pasa toda la cotización. Hay cuatro mecanismos contrarios a la solidaridad (uno tiene efectos mezclados): (a) los tres subsectores continúan básicamente separados: los pobres son atendidos por el ministerio con un paquete básico, una minoría de ingreso medio se atiende en EsSalud, los de mayor ingreso dentro de este estrato que pueden financiar copagos se pasan a las EPS, y el estrato de mayor ingreso se afilia a las mejores EPS o paga directamente por servicios privados; (b) EsSalud debe pagar todas las prestaciones económicas y sociales de salud de los afiliados a las EPS (licencias por incapacidad y maternidad, lactancia, sepelio, rehabilitación profesional, etc.) lo cual implica un subsidio a las EPS y añade otra carga financiera a EsSalud; (c) alrededor de 13% de los asegurados en EsSalud y 10% de los que tienen seguro privado utilizan los servicios públicos de alta complejidad restando recursos a los más necesitados y subsidiando a las EPS y los seguros privados (MS 2002); y (d) si quiebra una EPS, EsSalud tiene que hacerse cargo de la atención de todos sus afiliados, lo cual es una garantía pero aumenta el costo del seguro social. El 75% que retiene EsSalud no es suficiente para financiar las referencias para tratamiento de alta complejidad, las prestaciones económicas y sociales, y el costo potencial de asegurar los afiliados de las EPS que quiebren (ver sección F-5).

República Dominicana. Una vez implementada, la reforma tendrá tres mecanismos solidarios: la cobertura de toda la población (incluso los pobres y los de bajo ingreso en los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado); los aportes fiscales a estos dos regímenes, y el paquete básico uniforme independiente del ingreso. Por el contrario hay cuatro mecanismos no solidarios: (a) no existe solidaridad entre los tres regímenes porque tienen fondos separados; (b) si por razones económicas se establece un paquete básico reducido en el régimen subsidiado, eso creará desigualdad pues su grupo cubierto es el que sufre más incidencia de enfermedad y tiene menos recursos (ver secciones D-1, F-1); (c) el país tiene la proporción más alta de gasto de familias dentro de la región, un factor antisolidario y regresivo (ver Cuadro 13), y (d) el gasto público de salud en los grupos más vulnerables tiene un efecto progresivo en la distribución del ingreso, pero las asignaciones actuales son insuficientes y el efecto no es significativo (Rathe 2004). Una evaluación de todos los resultados de la reforma cuanto esté plenamente implementada encontró que son positivas, pero la reducción de la desigualdad es mayor por las pensiones asistenciales que por el paquete básico (Lizardo 2004).

Uruguay. Hay siete mecanismos solidarios: (a) el gasto público de salud tiene un impacto progresivo en la distribución, más que ningún otro rubro del gasto social; (b) el ministerio otorga atención gratuita a los pobres y subsidiada según el ingreso a los no asegurados; (c) hay subsidios fiscales a los pensionados de bajo ingreso para poder afiliarse a las IAMC y otros están cubiertos por el ministerio;[103] (d) aunque no hay un paquete básico definido, el ministerio determina el conjunto de prestaciones mínimas que debe ser ofrecido por todos lo proveedores; (e) las entidades mutualistas y cooperativas (IAMC) son solidarias entre sí porque hay transferencias de los sanos a los enfermos; (f) la atención de alta complejidad se otorga a toda la población financiada por un fondo público nutrido con aportes de los asegurados y empleadores, así como del Estado para los no asegurados, y (g) los desempleados continúan cubiertos por el seguro social. Por otra parte, hay nueve mecanismos contrarios a la solidaridad: (a) las IAMC que cubren a estratos medios gastan más del doble por beneficiario que el ministerio que cubre a los estratos pobres y de bajo ingreso

[103] En 1999, 96,7% de los pensionados estaba cubierto: 46,7% por afiliación individual voluntaria en las IACM, 28,9% por el ministerio y el restante 21,1% por seguros sociales (AISS 2003a).

(los cuales no tienen acceso a las IAMC); (b) los programas separados de las fuerzas armadas y la policía reciben subsidios fiscales regresivos para cubrir sus enormes déficit; (c) estos subsidios fiscales y los asignados al BPS se financian principalmente con el IVA que es pagado por toda la población, incluso la de bajo ingreso que no está cubierta por los seguiros sociales; (c) la doble cobertura (4% a 12%) de los asegurados en IAMC por el ministerio implica un subsidio cruzado; (d) la no cobertura a los familiares del asegurado en el programa de enfermedad del seguro social (BPS) los obliga a pagar cuotas extra en las IAMC o comprar seguros parciales que discriminan por riesgo y también hay cobertura limitada de los hijos (por edad) en el seguro de maternidad; (e) las IAMC contratadas por el BPS no pueden imponer restricciones a sus afiliados, pero las individuales voluntarias pueden determinar edades y limitar parcial o totalmente la atención de patologías preexistentes; (f) los afiliados a las IAMCs que tienen ingresos altos se benefician del máximo fijado a la cuota, pagan proporcionalmente menos que los asegurados de ingreso medio y bajo y reciben un subsidio fiscal regresivo, y (g) los pagos totales a las IAMCs (cuota más copago promedio), aumentan según disminuye el ingreso, en la capital tomaban 30% del ingreso del quintil más pobre en 2003 pero sólo 4% del ingreso del quintil más rico y la situación en el interior era peor (RISSSCS 2002; Quijano 2002; AISS 2003a; Bucheli 2003; MSP/BM 2004a, 2004b).

D. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones

Una de las principales recomendaciones del Banco Mundial (1993) fue la creación de un paquete básico de servicios ajustado a las necesidades epidemiológicas y locales, así como al ingreso, en el cual debería focalizarse los recursos públicos. La mayoría de los países han establecido el paquete básico o plan mínimo obligatorio de prestaciones que debe ser ofrecido por las aseguradoras y proveedoras a todos los asegurados, de manera independiente a su riesgo e ingreso. En teoría este mecanismo no sólo genera beneficios positivos de bienestar social, ya que garantiza una suficiencia mínima en las prestaciones de salud, sino que también permite a los proveedores alcanzar un equilibrio mancomunado *(risk pooling)*, además, reasigna el gasto de salud dando prioridad a las necesidades básicas y atención primaria, más costo-efectiva a largo plazo que la atención curativa, especialmente la de alta complejidad y costo. Sin embargo, se ha apuntado que no hay una definición óptima de cual es el mínimo aceptable, así un estudio comparativo entre doce países desarrollados encontró que todos tenían un plan mínimo obligatorio pero sus definiciones eran demasiado amplias o vagas y había grandes diferencias entre los países respecto a lo incluido en el mismo. La fijación del nivel de prestaciones de dicho plan con una calidad determinada (ver abajo) genera un conflicto entre equidad-suficiencia y competencia-eficiencia. Si se reducen las prestaciones del plan, éste será menos costoso y estimulará la entrada de más proveedores y una mayor opción de los usuarios, pero aumentarán los gastos de bolsillo de los usuarios y reducirá el efecto redistributivo: mientras que los pobres recibirán un nivel bajo de atención y no podrán pagar los otros servicios excluidos del plan, los usuarios de alto ingreso podrán hacer esos pagos. Por el contrario, si el plan incluye muchas prestaciones, su costo será elevado, entrarán menos proveedores y habrá menos opción para elegir, pero el efecto redistributivo será mayor. En muchos casos, la preocupación por el costo del plan predomina sobre su suficiencia (Bertranou 1999).

La rentabilidad de las aseguradoras y su capacidad de seleccionar riesgos (descreme) también tienen un impacto sobre la suficiencia de las prestaciones a través de la vida del usuario. En Chile la rentabilidad depende del descreme, por lo cual ofrecen contratos diseñados de manera individual según el riesgo y que se renuevan cada año (con poder para cambiar primas y prestaciones) por lo cual no cubren integralmente todos los riesgos durante toda la vida del asegurado. Hay afiliados “cautivos” que no tienen la opción de aceptar o rechazar dichos cambios porque no serían aceptados por otras aseguradoras debido a que son mayores de 60 años o por tener enfermedades crónicas o catastróficas, y su condición tiene que validarse en juicio; a partir de 1996 la Superintendencia ha fijado un índice de precios así como tasas máximas para los planes de

cautivos y varios proyectos de ley en consideración otorgan mayor protección. Por el contrario, en Colombia no se permite legalmente el descreme, los contratos no son anuales y se garantiza un plan básico por toda la vida del asegurado (Titelman, Uthoff y Jiménez 2000).

1. Paquete básico y prestaciones adicionales

Quince países han introducido paquetes básicos de salud para toda la población o para grupos específicos: en 7 países está funcionando plenamente y en 7 es limitado o parcial; en un país no hay un paquete definido pero opera en la práctica; no hay paquete en 5 países, aunque en dos de ellos hay proyectos recientes (Cuadro 5). El seguro social ofrece atención integral a todos sus asegurados (incluyendo prestaciones mínimas), en virtualmente todos los países; en Costa Rica ofrece atención integral a 87%; en Cuba el sistema público la ofrece a toda la población; por el contrario, en Nicaragua hay restricciones en las prestaciones y los asegurados.

No hay paquete básico en los siguientes cinco países. En Ecuador la ley del sistema nacional de salud estipuló la creación del paquete y dio hasta fines de 2003 para definir su contenido (LOSNS 2002), pero no se pudo constatar si se implementó la norma.[104] En El Salvador el ministerio ofrece servicios prioritarios que incluyen prestaciones preventivas y curativas al niño hasta los 11 años, la mujer en edad fértil, el adolescente, el adulto y la tercera edad[105] (OPS 2002b, 2005a). El paquete en **Haití** (BPS) fue interrumpido por las crisis, en 2004 se planeaba extender un nuevo paquete en los próximos 4 años a 350,000 madres y niños (4% de la población)[106] con criterios geográfica y demográficamente definidos, a través de ONG's y otros proveedores públicos y privados (cada uno con un máximo de 10,000 beneficiarios) que recibirán un per capita del ministerio; cada dos años se hará una evaluación incluyendo una encuesta indicadores de impacto (BID 2004). En **Honduras** el gobierno propuso definir un paquete en 2002 y entregarlo a 250,000 personas (3.7% de la población); la Nueva Agenda en Salud (NAS) ofrece prestaciones básicas en el primer nivel, como atención integral comunitaria materno-infantil, casas comunitarias de parto, etc. (OPS 2002b; Durán 2003). En **Venezuela** el paquete se ofrece ólo en los seguros sociales, pero no en el subsector público al menos hasta mediados de 2005 (OPS 2005a).

En la mayoría de los países donde el paquete funciona, está restringido a las acciones de salud siguientes: educación, promoción, prevención, inmunización y detección de enfermedades transmisibles (en algunos SIDA), planificación familiar, nutrición, diarreas y rehidratación, diagnóstico, atención materno-infantil (con variaciones entre los países), medicinas básicas, atención dental básica (en la mayoría) y algunas atenciones curativas en el primer nivel y de urgencias. En Brasil incluye 75 prestaciones algunas relativas a trastornos agudos y acciones de mediana y alta complejidad; en Colombia hay dos paquetes distintos, el del régimen contributivo es mucho más comprensivo que el del subsidiado e incluye cirugías, cáncer, etc.; en Chile el nuevo paquete (GES o AUGE) incrementará gradualmente su cobertura de 25 a 56 patologías en 2005-2007; en México el seguro popular de salud (SPS) aumentará gradualmente de 78 a 91 patologías concentradas en el primer nivel (85%), en gran medida medicamentos, y algunas de nivel superior.

Hay muy escasa información sobre la cobertura de la población: en Argentina se excluye del paquete a las OS provinciales y los asalariados a tiempo parcial; en Brasil cubre a 75% en los municipios en todos los estados; en Chile la ley dispone que cubrirá a toda la población en ambos

---

[104] Ecuador es el país latinoamericano en que el autor encontró las mayores dificultades para obterner información. A lo largo de un año escribió al seguro social, el ministerio de salud y a otras instituciones indagando por cifras y respuestas a sus preguntas pero no tuvo éxito.

[105] Un paquete selectivo de atención primaria diseñado en 1993 aún no se había extendido a la población en 1999 (Homedes y otros 2000).

[106] El marco de cooperación de los donantes tiene como meta "restablecer el paquete básico" y fija una meta mucho más ambiciosa de 2,5 millones de personas (Republic 2004: 32).

subsectores; en Guatemala cubra a 27% de la población total en 2002 focalizado en poblaciones indígenas rurales, pobres y con los peores indicadores de salud y algunas poblaciones relativamente urbanizadas; la meta en Haití es 4% de la población en 2008; en México el SPS cubría sólo 2% de la población total en todos los estados menos el distrito federal en 2004; en Nicaragua el público se focaliza en embarazadas y niños menores de un año, mientras que el seguro social ofrece un paquete restringido a la cónyuge, el hijo menor de 6 años y los pensionados por vejez, y en Perú el paquete cubría 33% de la población en 2004. El ámbito fluctúa entre 4,500 personas en Brasil y 10,000 en Guatemala y Haití (proyecto); los equipos también varían: un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y 1 a 6 promotores de la comunidad en Brasil y Panamá; pero sólo un médico o una enfermera que prestan atención una vez al mes en Guatemala; y 1 auxiliar de enfermería y promotores comunitarios en Bolivia. En Colombia (régimen contributivo), Chile (bajo GES) y México las proveedoras del paquete no pueden negar la afiliación o discriminar por edad, género, riesgo o enfermedades preexistentes.

El costo anual per capita del paquete básico sólo se pudo obtener en 7 países y fluctúa entre 8 y 635 dólares de los Estados Unidos: 8-12 en Brasil (incluyendo la parte fija y la variable), Guatemala y Haití; 87 en la República Dominicana; 83 y 150 en Colombia (el primero en el régimen subsidiado y el segundo en el contributivo), 154 en Nicaragua (alto pero muy restringido en la población cubierta) y entre 269 y 625 según dos cálculos diversos del SPS en México. La información del ajuste periódico del paquete es muy escasa; en Guatemala no se ajustó en 1997-2002 por falta de recursos, en Argentina no se ajustó por un tiempo y luego se hizo anualmente en 2003-2004; en Brasil se ajusta anualmente. El paquete se concede gratuitamente en Brasil y al 94% de los cubiertos en México (los pobres, el resto tendrá que hacer un pago según su ingreso); en Chile también es gratuito para los pobres y el resto tiene copagos con un máximo según el ingreso familiar; en Bolivia no es gratuito, se exige un pago por afiliación y cuotas de uso para ciertos servicios. El paquete se financia mediante un per capita ajustado por riesgo (Colombia) o por edad y género (Chile GES), para evitar la selección de riesgos; también por un per capita igual para toda la población (Argentina, Guatemala, Nicaragua) que no tiene en cuenta la diversidad y obstaculiza la flexibilidad necesaria de las entidades gestoras locales para adaptar el paquete a sus necesidades distintas

No hay duda que el paquete básico es una medida positiva muy importante para extender la atención del primer nivel a poblaciones pobres y vulnerables. Se estima que ha reducido el gasto de bolsillo en 25% en México. Pero la cobertura en varios países es muy baja y/o restringida, no llega a los más pobres (Bolivia) o a los ubicados en áreas de difícil acceso (México, porque requiere un área con infraestructura mínima), además no ha sido evaluado al menos en cinco países (Argentina, Brasil, Guatemala, México y Panamá). Otros problemas encontrados han sido: recorte de fondos o falta de equilibrio entre ingresos y gastos (Argentina, Colombia, Guatemala, México); la población meta no tiene información adecuada sobre el programa y parte lo desconoce (Bolivia, Colombia, Guatemala); el personal encargado de su implementación en los municipios (o las proveedoras) no tiene la capacidad y entrenamiento adecuado o es insuficiente o hay rigidez laboral para contratarlo o es muy lento en suministrar las prestaciones (Bolivia, Brasil, Guatemala); las proveedoras carecen de incentivos para priorizar la prevención y promoción (Brasil, Colombia, Chile), y se confronta problemas para determinar el perfil de las poblaciones o estas son extremadamente diversas (Colombia, México). Las características del paquete en los 15 países que lo tienen en operación total o de manera parcial o limitada se describen a continuación (no se analizan Costa Rica y Cuba debido al carácter integral de sus prestaciones).

Argentina. El paquete básico (Programa Médico Obligatorio: PMO) estipulado en 1996 comenzó a implementarse en 2000 en todas las OS nacionales y EMP (éstas deben tener un plan de salud que incluya como mínimo el PMO), pero excluye a las OS provinciales y otros proveedores. La canasta normalizada de prestaciones obligatorias incluye prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos; no hay períodos de carencia ni puede modificarse el precio

del paquete. Los desempleados tienen derecho al PMO de la OS nacional a la que pertenezcan durante tres meses después de su despido; pero los asalariados a tiempo parcial por debajo de un mínimo salarial carecen de dicha garantía aunque tienen una cobertura proporcional a sus cotizaciones.[107] Debido a la severa crisis económica, en 2002 se declaró una emergencia sanitaria la cual garantiza un conjunto de prestaciones esenciales (PMOE), priorizadas según características socio-demográficas y criterios de evidencia clínica disponible. No hay diferencias notables entre el PMO y el PMOE (ha habido ampliaciones como en medicamentos pero restricciones en otras), lo esencial es que se cambió el criterio de selección y hay una mayor certidumbre. Se da prioridad a las acciones preventivas y a la atención primaria sobre las curativas, se focaliza en grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niños y mayores de 65 años; especifica las especialidades; autoriza los medicamentos genéricos para reducir su costo y estimular la competencia, etc. El PMOE ha sido actualizado en 2003 y 2004 y la Superintendencia controla su cumplimiento. Las OS y las EMP pueden ofrecer planes adicionales (a precios más altos) aprobados por la Superintendencia. Algunos problemas del paquete básico son: la exclusión de OS provinciales y otros proveedores; la falta de un cálculo de costos de las prestaciones garantizadas y de su factibilidad con los ingresos del sistema que ha generado déficit; la no aplicación de criterios de costo efectividad, y la necesidad de evaluar su resultado o impacto (Médici 2002d; Torres 2004, 2005a, 2005b; SSS 2005).

Bolivia. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez introducido en 1996 incluía 32 prestaciones de promoción, educación, prevención y curativas al primer nivel focalizadas en mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; en 1998 fue reemplazado por el Seguro Básico de Salud (SBS) y las intervenciones expandidas a 92, algunas para la población general (por ejemplo, tratamiento de ciertas enfermedades transmisibles); en 2003 el SBS fue substituido por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), de nuevo focalizado en el grupo materno-infantil, pero con mayores prestaciones incluyendo algunas atenciones más complejas y se reporta que ha aumentado la cobertura de este grupo. Las prestaciones se prestan por auxiliares de enfermería y promotores sociales. Se informa que parte de los usuarios paga cuotas de uso para exámenes de laboratorio, sonogramas, medicinas, etc., lo cual indica que el programa no es universalmente gratuito, pero aún así constituye la alternativa menos costosa para la población.[108] Evaluaciones realizadas en 1998 y 2000, así como un informe del Banco Mundial de 2004, encontraron las siguientes deficiencias en el paquete básico: los programas no llegaban a las poblaciones más pobres y áreas rurales aisladas debido a barreras geográficas y culturales; las prestaciones no estaban bien anunciadas o eran poco conocidas especialmente en el área rural; los gobiernos municipales eran muy lentos en proveer medicamentos y otras prestaciones; el personal disponible era insuficiente para atender la demanda, y había diferencias notables en el uso de los fondos de coparticipación entre los municipios, algunos no los utilizaban mientras que otros los sobreutilizaban; la garantía de las prestaciones adicionales requiere de financiamiento lo cual es difícil debido a la crisis económica;; el tercer nivel probablemente absorberá la mayoría de los fondos del SUMI, favoreciendo a grupos de ingreso medio urbano y dejando sin recursos suficientes a los servicios primarios que más benefician a los pobres; la refocalización materno-infantil descuida ciertas atenciones de la población general, como diagnosis y tratamiento del paludismo y la tuberculosis; y el seguro social carece de incentivos para proveer el SUMI a la población no asegurada porque no puede recobrar sus costos, especialmente por servicios de tercer nivel (Sojo 2003; Banco Mundial 2004; OPS 2005a).

[107] En 2000 se estipuló el programa de medicina familiar pero requería 14,000 médicos especializados y debido a la falta de los mismos y de recursos nunca fue puesto en vigor.

[108] Una encuesta de hospitales municipales detectó que aunque el paquete básico debe ser otorgado gratuitamente, 40% de los pacientes entrevistados afirmó que había hecho pagos por los servicios (Sojo 2003).

Brasil. El paquete básico tiene una parte fija (Piso da Atenção Básica: PAB), introducida en 1998; tiene como objeto extender gradualmente la cobertura a toda la población de un conjunto de acciones: atención pre-natal de parto y puerperio, promoción, prevención de enfermedades contagiosas y crónicas, cuidado de problemas comunes en la infancia, trastornos agudos de mayor incidencia, pequeñas urgencias ambulatorias, atención básica oral y farmacia básica. Para financiar el costo del paquete básico, el Fondo Nacional de Salud asigna un per capita mínimo mensual uniforme fijo en todo el país (un mínimo de US$5.30 anual y un techo de US$7.32 en 2004) a los municipios que cumplen los requisitos exigidos. La fijación del mínimo uniforme ha eliminado las desigualdades previas que existían en la atención básica entre las regiones de diverso desarrollo, pero se mantienen problemas relacionados con diversas necesidades. El PAB tiene una parte variable que comprende otros programas (salud familiar, farmacia básica, agentes comunitarios, alimentación; ver abajo) y se asigna con base a varios criterios, uno de los cuales es la cobertura (el componente variable era grosso modo US$ 3 anual con oscilaciones hasta 20% en el monto total). En 2001 el PAB fue ampliado (PABA) para incluir acciones de mediana y alta complejidad. El Programa de Saúde de Família (PSF) que comenzó a ser implantado en 1994 está centrado en la atención primaria, especialmente prevención, promoción y recuperación de la salud (primeros auxilios para casos menos graves). En una primera etapa priorizó la extensión a pequeños municipios (con baja cobertura) y áreas de riesgo, focalizando en mujeres, niños, ancianos y ciertas enfermedades. En una segunda etapa se está extendiendo a municipios con más de 100,000 habitantes para convertir sus antiguos sistemas al PSF. En 2002 un 75% de todos los municipios, en todos los estados, tenían un equipo de PSF, el cual funciona como una puerta de entrada al sistema y encamina a los pacientes a unidades especializadas y de atención de mediana y alta complejidad, con lo cual reemplaza al modelo tradicional hospitalario-curativo y está descongestionando a los hospitales particularmente de emergencias que antes atendían el primer nivel con alto costo y baja eficiencia. Cada unidad del PSF cubre un máximo de 1,000 familias (4,500 personas) con un equipo compuesto por un médico general (a tiempo completo), un enfermero, un auxiliar de enfermería y entre 4 y 6 agentes comunitarios (que deben vivir en el área cubierta y sirven de puente entre las familias y el equipo con una visita domiciliaria mensual). El Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) capacita a los agentes sin educación para que puedan actuar eficazmente en sus comunidades; se financia con transferencias anuales por cada agente y por cada equipo. Este debe hacer un catastro de las familias, un diagnóstico de sus características sociales, demográficas y epidemiológicas, identificar los riesgos a que está expuesto el grupo y elaborar un plan local para enfrentar los problemas. Los resultados de sus actividades deben ser evaluados periódicamente e incorporados al Sistema de Información sobre la Atención Básica (SIAB) que mantiene el ministerio federal. El financiamiento del PSF es tripartito y un tercio es aportado por el gobierno federal (ver sección F-2)**.** Los problemas que enfrenta el PSF son: escasez de profesionales médicos generales; deficiencia de la enseñanza superior para entrenar profesionales capacitados para el PSF; baja capacidad de muchos estados y municipios para facilitar la implantación del programa; excesiva rigidez de las normas laborales para la contratación de los agentes comunitarios, y falta de una evaluación rigurosa de sus costos, eficiencia e impacto en las poblaciones cubiertas. El Programa Bolsa de Alimentación provee una suma fija mensual a cada infante menor de 6 años en familias con renta inferior a medio salario mínimo que cubría mas de 1.4 millones en 2003. El Programa de Asistencia Farmacéutica (PAF) de los municipios recibe transferencias anuales per capita para la compra de los medicamentos básicos (Barros 2002; Medici 2002a; Biasoto 2004b; Coelho y Moreno 2004; Piola 2005).

Colombia. La ley de 1993 estableció un “sistema integral” que incluye las siguientes prestaciones (Jaramillo 1999; Yepes 2000; Felizzola 2002): (a) Plan de Atención Básica (PAB), obligatorio y gratuito para toda la población, administrado por el Ministerio de Salud, departamentos y municipios, ofrece educación de la salud, prevención y promoción (95% del total de gasto del PAB), control del abuso de drogas y tabaco, planificación familiar, nutrición básica, control de enfermedades contagiosas y SIDA; se financia con recursos fiscales de la nación,

departamentos y municipios. (b) Plan Obligatorio de Salud (POS), normalizado y obligatorio para todos los afiliados en el régimen contributivo y administrado por las aseguradoras, las que no pueden negar cobertura a los afiliados que lo soliciten y no pueden tener en cuenta condiciones preexistentes de salud, a fin de evitar la selección de riesgos (pero hay períodos de carencia); incluye prevención y promoción, diagnóstico y tratamiento en varios niveles de atención, rehabilitación, medicamentos esenciales y pago de licencias por enfermedad y maternidad. Teóricamente las aseguradoras y proveedoras tienen incentivos para proporcionar la prevención y promoción a fin de evitar costos curativos y de rehabilitación mayores, a más de que la cuenta de prevención y promoción del FOSYGA estimula el desarrollo de estos programas; en la práctica las aseguradoras no dan prioridad a dichas acciones y el porcentaje de gasto total de salud asignado a la mismas era sólo 4,6% en 1998 (Málaga y otros 2000). (c) Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS), que equivalía a 60% del POS en 2002 porque excluye algunas prestaciones como cirugías, atención dental, tratamiento de cáncer, etc. (también se reporta una calidad menor; Ginneken 2002; OPS 2005a); no obstante los afiliados pueden acceder a dichas prestaciones a través de los hospitales (con subsidios a la oferta); se planeaba que la brecha entre el POS y el POSS se reduciría gradualmente hasta desaparecer en 2000, pero de hecho aumentó entre 1997 y 2002 (basado en OPS 2005a). El cálculo imperfecto del costo del POS y el POSS ha impedido su funcionamiento óptimo, al reducir la entrega de servicios en relación al perfil epidemiológico de la población de bajo ingreso (Médici 2000). (d) Planes de Atención Complementaria (PAC), paquetes de prestaciones adicionales al POS (hotelería, tecnología, ciertas medicinas) ofrecidos por las aseguradoras a sus afiliados del régimen contributivo y financiados totalmente por estos; no se permite ofrecer PAC a quienes no están cubiertos por el POS, pero las aseguradoras "atan" ambos haciendo menos transparente el paquete y la comparación del POS (Málaga y otros 2000).

Chile. Todos los beneficiarios de FONASA tienen acceso gratuito a la atención de salud en los servicios municipales, mientras que el acceso a los servicios públicos de segundo y tercer nivel va desde gratuito a subsidiado. Los planes de las ISAPRES deben ofrecer las prestaciones que otorga FONASA, pero los niveles de cobertura financiera de dichas prestaciones se determinan por aranceles fijados por las ISAPRES (sólo se garantiza financieramente el 25%)[109] y las restricciones impuestas a los afiliados limitaban hasta 2004 lo que podría ser un paquete básico universal.[110] No obstante, las ISAPRES ofrecen tres prestaciones gratuitas ambulatorias: un examen de salud preventivo anual, control del embarazo y puerperio, y control del recién nacido hasta los seis años de edad. Sin embargo el examen anual no es obligatorio y sólo un cuarto de los afiliados lo recibe; las ISAPRES carecen de incentivo para destinar recursos a la prevención porque no tienen retornos inmediatos sino de largo plazo y los afiliados pueden cambiarse (Bitrán y Almarza 1997). Leyes aprobadas en 2004 y 2005 establecen en el subsector público y en el privado las "Garantías Explícitas en Salud" (GES, también conocido por AUGE) que garantizan acceso y prestaciones (promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación) que se extenderán gradualmente de 25 patologías y condiciones de salud en 2005 a 56 en 2007, dichas patologías causan las mayores mortalidades y discapacidades. En el subsector público ya existía esta obligación teórica pero racionada en la práctica por limitaciones financieras y listas de espera, por ejemplo 200,000 para ser atendidos por un especialista. Por otra parte las ISAPRES practican la selección de riesgos en la renovación anual de los contratos individuales, ajustando la cobertura y la prima según la edad,

[109] Según Bitrán y Almarza (1997) el 98% de los cotizantes tenía un copago anual promedio de 32% del valor de la prestación y el 2% restante copagos superiores hasta 47% aunque el límite legal es hasta 75%.

[110] Hay tres sistemas para el pago de prestaciones: (i) en la libre elección o reembolso, el afiliado escoge el proveedor, paga el 100% del servicio y la ISAPRE le reembolsa según el acuerdo del contrato; (ii) en el convenio de atención, la ISAPRE contrata y pacta honorarios con profesionales e instalaciones y el afiliado les paga con un bono emitido por la ISAPRE o paga directamente al proveedor y solicita un reembolso a FONOSA, y (iii) en la provisión directa de servicio por la ISAPRE ésta fija un arancel y el afiliado no paga éste (Titelman 2000).

género y riesgo del asegurado. GES garantizará las prestaciones del paquete mínimo (revisándose cada tres años) a todos los asegurados en ambos subsectores, independientemente de su condición económica, edad, género y riesgo, también fijará el tiempo máximo de espera para las diversas atenciones sanitarias y mejorará la definición de enfermedad preexistente. Habrá también varias garantías financieras: GES será gratuito para los pobres; se fijará una prima universal o valor per capita para el contenido del paquete (incluyendo a los asegurados en FONASA que escogen la libre elección); se definirán copagos máximos en una banda de precios para los usuarios de ambos sistemas y con topes según el ingreso familiar.[111] A más de lo anterior las reformas aprobadas o en curso establecen un nuevo modelo de atención que impulsa el examen de medicina preventiva y el diagnóstico temprano de ciertas enfermedades, así como la atención primaria con capacidad para resolver gran parte de las emergencias y con adecuadas referencias al segundo nivel. El programa "Chile Solidario" comenzó en 2004 y está dirigido a las familias en extrema pobreza; otorga a éstas varias prestaciones sociales incluyendo un subsidio para el pago completo del consumo de agua potable y alcantarillado; también crea un registro de información social que contendrá datos de las familias que son beneficiarias de todos las prestaciones o programas públicos (Gómez 2003; Sojo 2003; SPS 2003; Ley 19,949 2004; Ley 19,966 2004; Ley 20,015 2005).

Guatemala. El paquete básico (Sistema Integral de Atención de Salud: SIAS) se dirigió principalmente a poblaciones indígenas que viven en zonas rurales y sufren la incidencia mayor de pobreza y los peores indicadores de salud, otorgando prioridad a la prevención y atención materno-infantil. Se diseñó como un modelo único bastante inflexible dejando poco espacio a los proveedores para determinar su contenido, lo cual provocó dificultades en los primeros años; luego se dio más flexibilidad para ajustarlo de acuerdo con enfermedades prevalecientes en las localidades, pero la disparidad en los recursos y capacidad técnica han resultado en un desarrollo heterogéneo. El paquete se otorgaba a 27% de la población total en 2002 y su éxito mayor ha sido en el departamento de Escuintla por varias razones: más recursos económicos, participación del seguro social (IGSS), pago a los promotores de salud (lo que no se hace en otras localidades), más personal calificado, y ayuda internacional. El costo del paquete básico era US$8 anuales en 2002 (más 10% por costo de transporte en localidades remotas) y abarcaba 26 atenciones obligatorias en el primer nivel de atención: promoción, prevención, detección temprana de enfermedades transmisibles, nutrición y curativas; la mitad está concentrado en la madre y el niño y el resto en atención de urgencias, enfermedades prevalecientes e higiene del hogar y ambiental. El paquete se distribuye a una poblacion de alrededor de 10,000 habitantes (que se amplió luego en la práctica), con un médico o enfermera ambulatorio que dan atención una vez al mes, a más de personal comunitario. La provisión del paquete se planeó originalmente que sería directamente por ONG's pero conflictos con los funcionarios locales del ministerio obligó mas tarde a introducir un modelo mixto con participacion de aquellos (Sojo 2003; La Forgia 2005; ver sección E-1). El paquete básico ha sufrido varias deficiencias algunas de las cuales aún persistían en 2004: la rápida extensión del programa antes de haber completado el experimento en menor escala que resultó en improvisación (luego se aprendió de los errores); la ausencia de un marco legal para la contratación; la falta inicial de capacidad de algunos proveedores para proveer los servicios (faltó un estudio previo de la aptitud de las ONG's) y el débil control y evaluación de la ONG's contratadas que luego resultó en la rescisión de contratos a un tercio de ellas por incompetencia o incumplimiento (atendían a una población menor a la estipulada y generaban excedentes no declarados); el modelo orientado hacia la oferta que no estableció las bases para una demanda organizada e informada que lo sostuviera (muchos potenciales beneficiarios carecían de conocimiento); la contratación de

[111] Las prestaciones de GES serán precisadas por el Ministerio de Salud de acuerdo con la ley y el reglamento, las patologías y sus prioridades serán determinadas mediante estudios epidemiológicos previos, el Ministerio de Hacienda fijará los recursos disponibles y el valor de la prima universal de GES, el costo de las prestaciones garantizadas no podrá exceder el valor de la prima universal (Ley 19,966 2004).

personal profesional temporal para extender la cobertura que debido al cambio político fue luego cambiado; la ausencia de un estudio previo de costos comparativos de los servicios internos con los de contratación externa y todavía la necesidad de un estudio profundo de costos de las ONG's; la no inclusión de una partida presuipuestaria inicial, así como la reducción posterior de los recursos asignados por el Estado para incrementar la cobertura lo cual ha provocado atrasos en el pago a las ONG's; la falta de ajuste del paquete a la inflación entre 1997 y 2002 (que provocó la salida de varias ONG's), y la asignación de recursos para extender la cobertura en vez de mejorar los servicios ofrecidos (OPS 2005a: 18-19, 22, 23, 24; La Forgia 2005). El monitoreo de los convenios fue esporádico, más informal que sistemático, en los años iniciales y concentrado en el financiamiento con abandono de la cobertura y la calidad de la prestación; luego se tomaron medidas para mejorarlo pero hasta 2004 no se había determinado la eficacia de este esfuerzo. Los mecanismos de evaluación del desempeño de las proveedoras en los primeros cuatro años del programa fueron inadecuados, confusos y a veces contradictorios; posteriormente hubo una mejoría, después el proceso ha incluído indicadores pero no los objetivos; además el desempeño sigue siendo informado por los proveedores y falta una evaluación basada en encuestas (La Forgia 2005).[112] En 2003 aún no se había hecho una evaluación de los resultados del paquete básico y su impacto en los niveles de salud (PNUD 2003).

México. Ha habido una plétora de programas focalizados en la población pobre que han ofrecido un paquete básico de atención con subsidios públicos (la mayoría con ayuda externa) por el ministerio, el seguro social y otras entidades federales (ver sección E-1). A mediados de los años noventa comenzó un programa para proveer el paquete básico a 10 millones sin aseguramiento, con 24 intervenciones de salud efectuadas por unidades móviles, financiado con un préstamo internacional, pero al terminarse dichos fondos en 2000 los estados tenían que hacerse cargo del programa (Brachet-Márquez 2001). En 2001 se diseñó un nuevo programa (Seguro Popular de Salud: SPS) que comenzó en fase piloto, se expandió en 2002, se aprobó por una enmienda a la ley general de salud en 2003 y comenzó en los 31 estados en 2004 (estaba negociándose en el distrito federal) cubriendo cerca del 2% de la población total.[113] El SPS no discrimina por riesgo ni por enfermedades preexistentes (como en otros seguros públicos voluntarios) y provee un paquete básico que ha aumentado gradualmente de 78 a 91 acciones de salud (que abarcan las patologías más importantes), concentradas en el primer nivel, las cuales atienden 85% de la demanda. El costo del paquete básico se estimó en US$625 anuales en 2004, pero el autor ha estimado sólo US$269 basado en la misma fuente. Un objetivo clave del paquete es reducir el pago de bolsillo que constituye 52% del gasto total de salud y tiene un efecto desastroso en las familias más pobres; los dos quintiles de menor ingreso (los pobres, que constituyen 94% del total cubierto por SPS) reciben gratuitamente el paquete, 40% de cuyo gasto total en 2002 fue en medicamentos y 27% en servicios preventivos y curativos. El SPS está bien orientado, parece contar con el respaldo de los beneficiarios y se estima ha tenido un impacto positivo en la equidad y reducido el gasto de bolsillo de los pobres en 25%, particularmente en medicamentos. Pero enfrenta varios problemas: para operar requiere que el área a cubrir cuente con un mínimo de infraestructura, por lo que llegar a poblaciones de difícil acceso es un serio obstáculo;[114]

---

[112] Una evaluación comparativa de los tres modelos de provisión del paquete básico (directo por las ONG's, mixto y tradicional) por el Banco Mundial encontró "limitaciones que impidieron afirmar en forma concluyente la superioridad de algún modelo sobre los demás". También comparó la fase inicial de implementación con serias deficiencias y la fase posterior con correcciones en que hubo mejoras "moderadas" en su mayoría (La Forgia 2005: 52, 95).

[113] Una fuente autorizada informa que 1,5 millones de familias o 2 millones de personas estaban cubiertos en 2004 (Nigenda 2005); basado en la segunda cifra se calculó la cobertura de 2%. Al inicio de 2005 un artículo periodístico informó que había 6,45 millones de personas afiliadas (Bard 2005) que equivaldría a 6% de la población.

[114] Para resolver este obstáculo se plantea que hay que desarrollar modelos de atención innovadores incluyendo la participación de entidades privadas (Nigenda 2005), pero la experiencia de la región

demanda modernizar el equipo obsoleto con el que operan muchos servicios en los estados cuyo grado de compromiso varía considerablemente; la provisión enfrenta importantes divergencias en la población en cuanto condiciones socioeconómicas y culturales, y ha sufrido un importante recorte de fondos. Además, ha sido criticado por añadir otro programa nuevo, cuando legalmente el ministerio debe prestar servicios gratuitos a toda la población que carece de seguro y recursos, a más de que pudiera identificarse como un programa del actual gobierno, aunque su diseño intenta desligarlo de la política (Nigenda 2005). Todos los seguros sociales (IMSS, ISSSTE, fuerzas armadas, petróleo) ofrecen servicios integrales. De manera que hay varios paquetes básicos en vez de uno unificado con ámbito nacional.

Nicaragua. No hay un paquete básico que cubra a toda la población protegida. En el subsector público, debido a limitaciones de recursos, se prioriza a las mujeres embarazas y niños menores de un año que viven en municipios de pobreza extrema; incluye vacunación, diagnóstico, tratamiento de diarreas, captación de embarazos, control prenatal, puerperal y del crecimiento del niño, y planificación familiar (OPS 2005a). En el seguro social el paquete cubría originalmente solo las enfermedades comunes y maternidad, sólo el asegurado y sus hijos hasta los seis años tienen acceso a todo el paquete, la cónyuge únicamente a las atenciones de obstetricia y ginecología. En 2002, el paquete básico fue ampliado pero tiene una extensa lista de exclusiones (ver sección D-2); también se creó un nuevo paquete para el adulto mayor, pero más reducido en las prestaciones ("minipaquete") y limitado a los pensionados por vejez del programa contributivo en la capital (Sojo 2003; La Forgia 2005). El llamado "sistema integral" en realidad ofrece servicios insuficientes, con una elevada lista de exclusiones y sólo durante parte de la vida de los asegurados y sus dependientes. La reducción del per capita que se paga por el seguro social a las proveedoras que otorgan el paquete fuerza a estas a imponer períodos de espera u otras técnicas (Rossman y Valladares 2003).

Panamá. En 2001 se estaba diseñando un paquete básico dirigido a los grupos pobres sin acceso a la salud a través de programas locales basados en prioridades socio-epidemiológicas. Los subsectores de seguro social y público han desarrollado centros de promoción o atención primaria de salud. El público ha organizado equipos básicos de atención en dos regiones del país con un modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental con énfasis en la prevención y la atención primaria; cada equipo atiende unas 5,000 personas y está integrado por un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un promotor de salud procedente de la comunidad; las personas deben atenderse por el equipo para acceder a la atención integral. No se han evaluado los resultados de los equipos (OPS 2002b, 2005; CSS 2004).

Paraguay. El Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) fue introducido por el ministerio en 2001; se focaliza en las mujeres en edad fertil y niños menores de cinco años, a los cuales da atención en las 13 patologías que más afectan a la población meta e incluye medicamentos esenciales**.** No hay un estimado adecuado de la población cubierta pero se informa que el total de personas atendidas en 2005 equivalía al 47% de la población total (Ramirez 2005b).

Perú. El ministerio creó dos programas en 1997 y 1998: el seguro escolar gratuito dirigido a todos lo escolares en el sector público, con alta cobertura pero insuficiente focalización y considerables filtraciones; y el seguro materno-infantil que cubriría a madres embarazadas y niños menores de 5 años pero que alcanzó baja cobertura. Estos dos programas fueron fusionados en 2001 en el Seguro Integral de Salud (SIS) que focaliza su cobertura en la población pobre y de extrema pobreza en áreas rurales y urbano-marginales, con prioridad a la materno-infantil y adulta muy vulnerable, dividida en cuatro grupos con las siguientes proporciones del total afiliado: niños de 0-4 años (35,9%), niños de 5-17 años (57,4%), madres embarazadas (4,2%) y adultos focalizados (2,5%); en 2005 se dispuso la extensión de la protección a los hombres mayores de 17 años y a las

demuestra que las proveedoras privadas se concentran en la zona urbana, por tanto, sólo ciertas ONG's podrían actualmente participar.

mujeres no embarazadas de la misma edad (Ley 28,588 2005). Debe establecerse de manera universal en los distritos con más de 65% de familias pobres y, donde la proporción es menor, se hace una selección según la capacidad de pago de cada afiliado, basada en el sistema de identificación de usuarios. La cobertura de SIS aumentó de 21,9% de la población total en 2002 a 33,4% en 2004 y se planeaba la implementación completa en 2006. El plan de beneficios que es gratuito incluye prevención, tratamiento desparasitario, consulta externa y por emergencia, exámenes de laboratorio en el embarazo, atención en el parto normal, control prenatal y del puerperio, atención al recién nacido e integral del niño, atención odontológica simple y otras de primer nivel (estas acciones combinadas constituyeron 96% del total de atenciones en el primer trimestre de 2005); también debería incluir la atención a nivel superior, como internamiento, intervención quirúrgica mayor, cuidados intensivos, etc.), pero estas acciones combinadas apenas alcanzaron 1% del total de atenciones en esa fecha, por lo que se trata de un paquete básico (MINSA 2005a; porcentajes calculados por el autor). Por cuanto la pobreza extrema era de 24.4% en 2001 y la pobreza total de 54,8%, si el SIS está bien focalizado debe tener un impacto fuerte y progresivo. Sin embargo, según el ministro de salud, el presupuesto combinado de los programas escolar y materno era 5% del presupuesto del ministerio en 2001 y el del ISI sólo había aumentado a 8,5% del presupuesto de 2004 (Carbone 2002; MS 2002); no se pudo obtener la asignación en el presupuesto de 2005. El seguro social (EsSalud) provee dos tipos de servicios: “capa simple” y “capa compleja”; la primera comprende acciones de promoción y prevención de la salud, así como un plan mínimo obligatorio de atención o paquete básico, mientras que la segunda son acciones curativas y de rehabilitación; todos los asegurados (trabajadores, familiares, pensionados) tienen derecho a los mismos servicios. Originalmente se pensó que EsSalud se concentrase en la capa compleja de acciones de alta complejidad y costo, mientras que el ministerio y las entidades proveedoras (EPS) se especializasen en la capa simple, pero recientemente se está intentando dar más peso a la primera capa. Las EPS deben también garantizar el paquete básico. Los programas separados (agrario, pescador, fuerzas armadas y policía) también ofrecen prestaciones similares que incluyen el paquete básico (LMSSS 1997; EsSalud 2005). Combinando todos estos programas, puede estimarse de manera gruesa que en 2004 algo menos de la mitad de la población tenía acceso al paquete básico.

República Dominicana. El paquete básico (Plan Básico de Salud: PBS) es el componente fundamental del Seguro Familiar de Salud (SFS), la ley de reforma le encomendó también prestaciones monetarias y las estancias infantiles pero éstas han sido pospuestas por falta de recursos. El PBS debe ser igual para toda la población en los tres regímenes (contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado), sin discriminación por edad, género, estado de salud e ingreso. Los servicios que ofrece son muy amplios: promoción, prevención, atención ambulatoria y medicamentos, emergencia, diagnóstico, cirugía, odontología, rehabilitación, y algunas atenciones de alto costo y complejidad. La aseguradora pública (SENESA) ofrecerá el paquete a los afiliados a los regímenes subsidiado (gratuitamente), contributivo-subsidiado y a los funcionarios públicos en el contributivo (estos dos grupos tendrán copagos); las otras ARS ofrecerán el paquete al resto de la población. El costo del paquete es muy alto y debe ser ajustado anualmente o cada seis meses en casos extraordinarios; en 2002 se fijó en US$87 por persona, pero en 2005 había aumentado a US$166 en el régimen contributivo (Lizardo 2004, 2005). El costo del paquete en el régimen subsidiado es el inicial de 2002; si cuando se establezca el régimen contributivo se mantiene el costo estimado de 2005, sería más del doble que el del régimen subsidiado, con lo cual se violaría la igualdad legal.

Uruguay. No hay una definición expresa de un paquete básico aunque el ministerio determina el mínimo de prestaciones que se dan en el subsector público y en las IAMC (OPS 2005a); pero se apunta que los asegurados con escasos recursos para proteger a sus familias escogen IAMC de relativamente bajo copago pero que ofrecen menos prestaciones o pagan seguros parciales que no cubren las prestaciones mínimas y discriminan por riesgo (AISS 2003b).

2. Enfermedad catastrófica y atención de alta complejidad

Las enfermedades catastróficas son aquellas en que los gastos de salud incurridos por una familia en un período determinado de tiempo la llevan a la insolvencia teniendo en cuenta la capacidad de pago de la unidad familiar, o sea, que una enfermedad puede resultar catastrófica para una pero no para otra. Este riesgo causa preocupación entre los asegurados, especialmente cuando son de la tercera edad. Sólo 7 sistemas de salud en la región cubren enteramente este riesgo o atenciones de alta complejidad y costo, más 3 parcialmente y 10 no los cubren, aunque si usualmente por el seguro social (ver Cuadro 5**).**

CUADRO 5
SUFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES Y CALIDAD PERCIBIDA, 2003-2004

Países	Paquete Básico de Prestaciones	Per Cápita Anual (US$)	Enfermedades Catastróficas	Encuestas Periódicas a Usuarios
Argentina	Sí (PMOE)		Sí [i]	Si [m]
Bolivia	Sí (SUMI)		No [j]	No
Brasil	Sí (PAB)[a]	8,30 a 10,90[a]	Sí	Sí
Colombia	Sí (POS, POSS)	150 y 83	Sí	Sí
Costa Rica	Sí		Sí	Sí
Cuba	Sí		Sí	Sí [n]
Chile	Sí (GES)		Sí [k]	Sí
Ecuador	Proyecto (2003) [b]	n.a.	No [l]	No
El Salvador	No	n.a.	No [l]	Sí [ñ]
Guatemala	Sí (SIAS), limitado	8	No [l]	No
Haití	Proyecto (2004)	10	No	No [o]
Honduras	No	n.a.	No [l]	No [p]
México	Sí (SPS), parcial	269-625[h]	Parcial [h]	No [q]
Nicaragua	Sí, muy limitado [c]	154	No [l]	No [r]
Panamá	Sí, limitado [d]		Parcial [d]	No [s]
Paraguay	Sí (PCSB), parcial		No [l]	No [t]
Perú	Sí (SIS), parcial [e]		No [l]	No [u]
R. Dominicana	Sí (PBS), parcial [f]	87	Parcial	No [v]
Uruguay	No definido [g]		Sí [g]	No [w]
Venezuela	No	n.a	No [l]	No

Fuente: Ver texto. n.a.= no aplicable. n.d.= no disponible

[a] Hay un componente fijo y uno variable que incluye el PSF.

[b] La ley de 2002 estipuló la creación del paquete y dio hasta fines de 2003 para definir su contenido, también incluyó la protección de enfermedades catastróficas.

[c] En el público limitado a las embarazadas y niños menores de un año; en el seguro social limitado por género y edad, hay un paquete reducido para un sector de pensionados.

[d] En el público en dos regiones; el seguro social ofrece atención integral.

[e] Por el ministerio, focalizado en población pobre, y por el seguro social, los dos unidos cubren menos de la mitad de la población. [f] Implantado sólo en parte del régimen subsidiado.

[g] No hay un paquete definido pero un mínimo de prestaciones es ofrecido por el ministerio y el seguro social (mediante las IAMCs); enfermedades catastróficas por FNR que contrata con IMAE y cubre 100% de la población.

[h] El paquete básico del seguro popular de salud cubre 2-6% de la población, incluye algunas acciones de segundo nivel (los estimados del per cápita son por familia); los seguros sociales cubren el paquete básico y las enfermedades catastróficas.

[i] En el público, en OS y privado varía según convenios.

[j] El SUMI otorga algunas prestaciones complejas al grupo materno-infantil.

[k] En el público, en el privado requiere copago.

[l] Lo hay en el seguro social, con limitaciones en algunos países; en Ecuador sólo en el régimen general, no en el campesino (la ley de 2002 las estipula para todo el sistema); en Perú el seguro social es asegurador en última instancia de afiliados en proveedoras (EPS) y empresas; en Venezuela el proyecto de ley de 2005 las incluye.

[m] Entre las OS de Buenos Aires.

[n] Se reporta una encuesta en 1997 y otras bianuales, sin dar resultados.

[ñ] Encuestas en 1 y en 5 SIBASIs, ambas con resultados detallados, página de Internet para opiniones sobre 11 SIBASI; no en el resto del subsector público ni en el seguro social. [o] Programada una encuesta en 2006 sobre el paquete básico.

[p] Se reportan encuestas esporádicas pero sin dar resultados específicos.

[q] Encuestas nacionales de satisfacción de usuarios en 1994 y 2000.

[r] En el seguro social pero no por encuestas formales sino mediante página de Internet.

[s] Sólo en el Hospital de San Miguelito en 1999. [t] En el seguro social, se suspendieron después de 2000.

[u] Se reporta una encuesta en 1997. [v] Se reporta una encuesta de los subsectores público y privado sin resultados específicos, no en el seguro social. [w] Una encuesta en el seguro social en 2004.

En Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela, no hay cobertura de enfermedades catastróficas en el subsector público o es muy baja, mientras que la hay en el seguro social aunque con limitaciones en algunos países. En Ecuador el régimen general del seguro social concede el paquete pero no el seguro social campesino; la ley del sistema nacional de salud de 2002 la estipula sometida a la creación de fondos específicos en el futuro (LOSNS 2002). En **Nicaragua** el subsector público tiene capacidad muy reducida para atender atenciones de alta complejidad por la escasez de recursos; el seguro social excluye ciertas enfermedades crónicas como cáncer y renales, tratamientos de alto costo como dialysis, y varias enfermedades catastróficas, restringidos aún más para los pensionados; algunos asegurados reciben ayuda del INSS para poder pagar las patologías no cubiertas, pero se desconocen los criterios de selección de los beneficiarios y hay un alto grado de discrecionalidad para conceder las ayudas; la ley de seguridad social pendiente de promulgación en 2005 incrementa la cobertura de patologías de alta complejidad actualmente excluidas (Quintanilla 2001; Rossman y Valladares 2003; "Detallan..." 2005; La Forgia 2005; OPS 2005a). En **Perú** el ministerio en la práctica no cubre acciones de alta complejidad, pero sí el seguro social (EsSalud); si el diagnóstico en las entidades proveedoras (EPS) y los servicios de las empresas determina que el costo del tratamiento del paciente excede el máximo del plan contratado, la EPS o el empleador deben referirlo a un hospital de EsSalud y ahí termina su responsabilidad. Si EsSalud no acepta la referencia, los servicios de la EPS o empleador deben continuar el tratamiento hasta terminarlo y después reclamar el reembolso a EsSalud. En caso de emergencia el asegurado debe ser atendido de forma obligatoria en el centro u hospital a donde se le lleve y éste después requerir el reembolso que corresponda según convenios. Si un asegurado en una EPS o plan de empresa acude a EsSalud éste puede tratar al paciente y cargarle los costos a la EPS o empleador (LMSSS-Reglamento 1997). Esto implica que EsSalud es el asegurador en última instancia de atenciones complejas y de alto costo. En **Venezuela** no hay cobertura en el subsector público pero el proyecto de ley de salud en debate en 2005 estipula su introducción; la hay en el seguro social (IVSS) aunque restringida y se está elaborando un registro nacional de pacientes con enfermedades catastróficas; por otra parte, en 2004 el IVSS trató 1,137 pacientes no asegurados a un costo de US$3,000 cada uno sin que haya criterios establecidos para seleccionar a estos pacientes (RBV 2004, 2005).

Tres países ofrecen cobertura parcial. En **México** el seguro popular de salud (SPS) incluye atenciones de segundo nivel y un fondo para cubrir enfermedades de alto costo (cáncer, SIDA, disfunción renal, etc.) pero en 2004 SPS sólo cubría 2% de la población total, además, en 2003, algunos estados no incluían las atenciones de segundo nivel y muchos hospitales ignoraban que era el SPS y rechazaban las referencias de una unidad del primer nivel (Nigenda 2005); los cuatro seguros sociales incluyen la atención de las enfermedades catastróficas. En **Panamá** el subsector público cubre las enfermedades catastróficas en dos de 14 regiones y el seguro social las cubre de manera integral. En la **República Dominicana** el paquete básico incluye algunas atenciones de alto costo y complejidad, pero excluye otras; el proyecto de ley original incluía todas las enfermedades catastróficas pero su costo era muy alto; los seguros privados están introduciendo cobertura de enfermedades catastróficas con un tope (Mesa-Lago 2000d; OPS 2005a). A continuación se resume la cobertura de las enfermedades catastróficas en los siete países que la tienen de manera plena y universal.

Argentina. El subsector público cubre a las enfermedades de alta complejidad y costo, pero las OS varían según paquetes ligados a las cotizaciones, la cobertura de los medicamentos también es diferente según los contratos. La reforma creó la Administración de Prestaciones Especiales que fue sustituida en 2000 por un seguro de patologías de alto costo y baja incidencia. En 2002 la emergencia sanitaria reguló estas prestaciones con el fin de reducir su sobreutilización y el gasto correspondiente (Médici 2002d; OPS 2005a).

Brasil. Las acciones de alta complejidad y costo son responsabilidad de los estados, compartidas con el gobierno federal; el PABA ejercita acciones de mediana complejidad en los

municipios o microregiones compartidas con los estados. El Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC) procura reducir las diferencias regionales en cuanto al financiamiento de las acciones de alta complejidad basado en prioridades federales. Series estadísticas entre 1990-95 y 2001-02 muestran incrementos de 43% a 246% en cirugías cardíacas, oncológicas y neurológicas, trasplantes, mamografías, resonancias magnéticas, quimioterapia, diálisis, etc. (Biasoto 2004b).

Colombia. Las aseguradoras deben tomar un seguro o reaseguro para cubrir mancomunadamente los riesgos catastróficos y evitar la selección de riesgos. Pero las compañías de seguro privadas que venden pólizas a las proveedoras del régimen subsidiado, les ofrecen incentivos por baja siniestralidad, estimulando así la discriminación contra afiliados de mayores riesgos (Jaramillo 2000).

Costa Rica. El seguro social ofrece atención integral incluyendo de alta tecnología y complejidad a 87% de la población (aunque hay largas listas de espera para cirugía, ver sección E-7) y el resto probablemente tiene recursos para comprarla.

Cuba. Toda la población tiene acceso a la atención de salud incluyendo la de alta tecnología y complejidad, aunque se reportan listas de espera y problemas de suministros de insumos y equipos no operativos; la reforma de los años noventa intentó enfrentar esos problemas pero con resultados mixtos. Por otra parte los hospitales de las fuerzas armadas ofrecen dicha atención sin limitantes (Benítez 2003; Mesa-Lago 2003a).

Chile. Un estudio de 1995 mostró que las enfermedades catastróficas son de baja ocurrencia pero causan preocupación entre los afiliados en las ISAPRES y 2,5% de los cotizantes realizaban un copago acumulado anual para financiar este programa, equivalente al doble del ingreso imponible. Otros estudios basados en 427,000 casos indicaron que entre 0,4% y 0,7% requerían copagos superiores a 20% o 25% del ingreso anual del afiliado. La mayoría de los afiliados al sistema no mostraban interés en esta cobertura adicional, no sólo por su alto costo, sino porque si son afectados por una enfermedad catastrófica pueden cambiarse a FONASA, lo cual a su vez es un incentivo para que las ISAPRES ofrezcan planes con baja cobertura de enfermedades catastróficas (Wainer 1997). Entre 1994 y 2004 el número de casos de enfermedades catastróficas cubiertos por FONASA aumentó 351% y el gasto en 449% (Urriola 2005). Desde el año 2000 las ISAPRES aceptaron incluir una cláusula en todos sus contratos otorgando protección en enfermedades catastróficas; no hay una lista específica de dichas enfermedades sino que se incluyen todas aquellas que cuesten más que el deducible, para ser elegible el asegurado debe pagar un copago (Borzutzky 2006).

Uruguay. Las atenciones de alta complejidad y costo son cubiertas por entidades públicas o privadas (Institutos de Medicina Altamente Especializada: IMAE), financiado por un Fondo Nacional de Recursos (FNR) y que cubre a toda la población ya esté afiliada al ministerio, a las IAMC o a otras entidades. Los hospitales de las fuerzas armadas y la policía, así como el de la universidad nacional ("hospital de clínicas"), también cubren atenciones de alta complejidad, pero el último sufría una aguda crisis en 2002 que lo obligó a suspender ciertos servicios (Ferreiro-Coimbra y Forteza 2004; OPS 2005a).

3. Calidad técnica y percibida de los servicios

La calidad de los servicios es parte de la suficiencia y tiene dos dimensiones: técnica y percibida por los usuarios, o sea, el grado de satisfacción de éstos. Los mecanismos necesarios para asegurar la primera son: estructuras de acreditación de las instituciones de salud; métodos continuos de certificación de competencia profesional, capacitación y reubicación de los que no cumplen los niveles mínimos, e instrumentos de monitoreo y evaluación del desempeño de la red de servicios. Con respecto a la segunda se apuntan: libertad de elección de los usuarios respecto a las aseguradoras y prestadoras de servicios; entidades de defensa de los usuarios; acuerdos entre

proveedores y usuarios protegiendo los derechos de los últimos, y encuestas de satisfacción (Medici 2000).

La evaluación de la OPS usó 19 indicadores para medir el impacto de las reformas en la calidad técnica y percibida con los siguientes resultados: (a) en una exigua minoría de países las reformas están contribuyendo a mejorar la calidad técnica; (b) únicamente cinco países tienen mecanismos o procedimientos para la acreditación de establecimientos y servicios de salud, y una minoría para la evaluación de las tecnologías de salud, y (c) sólo cuatro países refieren experiencias concretas que hayan fomentado la calidad percibida de los servicios (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a). Los estudios comparativos de la OPS sobre los resultados de la reformas en las subregiones andina y centroamericana, que incluyen 14 países, concluyen que sólo en tres de ellos hay sistemas de acreditación y en dos mecanismos para evaluar las tecnologías de salud, y no dan información específica sobre la calidad percibida (OPS 2002b, 2002c).

No hay información sobre calidad técnica en Bolivia (OPS 2005) y es muy escasa en otros seis países (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y República Dominicana), además la información disponible no está normalizada y en algunos países no está al día, de ahí que las comparaciones que siguen, basadas en seis indicadores, no son precisas. La acreditación de establecimientos (principalmente hospitales) se reporta en operación en 13 países pero con grados diversos: en Chile es obligatoria e incluye a las ISAPRES, en dos países es voluntaria (Brasil y Costa Rica), en cuatro sólo es parcial o está en planes o proyectos de ley (Colombia, Honduras, Uruguay, Venezuela), en tres no cubre a las proveedoras privadas (Argentina, Nicaragua, Paraguay), y en al menos cinco es muy baja (1% en Perú, 2% en México, 14% en Cuba y 24% en Colombia, no hay información estadística de la mayoría de los países). La evaluación de tecnologías e inventarios del estado del equipo se reporta por sólo seis países, incluyendo Chile, en tres está en fase inicial o proyecto de ley (Paraguay, Uruguay, Venezuela), en Haití 80% del equipo no funciona o es defectuoso, en Cuba no hay cifras pero la crisis ha provocado un deterioro del equipo. La certificación de profesionales de la medicina se informa en 10 países, en cinco parece funcionar obligatoriamente (Argentina, Costa Rica, Chile, Nicaragua y Uruguay), pero en otros dos por leyes o proyectos de ley aún no en vigor (Ecuador, Venezuela), en dos por las propias asociaciones de profesionales (México, Perú) y en uno sólo la mitad está certificado a pesar de la obligatoriedad (Paraguay). Al menos en tres países no hay acreditación de las escuelas de medicina: El Salvador, Guatemala y Haití. Siete países informan que hay protocolos clínicos y/o de patologías, tres de ellos en pleno funcionamiento (Argentina, Costa Rica y Chile), pero en los otros cuatro incipiente, parcialmente o por ley o proyecto legal aún no ejecutado (Ecuador, Paraguay, República Dominicana, Venezuela). El control de calidad por una agencia central se reporta en sólo seis países, incluyendo Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica (pero no aplica a las proveedoras privadas) y Cuba (la crisis ha provocado un deterioro en la calidad); en la República Dominicana está en fase inicial. Aunque es muy difícil un ordenamiento entre los países basado en los seis indicadores, los mejores son Chile, Argentina, Costa Rica y Cuba, seguidos a distancia por Brasil, Uruguay, Colombia, Nicaragua y Paraguay.

El Cuadro 5 muestra que sólo en siete país hay encuestas periódicas de calidad percibida o satisfacción del usuario pero no siempre en todo el sistema de salud y reportando sus resultados detallados; las países con mayor número de encuestas y resultados publicados entre 1995 y 2004 son Chile, Colombia, Costa Rica, Brasil y Argentina (por ese orden); Cuba reporta encuestas periódicas sin dar resultados salvo una de 1997. En México, El Salvador (sólo en algunos SIBASI) y Nicaragua se tomaron dos encuestas entre 1994 y 2002; en otros tres países una sola encuesta entre 1997 y 2004 (Perú, República Dominicana y Uruguay—sólo en el seguro social); en Honduras se tomaron encuestas esporádicas sin dar resultados detallados; en Nicaragua el seguro social tomó encuestas por un tiempo pero las suspendió; dos países ofrecen una página de Internet para que los usuarios puedan dar opiniones (El Salvador y Paraguay). Seis países no tienen en operación

mecanismos periódicos, al menos reportados, de evaluación de la calidad y satisfacción del usuario (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Panamá[115] y Venezuela).

Las encuestas usualmente no incluyen las mismas preguntas a través del tiempo, tienen ámbitos diversos (todo el sistema, un subsector, un programa específico), de ahí que es muy difícil hacer comparaciones entre los países y aún en un mismo país (con pocas excepciones); además las encuestas de Costa Rica y Chile dan opiniones diversas por lo que es muy difícil arribar a un consenso. Algunos resultados se dan a continuación: en Brasil la mayoría mostró una tendencia creciente en la satisfacción de los servicios público-seguro social; en Colombia la encuesta más reciente ordenó la satisfacción con el nivel de los servicios como 6 (entre 0 y 10) después de 10 años de reforma; en Costa Rica ocurrió un cambio notable de 51% que consideró la consulta del seguro social como no buena en 1999 a 70% satisfecho con la atención y 88% con el tratamiento en 2000; en México la necesidad percibida de cambios fundamentales del sistema bajó de 83% a 76% (aún alto) y los que consideraron que los servicios funcionaban bien creció de 13% a 19% (aún muy bajo); en Nicaragua la satisfacción general cayó de 80% a 77% (aún alto) pero la cobertura en la atención de los hijos bajó de 60% a 45%; en Uruguay 75% de los usuarios de servicios del seguro social los calificó como buenos o muy buenos y 98% dijo estar satisfecho con el médico. En cuatro países se compararon los servicios de los subsectores: en Argentina la mayoría de los afiliados a las OS (seguro social) prefirió estas a las prepagas (EMP) calificando de bueno a excelente el acceso, protección, confianza y solidaridad, pero consideró más rápidos y de mejor calidad los de las EMP; en Chile la primera encuesta indicó que tanto la mayoría de los afiliados al subsector público (FONASA) como los del privado (ISAPRES) estaban satisfechos con sus servicios (66% querían cambiarse a las ISAPRES pero no podían por su costo), otra posterior indicó que 48% estaban satisfechos en FONASA y 56% en las ISAPRES, una tercera mostró que una mayoría sólida de los afiliados a FONASA percibieron mejora en la calidad de sus servicios; en Perú la satisfacción mayor era con los servicios privados, mientras que la atención del primer nivel público se consideró superior a la del seguro social; en República Dominicana 72% utilizó los servicios públicos porque pagaba poco o nada y opinó que los privados daban mejor atención pero que eran muy costosos. La causas mayores de insatisfacción con los servicios en la mayoría de los países fueron: dificultades de acceso, demoras en ser atendidos, larga lista de espera para cirugía, trato deficiente o maltrato del personal, falta de medicinas o inadecuadas y alto costo. Sigue el análisis de los países.

Argentina. Se ha establecido el Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, con carácter público, que establece nuevos procedimientos para la acreditación de establecimientos y certificación de profesionales, y la evaluación de la calidad de los servicios; en 1997 las normas de dicho programa se hicieron obligatorias para las OS y los hospitales descentralizados. Pero en 2005 aún no existía un mecanismo homogéneo para acreditar a todos los proveedores, aunque se estaba estudiando la regionalización de las OS con criterios, requisitos y plazos para adaptarse. No existe información sistemática sobre el efecto de la reforma en la calidad técnica lo cual es un obstáculo para evaluar si la reforma realmente ha mejorado la misma (OPS 2005a). Encuestas en 2003 encontraron que 70% de los que han utilizado una OS la considera excelente, muy buena o buena (también habían disminuido los expedientes por reclamo), pero la percepción era peor en el interior del país que en la zona metropolitana; por otra parte, 47% de los que se pasaron a OS que tenían convenios con EMP y hacían copagos manifestó estar descontentos con su cobertura y servicios (Torres 2004, 2005a). Tres encuestas tomadas entre afiliados de OS en Buenos Aires y municipios aledaños en 2004 dieron los siguientes resultados: 63-71% prefirió a las OS sobre las EMP (salvo un grupo de edad); la mayoría favoreció a las OS en protección, confianza y solidaridad, pero a las

[115] Dos estudios del seguro social se refieren a la satisfacción de los asegurados (sin mencionar encuestas) en 1995 y 2004 (Mesa-Lago 2000b; CSS 2004). En el Hospital San Miguelito se tomaron encuestas mensuales de staisfacción de usuarios sobre servicios subcontratados, al menos en 1999-2000 (La Forgia 2005).

EMP en rapidez, facilidad y calidad médica; 21% de los afiliados a las OS utilizó otros servicios (hospitales públicos, EMP) por razones de urgencia y emergencia, distancia, confianza o conocimiento del médico; 47% consideró que las OS funcionan bien aunque necesitan algunos cambios y 28% que funcionan bastante bien, sólo 25% opinó que necesitan cambios fundamentales o muy mal; 76% calificó de buenos, muy buenos o excelentes a los trámites para acceder al servicio; 45% valoró la atención recibida como más o menos igual que lo que esperaba y 53% mejor o mucho mejor (SSS 2004).

Brasil. El ministerio federal regula los protocolos clínicos, establece criterios para el diagnóstico y tratamiento y a nivel primario ha normalizado los protocolos en varias patologías. También opera programas para la Calidad y la Productividad que certifica la calidad de los productos y servicios, y de Acreditación de Hospitales; la Organización Nacional de Acreditación desarrolla un sistema voluntario; la Agencia Nacional de Vigilancia controla la calidad de los medicamentos y vitorea sus precios (la introducción de medicamentos genéricos ha reducido los precios entre 35% y 40%; Biasoto 2004b). Varias encuestas que han medido la calidad percibida de los servicios parecen indicar una tendencia creciente en cuanto al nivel de satisfacción, al menos de los servicios públicos: en 1996, 51% de los entrevistados manifestaron estar satisfechos con los servicios generales entre 70% y 100% (mayor grado de satisfacción con los servicios públicos), pero 45% consideraban que deberían mejorarse; en 2000 tres encuestas (general sobre servicios, del SUS y de la Confederación Nacional de la Industria) registraron índices de satisfacción de 64,3%, 80% y 88% (OPS 2005a). Sin embargo, una evaluación de los servicios hospitalarios en 2003 concluyó que no habían mejorado y posiblemente eran peores que antes de la reforma (Ugalde y Homedes 2005).

Colombia. Se estableció en 1996 un sistema obligatorio para garantizar la calidad de los servicios: definió los requerimientos mínimos de las proveedoras privadas y públicas, los niveles de servicios hospitalarios y los procedimientos para garantizar el nivel adecuado de calidad técnica. Un estudio de 2000 mostró que sólo 24% de los hospitales públicos verificaban los requisitos (ningún hospital cumplió totalmente los requerimientos mínimos); los departamentos cumplieron las normas en 31%, y sólo 14% de las regiones tenía una oficina de control de calidad. Los proveedores culparon de dichas deficiencias a la infraestructura y equipo obsoletos (especialmente públicos) y a la falta de recursos para contratar el personal calificado (Felizzola 2002). El Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 estipuló la creación de un sistema de habilitación y acreditación de las aseguradoras y proveedoras respecto a la calidad de sus servicios. Pero “no existe un esfuerzo sistematizado de monitoreo de procesos de calidad institucionales, aunque existan ejemplos aislados generalmente en instituciones de gran complejidad” (OPS 2005a: 28). Con respecto a la calidad percibida o satisfacción del usuario, encuestas tomadas en 1997 y 2003 indican que una proporción alta de los usuarios tiene percepción positiva de los servicios. En 2000, la principal preocupación de los usuarios era la cantidad de servicios ofrecidos (21%) lo cual indicaba falta de conocimiento ya que el POS y el POSS deben ser iguales en todos los proveedores; le seguía las dificultades en el trámite (16%) y la causa principal de descontento era el problema del acceso (16%), lo cual implica que el afiliado confrontaba dificultades para seleccionar y acceder a la aseguradora y proveedora. La segunda causa de descontento era la insatisfacción con los servicios recibidos: las peores calificaciones de los encuestados fueron en la promoción y prevención sobre los cuales la mayoría tenía una opinión negativa, y la insatisfacción con los medicamentos prescritos varió entre 10% y 56% en tres encuestas. En 1999 las causas de cambio de institución fueron: 34% por mal servicio, 29% por poca seguridad o insatisfacción y 9% por demora en la atención. En 2002-2003 la satisfacción general con los servicios recibió una calificación de 6 entre un rango de 0 a 10 (5 o menos entre los afiliados al ISS, Cajanal y cinco EPS), un nivel mínimo de aceptabilidad después de 10 años de reforma. En 2001-2002, 62% de los profesionales médicos consideraban que el nivel general de atención había declinado, mientras que el ministerio de salud, las entidades territoriales, las universidades y la sociedad civil coincidían en que la atención primaria se había deteriorado

(Felizzola 2002; Málaga y otros 2000; Homedes y Ugalde 2003; *Salud Colombia* 2003, No.71; OPS 2005a).

Costa Rica. Hay un programa de acreditación de servicios de salud para los establecimientos pero de carácter voluntario; en tres evaluaciones realizadas entre 1999 y 2001, sólo 3,4% de los establecimientos examinados fue acreditado y 96,4% recibió acreditación condicionada; en los hospitales se encontró, entre la primera y la última evaluación, un descenso en el cumplimiento de estándares de acreditación en 10 áreas, especialmente en aquellos situados en áreas periféricas. La habilitación comenzó en 2000 y e1 año siguiente 55% de los establecimientos examinados recibió la habilitación, 29% lo fueron provisionalmente y 16% les fue denegada por no reunir las condiciones (Programa Estado 2002). En 2001 los expedientes de 89% de los pacientes primerizos reunían los estándares de calidad y 70% de las áreas de salud usaban protocolos para mejorar la atención. Pero no hay protocolos de atención que establezcan normas generales de calidad, ni existe un programa sectorial para avaluar la calidad del equipo y, en general, los resultados de los mecanismos para mejorar la calidad son poco usados por falta de acuerdo entre el ministerio y la CCSS: un plan del ministerio para mejorar la calidad no había sido aplicado por el seguro social en 2001. La calidad de los servicios ha sido criticada por los usuarios, la Defensoría de los Habitantes y la Contraloría General; una evaluación de 2001 encontró debilidades en la garantía de calidad de los servicios, y se estima que sólo la mitad de la cobertura se hace con la calidad requerida. El seguro social creó una agencia interna en 1998 para monitorear la producción y calidad de sus servicios pero su funcionamiento ha sido cuestionado por personal de dentro y fuera de la CCSS; una evaluación de su equipo en 2001 encontró que 87% estaba en buenas condiciones, 6,5% regular y 6,6% pobre (OPS 2005a). La falta de control de calidad por el ministerio o la CCSS de los proveedores privados permite a algunos operar equipo de segunda mano (por ejemplo, radioterapia) que no cumple los requisitos internacionales, sólo cuando ocurren accidentes se hace la evaluación a posteriori (Martínez y Mesa-Lago 2003). Hay un número no regulado y creciente de centros educativos privados que gradúan profesionales de la salud y sobre los cuales el ministerio no ejerce control.

Respecto a la calidad percibida en Costa Rica, los compromisos de gestión requieren evaluar la satisfacción de los usuarios mediante encuestas anuales; pero diferentes encuestas muestran resultados diversos: una encuesta de opinión entre los usuarios en 1997 dio las mejores calificaciones al aseo general, el trato del médico y el horario de atención en urgencias, y las peores calificaciones a la lentitud de la atención, el otorgamiento de citas médicas, el poco tiempo dedicado al paciente y el interés personal, los tiempos de espera sobrepasaron al doble de lo que los usuarios estaban dispuestos a esperar y, entre los que no utilizaron los servicios, 22% lo atribuyó a la mala atención; en una encuesta de opinión general en 1999, 51% consideró que el médico de consulta externa no era bueno, 71% recibió medicamentos deteriorados, 44% opinó que los hospitales y clínicas brindan un pésimo servicio, 62% se manifestó partidario de la libre elección médica y 51% de la introducción del subsector privado en algunos hospitales (Banco Mundial 2003); una encuesta tomada en 92% de los hospitales y 77% de los centros de salud en 2000, dio que 70% de los usuarios estaban satisfechos con la atención, pero 45% de las madres no recibieron información sobre embarazo, parto y cuidado del recién nacido, y sólo 45% de las áreas de salud tenían actividades para mejorar la calidad; otra encuesta tomada en 22 establecimientos en 2000, indicó que 88% había recibido tratamiento adecuado y 81% las explicaciones necesarias, pero 19% se quejó que el período de espera para obtener una cita era inaceptable, 13% que la espera en la sala de consulta era excesiva y 16% que tomaba mucho tiempo para recibir el medicamento (OPS 2005a); un estudio del Banco Mundial en 2002 encontró que 68% de los usuarios de las cooperativas que prestan servicios primarios dijo que los tiempos de espera en éstas eran menores que en las clínicas de la CCSS (La Forgia 2005); entrevistas conducidas en 2004 en seis zonas, principalmente entre usuarios pobres de la CCSS, encontró que su principal malestar era el trato deficiente o maltrato, tanto del personal administrativo como de profesionales de la medicina, a más

de barreras de acceso (al grupo pobre a cargo del Estado) y arbitrariedad particularmente en la demostración de ingreso y renovación de la cobertura (Martínez 2005).

Cuba. El Departamento Nacional de Evaluación Tecnológica del ministerio fue creado en 1996 y también existe una Comisión Nacional de Acreditación que verifica el cumplimiento de los requisitos y la decisión final se hace por el ministerio. El subsistema de Emergencia en la Atención Primaria había acreditado 27 de los 170 municipios en 1999 y otros 72 aguardaban acreditación (OPS 2005a). La desaparición de la URSS y los países socialistas, de los cuales Cuba recibía enorme y generosa ayuda económica y con los cuales el sector salud tenía una alta dependencia (importaciones de equipos, piezas de repuesto, medicamentos e insumos), unida a la escasez de divisas y reducción de las importaciones de combustible, provocó una severa crisis en el decenio del 90 con un impacto adverso muy fuerte en la calidad de la atención, escasez de medicinas, piezas de repuesto y otros insumos esenciales sanitarios, descapitalización debida a la imposibilidad de mantener el equipo, deterioro de la red de agua potable, el alcantarillado y la recogida de desperdicios, desnutrición y brotes de enfermedades (CEPAL 1997, 2000; Benítez 2003). El gobierno hizo grandes esfuerzos para enfrentar estos problemas y, en algunos casos, superar los índices de salud anteriores a la crisis, pero en otros casos aún en 2003 no se habían recuperado dichos niveles (Mesa-Lago 2003a, 2005b). Una encuesta con muestra representativa de la población en todas las provincias tomada a fines de 1997, encontró que 46.6% de los encuestados no estaban satisfechos con los servicios de salud debido a: problemas con el equipo e instrumentos; falta de medicinas y otros insumos esenciales; deficientes instalaciones y otras condiciones físicas; dificultades con el tratamiento y personal descortés. Se informa de otras encuestas tomadas bianualmente y de un nuevo sistema de supervisión para conducir encuestas semanales, pero sin reportar sus resultados (OPS 2005a).

Chile. El Ministerio inició un Consejo Ejecutivo de Calidad en 2002, incluyendo una unidad de evaluación de tecnologías de salud; también se incorpora la evaluación de dichas tecnologías en los compromisos de gestión suscritos entre el ministerio y los servicios de salud. El reglamento estipula la existencia de comités de calidad en los servicios de salud, pero no hay un registro de los mismos por establecimientos de la red asistencias (OPS 2005a). Una ley de 2004 estableció un sistema de acreditación para los proveedores institucionales de acuerdo con el tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones, así como un sistema de certificación de especialidades para las personas que proveen prestaciones de salud, ambos con los correspondientes registros y evaluaciones periódicas, a más de protocolos de atención de salud. Las ISAPRES deben de identificar a sus proveedoras e informar sobre su acreditación, la certificación de especialidad médica, etc. (Ley 19,937 2004). La ley de 2005 ordena el registro de agentes de venta e introduce sanciones por errores y cancelación del permiso, con el fin de promover la calidad de los servicios (Ley 20,015 2005).

En cuanto a la calidad percibida no parece haber consenso en Chile, ni entre las encuestas de opinión ni entre los expertos chilenos, respecto a la satisfacción de los usuarios en ambos sistemas. Una encuesta de 1995 preguntó cual sistema preferían los afiliados (el privado o el público), entre los afiliados a las ISAPRES 68% prefería éstas y 23% prefería FONASA, mientras que entre los afiliados al sistema público las proporciones respectivas fueron 66% y 29% (citado por Bitrán y Almarza 1997). Estos resultados eran bastante similares y exhibían una brecha decreciente respecto a una encuesta de 1993, más aún, la pregunta suponía que ambos sistemas costaban lo mismo, de ahí que las proporciones hubiesen sido más favorables a FONASA de haberse hecho la pregunta teniendo en cuenta que el costo real en éste es mucho menor que en las ISAPRES, así 66% de los encuestados que dijeron que querían cambiase del sistema público al privado dieron la falta de ingresos como razón para no poder hacerlo. Una encuesta de la Universidad de Chile en 2001 mostró que 44% de los beneficiarios del sistema privado y 52% de los del sistema público se sentían insatisfechos, los primeros por razones de equidad y los segundos por insuficiencia de recursos (citado por Pollack 2002). Una experta chilena que propone la

necesidad de mayor privatización afirma que "El país se enfrenta a un descontento generalizado en este [sub]sector, reflejado en encuestas públicas" (Cifuentes 2000: 68). Basados en encuestas entre 1993 y 1996, dos economistas chilenos concluyen que los afiliados a las ISAPRES están razonablemente más satisfechos que los afiliados a FONASA, pero informan que este último provee 43% más exámenes de laboratorio e intervenciones quirúrgicas por asegurado que las ISAPRES y más de tres veces el número de días cama por asegurado, aunque atribuyen esto al perfil de salud de los beneficiarios. En las ISAPRES, a medida que desciende el ingreso de sus afiliados aumenta la proporción de los insatisfechos y una cuarta parte del total se siente insuficientemente cubierto; según los encuestados las principales debilidades de las ISAPRES son la cobertura y beneficios insuficientes (Bitrán y Almarza 1997). Por último según un experto en salud chileno, las encuestas de opinión del sistema público muestran que entre 60% y 70% de los encuestados en 1998 percibía mejoras en la calidad del servicio: 68% en la infraestructura, 63% en el equipamiento, 66% en la sala de espera y 59% en el trato del personal. Estas proporciones eran usualmente mayores entre los afiliados en los tres quintiles más bajos de ingreso (Titelman 2000). Desde 1998 existe una Carta de Derechos del Paciente en los establecimientos públicos, aunque de adherencia voluntaria, que incluye el derecho de hacer reclamos o sugerencias y recibir una respuesta por escrito (OPS 2005a)

Ecuador. Algunos instrumentos de acreditación se habían diseñado en 2001 pero no habían sido implementados; en el seguro social se habían establecido protocolos en algunas patologías, pero sin saberse en que proporción. La ley del sistema nacional de salud de 2002 estipuló la utilización común de normas técnicas y protocolos y encomendó al ministerio impulsar los procesos de certificación para el ejercicio profesional (LOSNS 2002). No había encuestas ni estudios de satisfacción de usuarios (OPS 2005a). No obstante, se informa que 75% de los afiliados al seguro social no está satisfecho con sus servicios pero, aún así, prefiere estos a los del ministerio (Roldós 2003).

El Salvador. Al menos hasta 2001, no había procedimientos para evaluar la tecnología en el sistema de salud ni una agencia encargada de dicha responsabilidad, sólo un proyecto con el fin de desarrollar guías para la acreditación médica y categorizar los servicios. La falta de regulación de las universidades, su rápido crecimiento y calidad dispareja, hace obvia la necesidad de acreditación, regulación y control. El ministerio tiene una página de Internet para ofrecer opiniones sobre la atención en los SIBASI (Mesa-Lago 2001b; OPS 2005a). Una encuesta de satisfacción a los usuarios del primer SIBASI y modelo (Nueva Guadalupe) hecha en 2001 mostró: entre 90% y 98% regresaría a ser atendido y recomendaría el servicio a otros, fue examinado y tuvo privacidad, le explicaron lo que tenía que hacer, el personal fue amable y sabía lo que hacía, el local era apropiado y estaba limpio, y la medicina recetada fue adecuada; pero el nivel de satisfacción cayó en otros aspectos: sólo 26% pudo elegir fecha para la cita, 57% indicó que el personal era suficiente, 60% que el equipo era adecuado y 67% que la espera era aceptable (MSPAS/GTZ 2002). En otra encuesta, realizada en 2002 en 5 SIBASI (incluyendo Nueva Guadalupe), los gerentes y miembros del comité de gestión (integrado por representantes de los proveedores) reportó mejoras en la atención preventiva y curativa, pero un tercio de los miembros del comité de consulta social dijo que no la había; los dirigentes también notificaron avances en el acceso geográfico y económico pero la mitad de los miembros del comité de consulta respondieron negativamente. Entre los usuarios, 38% contestó que les tomaba entre 2 y 3 horas para ser atendido, 51% informó que el tiempo de la consulta fue de menos de 10 minutos y 33% entre 11 y 15 minutos; una minoría dijo tener acceso a servicios esenciales: 14% a control post parto, 24% a nutrición infantil, 30% a planificación familiar, 35% a citología, 40% a control del niño sano y 42% al control prenatal, pero 66% a la vacunación. Los problemas apuntados por los usuarios fueron en promedios: 65% la larga espera para ser atendidos, 56% la falta de medicamentos y equipo médico, 41% la escasez de personal médico, 38% el maltrato del personal y 30% el alto costo de la atención (APSAL 2002).

Guatemala. No hay acreditación o evaluación del currículo de las facultades de medicina y enfermería, ni de las instalaciones de salud salvo su registro; una nueva oficina del ministerio

creada en 2000 tiene un departamento de acreditación, pero no hay entidades o mecanismos para al acreditación de la calidad de los servicios y la reforma no ha tenido entre sus principales objetivos la calidad técnica y percibida de los servicios. No hay encuestas de calidad percibida (OPS 2005a).

Haití. Los procedimientos para acreditar los centros de entrenamiento no son claros ni uniformes y muchos gradúan profesionales sin la correspondiente autorización, los procedimientos para autorizar a los proveedores no están escritos y varían entre departamentos; cerca de 80% del equipo en establecimiento públicos no funciona o es defectuoso y 70% de los laboratorios no cumple con las normas mínimas internacionales; los sistemas de información del ministerio ni están al día ni son confiables, y no hay estadísticas sobre el número total de trabajadores de la salud (sólo en el ministerio) por lo que no hay certificación (OPS 2005a). Tampoco hay encuestas de satisfacción de usuarios. El acuerdo con el BID (2003) estipula que el ministerio prepare y aplique criterios para la certificación normalizada de proveedores del paquete básico y que se tomen al menos una encuesta de satisfacción de usuarios para medir el impacto de dicho paquete en niveles de salud.

Honduras. No existe sistema nacional de acreditación de instituciones de entrenamiento de profesionales de la salud, ni tampoco un registro de recursos humanos; un sistema de acreditación de hospitales que comenzó en 1990 fue interrumpido en 1996 y no se había reanudado en 2001, en ese año se estaban elaborando regulaciones para conceder licencias a los establecimientos de salud, y menos de 10% de ellos tenían programas de calidad. Con respecto a la calidad percibida, se reportan estudios o encuestas esporádicas de satisfacción de usuarios "que muestran insatisfacción tanto en los subsectores público como en el privado", pero no dan cifras (OPS 2005a: 18). En el seguro social 39% de los afiliados no utiliza sus servicios por considerarlos de mala calidad, también se ha reportado maltrato a los pacientes (Durán 2003; IHSS 2003).

México. No se contaba en 2001 con información unificada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso; se reportaban rezagos tecnológicos en el subsector público pero avances en los equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el subsector privado; la calidad de los servicio en lo estados era generalmente de baja calidad aunque con diferencias entre ellos; la acreditación de las escuelas de medicina se hacía por las asociaciones que agrupan a dichas instituciones y estaban acreditadas sólo 29% del total (1,7% de las escuelas de enfermería); la certificación de los médicos generales se efectuaba por un consejo nacional de dichos profesionales y la de los especialistas era controlada por las consejos de las mismas y coordinada por las academias respectivas; la certificación de hospitales comenzó en 1999 y en 2000 había certificado sólo 2% de los hospitales totales, se inició un nuevo procedimiento en 2002; una cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud se lanzó en 2001. Como cada uno de los cinco seguros sociales opera como un monopolio, hay pocos incentivos para responder a las necesidades de los usuarios y escasa consideración por la calidad de los servicios (Gómez-Dantés 2000).

La calidad percibida fue medida en México por dos encuestas nacionales de satisfacción de usuarios en 1994 y 2000. En la primera, 83% de los encuestados consideró que se requerían cambios fundamentales en la salud y sólo 13% que los servicios funcionaban bastante bien; 46% del total entrevistado reportó larga espera para cirugía y 60% entre los que tenían seguro social; 11% experimentó dificultades para recibir el tratamiento y 13% para ser atendido en emergencias, y 26% dijo que era difícil conseguir una cita con un especialista. Entre los afiliados a los seguros sociales, 47% consideró que la atención hospitalaria era mala y 51% dio la misma opinión sobre la atención del primer nivel (AISS 2003b; Arredondo 2005). La encuesta de 2000 reportó un declive a 76% de los que consideraron que se requerían cambios fundamentales (aún muy alto), mientras que el porcentaje de los que pensaban que los servicios funcionan bastante bien aumentó a 19%, aún muy bajo; no se pudo obtener otros detalles (OPS 2005a).

Nicaragua. El ministerio acredita y certifica a los profesionales y trabajadores de la salud, además habilita y acredita a todos los proveedores de servicios de salud incluyendo a las EMP, pero

el seguro social comenzó a certificar a las EMP en 2002,[116] lo cual ha generado un conflicto entre ambas instituciones, ya que el ministerio argumenta que dicha función le pertenece (Rossman y Valladares 2003). También se reporta que todos los hospitales han sido capacitados para elaborar el programa de garantía de calidad en la atención; sin embargo los mecanismos para garantizar dicha calidad no han sido plenamente desarrollados y es necesaria la elaboración y ejecución de normas de acreditación de los establecimientos. No se conoce el porcentaje de las instalaciones del subsector público que hacen encuestas de satisfacción del usuario pues no se han desarrollado de forma general; la única disponible, de 1995, indagó sobre el regreso del usuario al mismo establecimiento para recibir atención, dando 97% en los ambulatorios pero sólo 30% en los hospitales y 11% en los puestos de salud, además, entre 56% y 89% de lo que regresarían lo harían sólo porque no tenían otra alternativa. Hay comisiones de conciliación de quejas o reclamaciones funcionando sólo en 19% de los hospitales (OPS 2005a). En varios foros de discusión sobre la reforma, con participación de los actores principales, se han apuntado deficiencias en el subsector público: infraestructura hospitalaria obsoleta, falta de capacidad gerencial y administrativa de los recursos financieros y humanos, recorte de presupuestos y de abastecimientos e insuficiente personal (Rossman y Valladares 2003). En el seguro social no hay indicadores de calidad o resultado de las EMP ni se supervisa la calidad de la atención dada, y se ofrece un contrato a todos los solicitantes que reúnen las condiciones de certificación. Se carece de información sobre el nivel general de satisfacción de los asegurados en las EMP, aunque sí de los usuarios mediante encuestas tomadas en 1996, 1998 y 2000; se suspendieron en 2002 alegando falta de recursos pero no son costosas y deberían realizarse cada año. Los resultados de las encuestas fueron: entre 79% y 87% de los encuestados estaban satisfechos en 2000 con la admisión y el tiempo para ser atendidos, el trato del médico, la atención en el hospital, y la recepción de exámenes de laboratorio y medicinas sin cargo (en varios de estos aspectos se registró una mejoría entre 1998 y 2000); el porcentaje que dijo estar satisfecho con las EMP aumentó ligeramente de 57% a 59% entre 1998 y 2000, pero 41% no estaba satisfecho y 17% tuvo que buscar atención de otro establecimiento de salud para resolver su problema de forma adecuada; la cobertura del control prenatal a las aseguradas bajó de 21% a 20%, una proporción muy baja, la cobertura de atención de los hijos cayó de 60% a 45%, y la satisfacción con el conocimiento dado por el médico aumentó de 9% a 38%, todavía extremadamente baja (La Forgia 2005).[117]

Paraguay. Sólo la mitad de los médicos estaba certificado en 2003 aunque era obligatorio hacerlo (Ramírez 2004); al menos hasta 2001, no había registro ni acreditación de planes de salud ni de las proveedoras privadas; eran muy escasas las instalaciones públicas que tenían programas de calidad, ni había información sobre las que tenían programas de orientación y mejora del trato al usuario o con comisiones de arbitraje. Tampoco había datos sobre las instalaciones en el sistema que conducían encuestas de opinión y satisfacción del usuario. "La reforma no ha contemplado acciones específicas tendientes a mejorar la calidad técnica y la calidad percibida, ni a desarrollar mecanismos de evaluación de las tecnologías de salud". No obstante, se reporta que el ministerio tenía un plan de acción para fortalecer su capacidad reguladora en tecnología y a ese efecto creó un departamento específico; también que la superintendencia fue encargada de acreditar las instalaciones y exigir el uso de protocolos de atención en el subsector privado (OPS 2005a: 24). En cuanto al IPS, en 2005 había una página de Internet con varias preguntas para los usuarios, a las que se podía contestar "si" o "no" pero sin exigir número de registro y, con una excepción, el número de las respuestas ("votos") fluctuaba sólo entre 7 y 32; algunos resultados eran: 71% había pagado

[116] Las condiciones de certificación por el INSS son: capacidad para proporcionar el paquete básico a todos los asegurados con derecho, a cambio de recibir un per capita, viabilidad financiera (incluyendo capital mínimo y reserva de 5% del pago per capita total mensual), y firma de un del contrato (La Forgia 2005).

[117] Varios indicadores son mejores entre las EMP que en el ministerio, por ejemplo, tasas de consultas ambulatorias y de hospitalización (La Forgia 2005) pero esto también es cierto en comparaciones entre el seguro social y el ministerio en la mayoría de los países de la región.

soborno ("coima") en los trámites; 55% había sido maltratado por algún funcionario del IPS; por otra parte 77% respondió que la atención de los policlínicos había mejorado y 71% que la obtención de turnos por teléfono había facilitado el servicio (IPS 2005).[118]

Perú. No opera un sistema nacional de garantía de calidad (se ignora el porcentaje de los hospitales con programas de calidad), ni agencias dedicadas a la evaluación de las tecnologías de salud, ni una política explícita para guías de práctica clínica las cuales se elaboran según los criterios de cada institución. Aunque el ministerio tiene desde 1998 una unidad de acreditación de establecimientos de salud para todos los subsectores, en 2001 sólo 1% del total de hospitales del país había sido acreditado y otro 31% estaba en proceso de auto evaluación como paso previo a la acreditación (basado en OPS 2005a). En 1997 había 24 escuelas de medicina que graduaban 1,400 médicos anuales muchos de los cuales estaban subempleados; en 1999 se aprobó una ley del sistema de acreditación de las facultades de medicina y establecimientos pero su reglamento no se promulgó hasta 2001; en 2002 el ministerio informó que era débil la regulación de los profesionales médicos egresados; las profesiones médicas se autorregulan a través de sus colegios respectivos (Ferreira 1998; MS 2002; OPS 2005a). La encuesta nacional de 1997 indicó que la percepción de satisfacción mayor entre los usuarios era con los servicios privados y aumentaba a medida que crecía el ingreso; la satisfacción de los usuarios del ministerio fue mayor (especialmente en el primer nivel de atención) que la de los de EsSalud, lo cual es concordante con el incremento del gasto público de salud en ese nivel, pero el nivel de satisfacción en la zona rural era menor que en la zona urbana y la capital (Manrique 1999). El ministerio reportó que 55% de los usuarios dijo estar insatisfecho con los servicios por dos causas principales: el maltrato y el tratamiento inadecuado (MS 2002). No se sabe el impacto en la satisfacción del paquete básico (SIS) iniciado e impulsado desde 2001.

República Dominicana. Aunque hay protocolos para el tratamiento de las principales patologías, la red de servicios públicos no desarrolla de manera general programas de control y mejora de la calidad; sólo tres hospitales han realizado evaluaciones de la calidad de sus servicios; en 2000 se creó en el ministerio una comisión nacional de calidad, pero no hay información sobre sus resultados (OPS 2005a). No hay encuestas de calidad percibida, pero la encuesta de hogares de 2002 encontró que, de los usuarios de los hospitales del ministerio, 72% los utilizó porque paga poco o nada y sólo 7% porque recibe buena atención; el 30% de la población que no utilizó dichos hospitales lo hizo por la mala calidad del servicio, seguida del maltrato por el personal, la falta de medicinas, el largo tiempo de espera, y la creencia que no lo curarían; las mejoras solicitadas por los usuarios fueron disponibilidad de los médicos, reducción del tiempo de espera, mayor facilidad para conseguir citas, y más capacidad, tiempo y mejor trato del médico. Los usuarios de los servicios privados dijeron que lo hacían porque reciben buena atención, tienen personal capacitado, y reciben un trato rápido y humano; pero se quejaron del alto costo de la atención, los exámenes y la disponibilidad de los médicos; casi la mitad de los que no usaron los servicios privados dieron como razón su alto costo, otros la mala calidad de la atención--contradiciendo la opinión de los que los usaron (Lizardo 2004).

Uruguay. Se carece de un marco regulatorio explícito en cuanto a la calidad de los servicios, sólo experiencia puntuales; tampoco hay un inventario nacional sobre el equipamiento y tecnologías existentes, ni un mecanismo de acreditación de la calidad asistencial ni de las tecnologías; la reestructuración del ministerio en 2002 creó una unidad que tendrá a su cargo la evaluación de las tecnologías de salud; no hay información de cuantas instituciones tienen un programa de infecciones hospitalarias; el sistema de acreditación no es obligatorio para las instituciones públicas, de 1996 a 2002 se venía desarrollando la acreditación de un hospital y algunas maternidades. Todas las instituciones de formación de profesionales de la salud deben

[118] La pregunta sobre mejoras en el hospital central fue la que más respuestas recibió (326) pero no se dieron los resultados ("si" y "no") sólo la distribución de las respuestas por ambulatorios, infraestructura de internación y mejoras en el horario de atención (IPS 2005).

cumplir requisitos establecidos para acreditar su capacidad y los egresados registrarse en el ministerio el cual habilita su ejercicio. No se reportan encuestas periódicas de satisfacción de servicios por los usuarios (OPS 2005a); según una fuente la calidad de los servicios del ministerio y las IAMCs era bastante uniforme en 2000, pero otra indica que el subsector público era percibido como ineficiente y de baja calidad en los servicios (ver AISS 2003b). Una encuesta de satisfacción de usuarios tomada en 2004 sobre los servicios materno-infantiles del BPS dio los resultados siguientes: más del 75% opinó que los servicios como buenos o muy buenos y 57% que estaban mejorando; 98% estuvo satisfecho con el médico, 96% con la enfermera y 75% con el personal administrativo; 78% consideró razonable el tiempo de espera para ser atendido y 40% tuvo que esperar menos de una hora (MSP/BM 2004b).

Venezuela. La calidad técnica es un tema recientemente introducido en las instituciones de salud pública; no se dispone de información sobre el porcentaje de los establecimientos que han establecido programas de calidad; un estudio de 2000 reveló que sólo 5% de los hospitales públicos tenían funcionando comités de infecciones hospitalarias; y no se le entrega a los pacientes un informe de alta salvo que estos lo soliciten.[119] Hay información contradictoria y poco precisa sobre la acreditación y certificación de establecimientos y profesionales de la salud: se dice que en 2001 había una propuesta o se estaba desarrollando un programa nacional de acreditación, también que el ministerio ha diseñado mecanismos de registro, habilitación y acreditación que permiten garantizar la calidad, que toso los profesionales y técnicos han de estar registrados en el ministerio y que éste creó recientemente un sistema nacional de información de salud para recolectar datos sobre habilitación y acreditación de establecimientos públicos y privados, proveedores de servicios, registro y certificación de profesionales y técnicos de la salud, aunque también se reporta que el sistema computarizado de los hospitales sólo tiene información para costos y recursos humanos pero no para la gestión clínica o administrativa (OPS 2005a). El proyecto de ley de salud en debate en 2005 precisamente dispone la creación del sistema nacional de información a cargo del ministerio y encomienda al mismo el registro y acreditación de establecimientos públicos y privados, el desarrollo e implantación de protocolos de diagnósticos, la certificación de los profesionales y técnicos de la salud, y la creación de una comisión nacional de evaluación y tecnologías de la salud, para evaluar equipos, técnicas y productos (RBV 2004). No hay evaluación si quiera esporádica de la calidad percibida (OPS 2005a).

E. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación

Entre los objetivos de la mayoría de las reformas está la transformación del papel del Estado en el campo de la salud de la manera siguiente: (1) deben separarse las funciones de rectoría-regulación-supervisión, financiamiento, aseguramiento y provisión; (2) el Estado debe abandonar las funciones de financiamiento y provisión y asumir las funciones de rectoría técnica, coordinación regulación y supervisión del sistema, promoción, educación y prevención de la salud, diseño y ejecución de mecanismos para mejorar la equidad, focalización de los subsidios fiscales en los grupos más necesitados, estímulo a la competencia entre proveedores, y evaluación del desempeño del sistema; (3) el subsector privado debe ser estimulado para que participe activamente en el sistema como proveedor y financista, promoviendo la competencia y la eficiencia; (4) los asegurados o afiliados deben tener libertad de elección de proveedoras para escoger a las mejores y así fomentar la competencia y reducir los costos; (5) debe darse mayor autonomía a los hospitales mediante contratos con el subsector público o permitir que se acojan al derecho privado, así como estimular la competencia entre ellos, para que se hagan autosuficientes, y (6) debe descentralizarse la

[119] Se reporta un deterioro notable en la calidad de los servicios de los subsectores público y del seguro social en 1991-2001 (D'Ella 2002).

administración del sistema, desde el Estado hacia unidades regionales y/o municipales, las cuales están más cerca de los usuarios, conocen mejor sus necesidades y pueden facilitar la participación comunitaria (Medici 2000). Entre los cinco objetivos de la reforma acordados por todos los gobiernos de la región en 1995 se encuentran entre otros la eficiencia y la participación y control sociales.

La viabilidad o resultados actuales de algunos de dichos objetivos son cuestionados por expertos en salud de América Latina y otros países: (1) si el Estado ha fallado como proveedor hay que cuestionar si tiene la capacidad para regular y supervisar las actividades de numerosas entidades que financian y proveen los servicios en un sistema mucho más complejo que el anterior a la reforma; (2) el ministerio de salud que es encargado de la rectoría técnica y política, usualmente carece de recursos suficientes y personal capacitado para ejercer dichas funciones; (3) el subsector público es reducido substancialmente pero en muchos países continúa atendiendo a la población pobre y de bajo ingreso; (4) se ha acentuado la segmentación del sistema que existía previamente, haciendo aún más necesaria la articulación o integración del mismo; (5) en teoría la descentralización debería fomentar la responsabilidad, la participación y la respuesta a las necesidades locales, pero en la práctica la transferencia ha sido hecha sin asignar los recursos necesarios a unidades locales que tampoco tienen el personal capacitado requerido; (6) hay debilidad en establecer reglas claras para la transferencia de responsabilidades y se ha asumido que la iniciativa privada o local resolverá los problemas del sistema; (7) en algunos países el subsector privado se ha convertido en el principal asegurador y/o proveedor o en uno fundamental y ha acumulado fuerte poder y resistido la regulación (el BID estimó que, a mediados del decenio del 90, los planes de prepago privados servían a 50 millones de latinoamericanos, 10% de la población total, la mayoría de ingreso medio-alto y alto); (8) los hospitales en la mayoría de los países continúan siendo financiados por presupuestos o recibiendo subsidios fiscales y sin verdadera competencia entre ellos; (9) algunas reformas no hay mejorado ni la equidad ni la eficiencia, y (10) la mayoría de las reformas se hicieron desde arriba sin consulta amplia de los sectores involucrados y, a pesar de declaraciones iniciales, ha habido escasa o nula participación social en su diseño, ejecución y supervisión (Giordano y Colina 2000; Lloyd-Sherlock 2000a, 2003; Londoño y Frenk 2000; Homedes y Ugalde 2003).

Esta sección analiza el impacto de las reformas en nueve aspectos clave: (1) unificación o integración del sistema; (2) regulación; (3) descentralización; (4) competencia entre aseguradoras/ proveedoras; (5) grado de privatización; (6) libertad de elección de asegurados y usuarios; (7) eficiencia; (8) costo administrativo, y (9) participación social.

1. **Unidad o integración del sistema y separación de funciones**

El grado de unidad (integración o al menos coordinación) del sistema de salud varía considerablemente entre los países, de mayor a menor (ver Cuadro 6): (a) público unificado o integrado en Cuba; (b) seguro social unificado en Costa Rica; (c) seguro social unificado, integrado funcionalmente con el público en Panamá; (d) dual segmentado (público y privado), coordinado con tendencia a la unificación pero aún necesitado de articulación en Brasil; (e) dual coordinado (público—con dos regímenes y privado) pero sin integración plena en Colombia; (f) dual coordinado (público-seguro social y privado) en Chile; (g) dual (público y privado) segmentado sin coordinación en Haití; (h) tripartito segmentado sin coordinación (público, seguro social y privado) en Ecuador (con programa separado para campesinos), El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú (en los tres últimos el seguro social ofrece servicios en todo o en parte a través de proveedores privados) y Uruguay (la provisión del seguro social se ofrece principalmente por entidades privadas sin ánimo de lucro); (i) tripartito muy segmentado sin coordinación (público, seguro social y privado) en Paraguay y la República Dominicana (en el último la reforma estipula mecanismos de coordinación entre tres regímenes pero no se han implantado); (j) tripartito

altamente segmentado con baja coordinación (público—varios, seguro social—varios y privado) en Argentina; y (k) tripartito altamente segmentado (público—varios, 14 seguros sociales y privado en Bolivia. El Cuadro 6 también indica cuales grupos tienen programas separados, ya sea en el subsector público como en el seguro social: las fuerzas armadas en todos los países (salvo Costa Rica y Panamá), la policía en 8 países, los funcionarios públicos en 7 países, los maestros y universidades en 7 países, y otros grupos en 7 países (petroleros en 3, congresistas, jueces, médicos, turistas, etc.).

CUADRO 6
GRADO DE UNIDAD/ COORDINACION O SEGMENTACION, NUMERO DE SUBSECTORES Y PROGRAMAS SEPARADOS, 2005

Países	Grado de Unidad/Coordinación o Segmentación	Número de Subsectores y Subdivisión Dentro de los Mismos	Programas Separados	
			Fuerza Armada	Otros
Argentina	Altamente segmentado con baja coordinación	3: Público (provincias, muni- cipios), seguro social y privado	Sí	Congreso, poder judicial, universidades nacionales
Bolivia	Altamente segmentado sin coordinación	3: Público (provincias, deptos., muni-cipios), seguro social (varios) y privado	Sí	14 seguros sociales de salud
Brasil	Segmentado con coordinación	2: Público (federal, estados, municipios) y privado	Sí	Empleados públicos con planes privados, policía
Colombia	Coordinado sin integración	4: Contributivo, subsidiado, privado y vinculado (público)	Sí	Maestros, trabajadores petroleros
Costa Rica	Totalmente unificado [a]	2. Seguro social y privado (minoritario pero creciente)	No	No
Cuba	Totalmente unificado	1: Público	Sí [c]	Turistas y extranjeros
Chile	Segmentado con alta coordinación	2: Público-seguro social y privado	Sí	Policía (carabineros)
Ecuador	Segmentado sin coordinación	3. Público, seguro social (campesino separado, proveedores externos) y privado	Sí	Policía
El Salvador	Segmentado sin coordinación	3. Público, seguro social y privado	Sí	Maestros
Guatemala	Segmentado sin coordinación	3: Público, seguro social y privado	Sí	Policía
Haití	Segmentado sin coordinación	2: Público y privado	?	Empleados públicos con seguro médico
Honduras	Segmentado sin coordinación	3: Público, seguro social (parte por privado y público) y privado (pequeño)	Sí	Universidad nacional
México	Muy segmentado sin coordinación	Público (varios), seguro social (varios) y privado	Sí (dos)	Empleados públicos federales/estatales, petróleo
Nicaragua	Segmentado sin coordinación	3: Público, seguro social (mediante prepaga) y privado	Sí	Ministerio Gobernación (policía y empleados)
Panamá	Integrado funcionalmente	2. Seguro social y público (privado muy pequeño)	No	No
Paraguay	Muy segmentado sin coordinación	3. Público, seguro social (varios regímenes) y privado	Sí	Policía, funcionarios públicos [d] y otros grupos
Perú	Segmentado sin coordinación	3. Público, seguro social (EsSalud y EPS) y privado	Sí	Policía
República Dominicana	Muy segmentado sin coordinación (sí por reforma, no en vigor)	3. Actual: público, seguro social y privado. Reforma: contributivo, contributivo-subsidiado, subsidiado	Sí	Varios grupos de funcionarios públicos, maestros, médicos, etc.
Uruguay	Muy segmentado sin coordinación	3. Público, seguro social (más IAMC, IMAE) y privado	Sí	Policía, notarios públicos, banca, empleados públicos
Venezuela	Muy segmentado sin coordinación [b]	3: Público, seguro social y privado [b]	Sí	Maestros, petroleros, policía, universidades [b]

Fuente: Ver texto.
[a] Según se extiende la provisión privada se crea segmentación. [b] El proyecto de ley de 2005 integra el seguro social y los grupos separados (salvo fuerzas armadas) al sistema público nacional de salud y el ministerio debe coordinar el sistema. [c] Incluye personal de seguridad interna y alta dirigencia política. [d] Tienen derecho a un seguro privado médico con subsidio fiscal.

La separación de funciones fue recomendada por el Banco Mundial (1993) de forma que el subsector público se hiciese cargo de de la regulación y el financiamiento pero no de la provisión que quedaría a cargo de proveedores privados y el seguro social. Un evaluación publicada por la OPS sobre el avance de la separación de funciones entre rectoría/regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y supervisión, concluye que: la mayoría de los países ha llevado a cabo o está en proceso de separar esa funciones, el ministerio continúa con las de coordinación, regulación y formulación de políticas, mientras que el financiamiento es muy diverso; la mayoría de los países está introduciendo cambios en los modelos de gestión y en las relaciones entre los diferentes actores, la mitad está estableciendo compromisos de gestión entre financiadores y proveedores en el subsector público, muy pocos han logrado la autogestión en los hospitales y otros establecimientos públicos, y tres han entregado la gestión de un servicio público al subsector privado o parcialmente privatizado los servicios (Infante, Mata y López-Acuña 2000).

El Cuadro 7 que resume el estado de la separación de funciones en los 20 países en 2004 muestra que el avance ha sido en realidad muy modesto. Sólo dos países han separado las funciones total o casi totalmente (Colombia y Chile) y siete países parcialmente: Argentina, Costa Rica, Nicaragua, Perú, Uruguay, Guatemala (sólo en el paquete básico), y en la República Dominicana (en la reforma aún no implementada). En tres países hay separación baja o muy baja: El Salvador, Honduras y Guatemala (fuera del paquete básico). En nueve países no hay separación alguna: Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Haití, México, Panamá, Paraguay y Venezuela (la ley pendiente de aprobación en 2005 crea un sistema integrado pero sin separación de funciones). De manera que en más de la mitad de la región o bien no ha ocurrido avance en la separación éste ha sido mínimo.

CUADRO 7

SEPARACION DE FUNCIONES EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 2005

Países	Separación de Funciones					
	Grado	Rectoría/ Regulación	Financiamiento	Aseguramiento	Provisión	Supervisión
Argentina	Parcial	Nación con provincias	Público: Nación, Fondo (FSR), provincias, algunos municipios. Seguro social: OS. Privado: EMP, etc.			Superintendencia (sólo OS)
Bolivia	No	Ministerio (débil)	Público (ministerio), seguro social, privado			Ministerio (débil)
Brasil	No	Federal, estados y municipios	Público (Federal, estados, municipios) y privado			Dividida entre unidades federales [f]
Colombia	Total	Ministerio CNSSS	Fondo (FOSYGA)	Aseguradoras EPS, ARS	Proveedoras IPS, ESS, ESE	Superintendencia (todo el sistema)
Costa Rica	Parcial	Ministerio (débil)	Seguro social		Seguro social y privado (creciente)	Ministerio [g]
Cuba	No	Estado				
Chile	Casi total	Ministerio	Público (FONASA) y Privado (ISAPRES)		Público (SNSS) y privado (ISAPRES, etc.)	Superintendencia (todo el sistema)
Ecuador	No	Ministerio (débil)[b]	Público (ministerio), seguro social (provisión directa y con proveedores externos) y privado			Ministerio
El Salvador	Bajo	Ministerio (débil)	Público (ministerio [c]), seguro social, privado			Corte de Cuentas
Guatemala	Bajo	Ministerio (débil)	Público (ministerio), seguro social, privado; separación de 3 funciones en el paquete básico			Ministerio (muy débil)
Haití	No	Ministerio (débil)	Público (ministerio) y privado [d]			Ministerio (muy débil) [d]
Honduras	Muy bajo	Ministerio (débil)	Público (ministerio), seguro social, privado			Ministerio [h]
México	No	Ministerio (débil)	Público (federal, estados,[e] municipios), seguros sociales y privado			Ministerio (débil y parcial) [e]
Nicaragua	Parcial	Ministerio (débil)	Público (ministerio); seguro social financiamiento y EMP provisión; y privado			Ministerio (débil) [i]
Panamá	No	Ministerio	Seguro social; público (ministerio)			No
Paraguay	No	Ministerio, CNS	Público (ministerio), seguro social, privado			Superintendencia no autónoma, débil
Perú	Parcial	Ministerio (débil)	Público (ministerio); seguro social (asegura, financia y provee en parte, más proveedoras (EPS), y privado			Ministerio, Superintendecia [j]
República Dominicana	Casi total pero en la reforma [a]	Ministerio, CNS	TSS y SNS	Aseguradoras ARS	Proveedoras PSS	Superintendencia (todo el sistema, aún no completo)
Uruguay	Parcial	Ministerio	Público: ministerio (asegura, financia), ASSE (provee); seguro social: BPS (asegura, financia), IMAC/IMAE (proveen); y privado			Ministerio
Venezuela	No	Ministerio (débil)	Público (ministerio), seguro social (varios) y privado (el proyecto integra los dos primeros en el SPNS, pero sin separar sus funciones)			Superintendencia de seguridad social [k]

Fuentes: Ver texto.

[a] Sólo parte de la reforma había sido implementada en mayo de 2005; en el financiamiento la recaudación se hará por la Tesorería de Seguridad Social (TSS) y las asignaciones por éste y el Seguro Nacional de Salud (SNS).

[b] La ley del sistema nacional de salud de 2002 refuerza estas funciones del ministerio, pero no separa las funciones.

[c] El ministerio de hacienda hace asignaciones presupuestarias al ministerio de salud y directamente a los hospitales que tienen autonomía financiera.

[d] La estrategia de 2004 para el paquete básico separa las funciones de rectoría y financiamiento (ministerio) y las de provisión a través de entidades privadas y públicas en los distritos; la supervisión del financiamiento está a cargo de la Contraloría

[e] Hay cierta separación de funciones entre el gobierno federal y los estados; respecto a la supervisión, los estados tienen independencia; los seguros sociales son autónomos; el subsector privado no es regulado ni supervisado efectivamente por el ministerio (salvo las normas generales) y los seguros privados tienen supervisión aparte.

[f] Hay un Consejo Nacional de Salud Complementaria y un Organismo Nacional de Salud Complementaria que norman y supervisan al subsector privado.

[g] La Contraloría General de la República controla el gasto de salud, pero el seguro social y otras entidades autónomas tienen auditorías propias.
[h] El ministerio supervisa al seguro social, pero no a los seguros privados que están regulados y supervisados por la Comisión Nacional de Banca y Seguros.
[i] La nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación a mediados de 2005, crea la superintendencia de seguridad social que vigilará al seguro social.
[j] El ministerio supervisa el subsector público pero no al seguro social; la superintendencia de EPS fiscaliza a las proveedoras, y la superintendencia de banca y seguros a los seguros privados.
[k] El proyecto de ley de salud en debate en 2005 encarga a esta superintendencia del sector salud, pero otorga otras funciones a la Contraloría General de la República y una nueva contraloría dentro del ministerio; la ley de 2002 estipuló que la superintendencia de seguros vigilaría un fondo en los seguros privados y planes de salud.

Usualmente los países que tienen alta segmentación (carecen de integración) no tienen tampoco separación de funciones. Pero la integración y la separación de funciones pueden operar de manera conjunta u opuesta. Por ejemplo, Cuba tiene un sistema totalmente integrado pero no hay separación de funciones; Costa Rica también tiene un sistema integrado con funciones separadas de rectoría y provisión pero no separadas en aseguramiento y financiamiento; y Colombia tiene un sistema articulado sin integración pero completa separación de funciones (Cuadros 6 y 7). En el resto de esta sección se explica con más detalle la situación de todos los países en cuanto al grado de integración de sus sistemas y la separación de funciones.

La función de rectoría-regulación está a cargo del ministerio en todos los países pero éste tiene débil poder en la mayoría de estos. El ministerio también ejerce la función de supervisión en la mitad de los países y en la otra mitad hay una superintendencia u otro tipo de agencia; en al menos un tercio de los países el poder supervisor es sólo parcial o débil. Las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión no están separadas en 13 países, y en la mayoría de ellos (ocho) se ejercen simultáneamente por cada uno de los tres subsectores (público, seguro social y privado); igualmente en brasil por los subsectores público-seguro social y privado, en Haití por los subsectores público y privado, en Panamá por el seguro social y el privado, y en Cuba sólo por el Estado. Estas tres funciones están parcialmente separadas en 5 países, porque aunque tienen tres subsectores hay una separación dentro del seguro social que es asegurador-financiador en todas pero la provisión se hace sólo por proveedoras privadas o conjuntamente con el seguro social (Argentina, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Uruguay, en éste el ministerio asegura y financia mientras que la provisión se hace por una entidad pública aparte, en el seguro social éste asegura y financia y la provisión se hace por las IAMC). Sólo en Colombia las tres funciones están completamente separadas, mientras que en Chile el aseguramiento y el financiamiento son público-seguro social mientras la provisión es pública-seguro social y privada. Sigue el análisis detallado de los países.

Argentina. No hubo una propuesta (ni siquiera se debatió) la integración de los tres subsectores y todas las provincias, la reforma no se planteó para el conjunto del sistema de salud, sino de manera parcial: una concentrada en las OS y otra en el subsector público. Varios expertos coinciden en que ha aumentado la segmentación entre los tres subsectores y dentro de cada uno de ellos, y que la falta de coordinación y articulación impide la conformación de un "sistema" de salud (Flood 1997; Centrángolo y Devoto 2002). La reforma no integró los programas separados de las fuerzas armadas, el congreso y el poder judicial; tampoco ha logrado implementar la separación de funciones. Hay múltiples entidades de salud: (a) El Ministerio de Salud y Ambiente teóricamente ejerce la rectoría pero las provincias gozan de total autonomía en políticas de salud y son los proveedores de los servicios (también algunos municipios grandes; algunos hospitales de la Nación fueron transferidos a las provincias); el ministerio asiste al gobierno para "entender" las políticas, normas, planes y acciones sanitarias, y con las otras autoridades sanitarias realiza acciones conjuntas de promoción, educación, prevención y control de enfermedades; los hospitales públicos deben convertirse en entes de gestión descentralizada. El Consejo Federal de Salud (COFESA) está integrado por los ministerios de salud de todas las provincias y de la ciudad de Buenos Aires. (b) El subsector de seguro social está organizado en numerosas OS que se financian por cotizaciones de

empleadores y trabajadores, son principalmente administradas por los sindicatos, y normalmente contratan servicios con otros proveedores. (c) El subsector privado tiene múltiples proveedores: Empresas Médicas Prepago (EMP) con fines de lucro que contratan con las OS para proveer servicios y tienen también afiliados voluntarios grupales o individuales (cubrían 2,9% de la población en 2003); mutuales y proveedores independientes, que se financian con los pagos de las OS y de los otros asegurados. (d) El Fondo Solidario de Redistribución ha cambiado su propósito de reducir las desigualdades entre las OS hacia garantizar un mínimo por asegurado y familiar dependiente que asegure el paquete básico. (e) La Superintendencia de Servicios de Salud creada en 1998, es un ente del ministerio pero descentralizado y autárquico, que regula, controla y fiscaliza a las OS (no a las EMP, ni a servicios públicos provinciales, municipales y privados), aprueba a las OS, controla la calidad de su atención y los cambios de afiliados entre ellas, el cumplimiento del paquete básico, y el cobro automático de deudas de las OS y otros proveedores con los hospitales descentralizados. Pero hay información importante que se compila por otros organismos (por ejemplo, los cambios entre OS) en vez de hacerse por la Superintendencia (MSA 2005; OPS 2005a; Torres 2005a, 2005b; SSS 2005). No hay separación de funciones.

Bolivia. Existe una "tremenda fragmentación y clara falta de coordinación entre los tres subsectores y dentro de cada uno de ellos", tampoco hay separación de funciones ya que cada subsector combina las funciones de seguro, provisión y financiamiento (OPS 2005a: 18). El código de seguridad social estipuló la unidad de los diversos seguros sociales e instituciones en un solo ente gestor, pero apenas promulgado dicho código y creada la Caja Nacional de Seguridad Social se aprobó legalmente la coexistencia de otras cajas o seguros autónomos que crecieron hasta 14 en 2000, con diversas condiciones, prestaciones y financiamiento. El Instituto Nacional de Salud (INASES) se supone que coordine estas entidades pero en la práctica no lo hace. De acuerdo con la ley, el ministerio ejerce la rectoría del sistema de salud, pero tampoco esta norma se ejecuta, incluso ya se ha apuntado que sólo una parte de las prestadoras privadas está inscrita en el sistema nacional de información (Guerrero 2000). El paquete básico puede ser ofrecido por múltiples proveedores como entidades públicas, los seguros sociales, ONG's, iglesias y privados con ánimo de lucro. Un Fondo Solidario Nacional establecido en 2003 debería asignar recursos adicionales a los municipios que tienen déficit para satisfacer la demanda de servicios. No hay separación de funciones (Sojo 2003; Banco Mundial 2004)

Brasil. Antes de la reforma había un sistema de salud segmentado por seis subsectores con recursos, instalaciones y clientelas propias: el seguro social, el ministerio de salud, los funcionarios públicos, los militares, los estados y los municipios. En 1993 el seguro social de salud (que tenía el doble de recursos que el ministerio) fue cerrado y todo su personal, instalaciones, recursos y usuarios fueron transferidos y unificados con los del ministerio, así como coordinados con los de los estados y municipios, en un sólo subsector público (Sistema Único de Salud: SUS). Pero la transición del sistema de seguro social para los trabajadores hacia un sistema público único orientado a toda la población tomó tiempo y enfrentó fuertes obstáculos. Además, las fuerzas armadas y la policía mantienen sus propios programas públicos, tanto a nivel federal como estatal, y los empleados públicos federales y estatales (así como de los grandes municipios) están cubiertos por planes privados (21% de los planes de salud totales). El SUS está descentralizado en tres niveles coordinados (federal, estatal y municipal), cada uno con funciones de dirección-regulación, financiamiento y provisión, por lo cual subsiste una enorme heterogeneidad; además hay un subsector privado muy importante y creciente que tiene fuerte interpenetración con el SUS. (a) El Ministerio de Salud federal es el coordinador nacional del SUS, en negociación con los estados y municipios a través del Consejo Nacional de Salud (con representantes de los tres niveles); diseña políticas y planes, incluyendo la reestructuración de los municipios; aporta la mayoría del financiamiento público; detecta insuficiencias y emergencias locales o regionales y usando incentivos promueve acciones focalizadas a corto plazo; monitorea, supervisa y evalúa el sistema, incluyendo al subsector privado. No hay una Superintendencia como en otros países, varias

unidades federales se dividen esas funciones en relación al SUS; por otra parte, el Consejo Nacional de Salud Suplementaria (CNSS) dicta normas y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANSS) supervisa el subsector privado. Un fondo de compensación (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação: FAEC) intenta reducir las diferencias regionales en cuanto al financiamiento de procedimientos especialmente de alta complejidad basado en prioridades federales. (b) Las secretarías de salud de los estados también tienen funciones reguladoras dentro de sus propias jurisdicciones, financiamiento (parte por transferencias federales y suyas propias) y provisión; los estados organizan y regulan el sistema de referencia, y coordinan las acciones de mayor complejidad. (c) Las secretarías de salud de los municipios reciben recursos federales y estatales de acuerdo con responsabilidades que asumen a nivel local, especialmente el paquete básico y el programa de salud de la familia. (d) El subsector privado (SPS) es el que genera la mayoría del gasto de salud; funciona independientemente del SUS, sin conexiones organizativas, institucionales y financieras, salvo su regulación y supervisión por el gobierno federal; está compuesto "empresas de medicina de grupo" (prepagas similares a las HMO, las de mayor cobertura), cooperativas médicas que restringen el uso a una lista de proveedores, grandes empresas con planes de salud para sus empleados (directos o subcontratados), seguros médicos de reembolso, entidades filantrópicas y gasto directo de las familias (Medici 2002a; Biasoto 2004a, 2004b; IBEGE 2005; OPS 2005a). No hay separación de funciones.

Colombia. Antes de la reforma, existía una enorme multiplicidad y tres subsectores principales: público con tres niveles (nacional, departamental y municipal); múltiples seguros sociales (sistema general bajo ISS, funcionarios públicos en Cajanal, empleados de comunicaciones en Caprecom, más fuerzas armadas, maestros públicos, trabajadores petroleros, congresistas y otras 1,000 cajas de previsión), y subsector privado (medicina prepaga, clínicas y profesionales de práctica privada). El nuevo sistema eliminó los subsectores y los unificó, pero subsisten programas separados al menos para las fuerzas armadas, maestros y petroleros[120] (ver sección B-1). La reforma colombiana**,** como ninguna otra, separó las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento, provisión y supervisión, a través de las siguientes entidades: (a) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), adscrito al Ministerio de Salud, dirige el sistema, define los paquetes básicos de prestaciones (Planes Obligatorios de Salud: POS y POSS), determina la capitación (Unidad Per Capita: UPC), elabora mecanismos para controlar la selección de riesgos, y administra el fondo de compensación. (b) El Ministerio de Salud que ejerce la rectoría técnica, dicta las políticas y los planes y prioridades, expide normas, formula y aplica criterios d evaluación de eficiencia, provee asistencia técnica a nivel nacional y promueve la descentralización de la provisión desde la nación hacia los departamentos y municipios. (c) La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) que regula, supervisa y ejerce el control financiero de las aseguradoras y proveedoras, diseña los mecanismos de control de la calidad de los servicios, y establece el marco para la transformación de los hospitales públicos en entes autónomos. (d) El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que asigna las UPC a las aseguradoras, cuando éstas generan un excedente entre éste y los POS deben transferirlo al fondo, mientras que si ocurre un déficit el fondo lo cubre con subsidios. (e) Las aseguradoras que son de dos tipos: Empresas Promotoras de Salud (EPS), que pueden operar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que están limitadas a éste (la enorme mayoría de los afiliados del régimen subsidiado están en ARS); ambos tipos de aseguradoras afilian, recaudan, y ejercen el manejo financiero, reciben la UPC, transfieren excedentes o reciben subsidios y contratan a las proveedoras. (f) Las proveedoras que son de tres tipos: Instituciones Proveedoras de Servicios (IPS) en el régimen contributivo, Empresas Solidarias de Salud (ESS) en el régimen subsidiado, y Empresas Sociales Estatales (ESE) que son los antiguos hospitales públicos ahora descentralizados, con autonomía administrativa y financiera, así como criterios gerenciales y régimen de contratación

[120] Las entidades de salud del sector público tenían dos años para transformarse en aseguradoras (EPS) o liquidarse pero ello no ocurrió así y subsisten regímenes separados (OPS 2005).

privados (pero la mitad continúa dependiente del Estado y recibiendo subsidios fiscales); las IPS son contratadas por las EPS, mientras que las ESS son contratadas por las ARS, y las aseguradoras y proveedoras contratan las ESE (basado en legislación en vigor). A fines de 2004 había cuatro proyectos de ley para reformar el sistema en vigor alguno de ellos de manera drástica (AISS 2005). Hay separación de funciones: rectoría/regulación (ministerio), financiamiento (FOSYGA), aseguramiento (EPS, SRS), provisión (IPS, ESS, ESE), y supervisón (superintendencia).

Costa Rica. Desde antes de la reforma, existía un sistema unificado en el seguro social (CCSS), la reforma introdujo tres cambios principales: los programas de prevención y promoción que antes ofrecía el ministerio se han traslado a la CCSS (que antes esencialmente tenía servicios curativos), se separó la función de provisión y se aumentó la provisión privada, y se introdujeron compromisos de gestión entre la CCSS y los proveedores. El subsector público se compone del ministerio de salud (MINSA) que legalmente ejerce la rectoría, regulación, coordinación y monitoreo[121] (pero en la práctica el ministerio es débil y subsisten problemas de coordinación entre éste y la CCSS, explicados después); hay varias entidades autónomas con sus propios recursos como el Instituto Nacional de Seguros (INS) que tiene el monopolio de los riesgos laborales y de los planes de seguro médico, y el instituto de acueductos y alcantarillado. La CCSS, a través del programa de enfermedad-maternidad, es la institución principal en el sector, con cuatro funciones (divididas internamente entre cuatro unidades administrativas): aseguradora para casi toda la población; financiadora con recaudación centralizada y asignadora de los recursos para ofrecer un conjunto de servicios integrales en los tres niveles; compradora de servicios principalmente dentro de la propia institución así como de proveedores privados, mediante compromisos de gestión, y fijadora de estándares para los servicios. El subsector privado, complejo y variado, incluye algunos programas mixtos que existían antes de la reforma y han sido expandidos por ésta: medicina mixta en que el asegurado escoge y paga a un médico privado para la consulta externa y la CCSS provee exámenes y medicinas; medicina de empresa en la que el empleador organiza un consultorio y paga a un médico para atender a los trabajadores y sus familias, y la CCSS provee el diagnóstico y medicinas; cooperativas organizadas por trabajadores de la salud y un acuerdo con la Universidad de Costa Rica, que reciben apoyo financiero del ministerio y la CCSS comprometiéndose a atender una población adscrita (estas últimas cubrían a 11% de la población en 2000).[122] Modalidades privadas con ánimo de lucro introducidas o impulsadas por la reforma son: alrededor de 100 proveedores (hospitales, clínicas, consultorios dentales, laboratorios, empresas farmacéuticas, de mantenimiento y de equipos de diagnóstico, radiación, quimioterapia, etc.) que contratan con la CCSS, y planes de seguros o seguros prepagos que monopoliza el INS. Por último hay entidades sin ánimo de lucro como la Cruz Roja, ONG's., etc. Debido a la amplia cobertura de la población por la medicina formal, es muy pequeña la medicina tradicional. Las funciones están parcialmente separadas: el ministerio ejerce la rectoría/regulación y la supervisión, pero la Contraloría General de la República controla el gasto de salud y el seguro social y otras entidades autónomas tienen auditorías propias; la CCSS es el financiador y principal proveedor de servicios en instalaciones propias, así como a través de compras a proveedores privados y medicina mixta (Martínez y Mesa-Lago 2003; Sojo 2003; OPS 2005a).

Cuba. Antes de la reforma había seguro social de maternidad, aunque no de enfermedad, pero existían numerosas mutualidades y cooperativas médicas, así como clínicas privadas, que cubrían a la población urbana en enfermedad, el grueso de la población estaba a cargo del subsector público ya fuese del ministerio, servicios universitarios y de algunos municipios. Todas las

[121] El ministerio mantuvo los programas de nutrición infantil y estimulación del desarrollo, que no concordaban con las funciones de la CCSS.

[122] Para un estudio de estas y otras modalidades de cooperación entre la CCSS y el subsector privado, sus ventajas e inconvenientes, ver Arce 1998. Sobre las cooperativas y una comparación de sus resultados con los de las clínicas de la CCSS ver La Forgia 2005.

entidades privadas, mutuales y cooperativas fueron colectivizadas e integradas al sistema nacional de salud (SNS) que también absorbió a todos los proveedores públicos (Mesa-Lago 2003a). No hay separación de funciones, todas las cuales están concentradas en el SNS público. El ministerio (MINSAP) ejerce la rectoría del sistema y concentra la mayoría de las funciones sanitarias (ver sección E-3**)**; el financiamiento se hace a través del presupuesto estatal. Existe una red hospitalaria separada para las fuerzas armadas, personal de seguridad interna y alta dirigencia política. También desde 1987 se creó un servicio estatal especial que ofrece atención de alta calidad a los turistas y otros extranjeros (SERVIMED), el cual incluye servicios en los hoteles, 20 farmacias y una cadena de tiendas ópticas, todos estos servicios se cobran en divisas (OPS 2005a).

Chile. Antes de la reforma, el sistema de salud era público pero fragmentado en unos 35 seguros sociales o programas de enfermedad-maternidad incluyendo: obreros, independientes e indigentes (SNS), empleados (SERMENA), fuerzas armadas, policía (carabineros), penitenciaría, Universidad de Chile, Empresa Nacional de Petróleo, banca, y mutuales de seguridad (accidentes del trabajo y riesgos profesionales). Cada grupo tenía su programa de seguro social autónomo con administración, financiamiento y prestaciones distintos. "El sector privado tenía una participación marginal como proveedor y los seguros de salud eran casi inexistentes" (Bitrán y Almarza 1997: 23). Los programas de empleados y obreros fueron fusionados en 1979 en el sistema público unificado, pero no el de las fuerzas armadas; las ISAPRES fueron creadas en 1981 introduciendo una división entre los sistemas público y privado y fomentando la segmentación (Mesa-Lago 1985). La reforma ha separado las funciones: la rectoría/regulación (ministerio), el aseguramiento-financiamiento (FONASA—que asigna subsidios a los necesitados y financia bienes públicos, e ISAPRES), la provisión (SNSS—por regiones y municipios, ISAPRES, etc.) y la supervisión (superintendencia). Las principales instituciones de salud y sus funciones, reguladas por la ley de Autoridad Sanitaria de 2004, son: (a) El Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sistema, diseña políticas, planes y lineamientos estratégicos de salud, coordina el sistema, dicta normas generales, vigila el cumplimiento de la ley y evalúa los resultados; también formulará, evaluará y actualizará GES, establecerá niveles mínimos iguales para el subsector público y privado, y acreditará a los proveedores públicos y privados institucionales e individuales. (b) El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es la aseguradora y financista del sistema público, recauda cotizaciones de sus afiliados, aportes fiscales, copagos de afiliados que ejercitan la libre elección y pagos de no afiliados que utilizan los servicios públicos, financia la atención a los tres niveles y asigna subsidios a la población pobre y de bajo ingreso. (c) El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es la proveedora del sistema público (en el segundo y tercer nivel) y la principal en el país (cuenta con 75% de las camas hospitalarias), bajo la responsabilidad del ministerio de salud pero descentralizado en 28 servicios de salud regionales que operan los hospitales (también contrata con proveedores privados para servir en ciertas áreas o prestaciones específicas), mientras que los municipios proveen el primer nivel de atención (la ley de 2004 establece establecimientos autogestionados, desconcentrados del ministerio, en los Servicios de Salud con mayor complejidad técnica, especialidades y prestaciones); subsiste un programa público separado para las fuerzas armadas. (d) El Fondo de Compensación Interisapres entre todas las ISAPRES abiertas (no las cerradas) iguala riesgos en salud derivados de diferencias en edad y sexo neutralizando el efecto de las diferencias en morbilidad entre los beneficiarios respecto a un plan de salud estándar. (e) Dentro del subsector privado los actores principales son las 17 Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aseguradoras autónomas privadas con o sin ánimo de lucro que recaudan y administran las cotizaciones y pueden también ser proveedoras de servicios o contratar otras proveedoras privadas; además hay 73 mutuales de seguridad, así como hospitales, clínicas, centros médicos y laboratorios independientes. (e) La Superintendencia de Salud, dependiente del ministerio: supervisa y controla tanto a las ISAPRES como a FONASA,[123] así como a los proveedores públicos

[123] Una Superintendencia de ISAPRES fue establecida en 1990 por el gobierno democrático (bajo el gobierno militar FONASA ejercía la supervisión); la ley de 2004 unificó todas las funciones

y privados y GES; mantiene registros nacionales de proveedores institucionales e individuales acreditados; interpreta las disposiciones legales, vela por el cumplimiento de dichas normas y dicta resoluciones e instrucciones; resuelve los litigios entre las ISAPRES o FONASA y sus respectivos asegurados; requiere información de todos los proveedores, realiza estudios técnicos, elabora estadísticas y difunde información, e impone sanciones a los violadores de las normas (MINSAL 2004; Ley 19,937 2004; Ley 19,966 2005; Ley 20,015 2005).

Ecuador. Hay segmentación entre los tres subsectores, cada uno de los cuales tiene su propia organización, administración, financiamiento y provisión; el mandato constitucional de crear un sistema nacional de salud se plasmó en la ley de 2002 que encarga al ministerio de la coordinación del sistema, pendiente de un reglamento (a pesar de múltiples gestiones del autor fue imposible determinar si dicho reglamento ha sido aprobado). El subsector público está integrado principalmente por el ministerio, hay otras entidades con sus propias redes (Beneficencia de Guayaquil, Lucha contra el Cáncer, Cruz Roja, universidades) y servicios en algunos municipios; el ministerio ejerce la rectoría, regulación y supervisión del sistema, financiamiento y provisión de servicios, su función rectora-supervisora es débil pero debe ser reforzada por la ley de 2002 que le da autoridad sobre todas las entidades de salud aunque respetando su autonomía. El Consejo Nacional de Salud (CONASA) es un órgano adscrito al ministerio para concertar la política nacional entre todos los actores y niveles del sistema, formular con el ministerio el paquete básico y coordinar su implementación y promover la calidad técnica y la participación; hay consejos provinciales y cantorales de salud con funciones diversas. El seguro social (IESS) tiene un régimen general y el Seguro Social Campesino (SSC); el establecimiento de este último debe ser solicitado por la comunidad pero se basa en un estudio previo de factibilidad del IESS respecto al tamaño del grupo e instalaciones existentes. La ley de reforma de seguridad social ordenó al IESS dividir la administración de los seguros en unidades básicas de negocios, la dirección de salud del IESS está a cargo de los bienes públicos de salud, la prevención y promoción, además compra servicios, mediante contratos, con las propias unidades de la institución o con proveedores externos públicos o privados, cargando el costo al fondo de salud del IESS. Las fuerzas armadas tienen su propio seguro de salud (ISSFA), así como la policía (ISSPOL). El subsector privado es muy importante y debe ser registrado y autorizado por el ministerio: el que tiene ánimo de lucro se compone de hospitales, clínicas, consultorios, unos 10,000 médicos con oficinas propias y unas pocas compañías prepagas la gran mayoría ubicadas en las ciudades principales; sin ánimo de lucro son las ONG's, organizaciones de base, iglesias, etc. No hay separación efectiva de funciones; la ley orgánica del sistema nacional de salud de 2002 mantiene básicamente la situación anterior: la rectoría, regulación, supervisión y coordinación, así como la definición y vigilancia del paquete básico, en el ministerio; el aseguramiento por cada una de las entidades actuales (el IESS, las fuerzas armadas y la policía deben extender su cobertura); el financiamiento repartido entre dichas entidades (con un aporte fiscal para el paquete básico), y la provisión mixta actual aunque coordinada (LOSNS 2002; IESS 2005; OPS 2005a).

El Salvador. Existe segmentación sin coordinación entre los tres subsectores. El público se compone fundamentalmente por el ministerio el cual ejerce la rectoría y la regulación (ésta a través del Consejo Superior de Salud, una unidad del ministerio), aunque el seguro social es autónomo y el subsector privado es poco regulado; la provisión se hace centralmente por el ministerio, los hospitales públicos, y los Sistemas Básicos Integrados de Salud (SIBASI), 27 en 2002, que ofrecen atención en los dos primeros niveles (por el ministerio, el seguro social, ONG's, empresas privadas, y curanderos o parteras; APSAL 2002); el financiamiento es por asignaciones del ministerio de hacienda al ministerio de salud y directamente a los hospitales que tienen autonomía financiera; la supervisión y auditoría de todo el sistema se ejerce por la Corte de Cuentas de la República. La Sanidad Militar

fiscalizadoras de los sectores público y privado bajo una Superintendencia de Salud (Ley 19,937 de 2004).

tiene un programa separado autónomo para las fuerzas armadas. El seguro social (ISSS) está unificado para asalariados públicos y privados, salvo los maestros que tienen el Bienestar Magisterial separado. La falta de coordinación del sistema genera duplicación de servicios pero también vacíos; hay usuarios que usan dos proveedores públicos simultáneamente, y asegurados en el ISSS y en seguros privados. El subsector privado con ánimo de lucro está concentrado en la capital y las áreas más urbanizadas y compuesto por al menos 3 compañías privadas de seguro, así como clínicas y hospitales privados (estos últimos prestan algunos servicios a afiliados del seguro social y del programa de maestros); el componente principal sin ánimo de lucro son las ONG's, no hay información sobre la medicina tradicional pero probablemente es importante (OPS 2005a). No hay separación de funciones porque los tres subsectores combinan la mayoría, salvo la regulación por el ministerio de salud, el financiamiento público por el ministerio de hacienda, y la supervisión por la corte de cuentas; el ministerio estaba promoviendo un plan en 2001 para reforzar su rectoría y separarla de las funciones reguladoras y de provisión. La propuesta consensuada de reforma de 2000 recomendó un sistema nacional de salud que coordinase y fortaleciese los tres subsectores, con un modelo de provisión mixto que articulase los mismos (donde el subsector privado no sería substitutivo sino complementario de los público y de seguro social); el gobierno no siguió dichas recomendaciones y elaboró una propuesta de ley que privatizaba la provisión y el financiamiento, lo cual provocó una huelga fuerte y prolongada de los médicos y sindicatos que interrumpió el proceso de reforma (Mesa-Lago 2001b, 2003, ver sección E-9).

Guatemala. Hay segmentación, falta de coordinación y escasas conexiones entre los tres subsectores: El público se concentra en la provisión de bienes públicos y la atención primaria con tres niveles: el ministerio, los 15 departamentos con distritos de área y los municipios, así como el fondo social contra la pobreza; el ministerio (MSPAS) ejerce una débil rectoría, regulación y supervisión del sistema. Además hay servicios separados para la sanidad militar (fuerzas armadas) y el ministerio de gobernación (empleados y policía). El seguro social (IGSS) cuyo programa de enfermedad-maternidad se concentra en servicios curativos (88% de las camas son hospitalarias y sólo 8% para atención primaria) funciona en 15 de los 22 departamentos. La falta de conexión entre los dos primeros subsectores genera duplicación en la prestación de servicios en algunos departamentos y vacíos en otros; uno de los objetivos de la reforma es promover la coordinación entre el MSPAS y el IGSS, en 1999 ambos acordaron coordinar la provisión del paquete básico con niveles similares en Escuintla, pero dicho acuerdo no se ha extendido de igual manera a otros departamentos. El subsector privado está dividido en tres grupos: uno sin ánimo de lucro compuesto principalmente por unas 600 ONG's que ofrecen servicios de atención primaria; otro grupo con ánimo de lucro que incluye hospitales, clínicas y consultorios privados (concentrados en la capital y principales ciudades), así como seguros y medicina prepaga, y, el tercero la medicina tradicional (OPS 2005a).[124] El paquete básico se ofrece por tres tipos de proveedores: Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), que lo ofrecen de manera directa; Administradoras de Servicios de Salud (ASS), de naturaleza mixta que pagan al personal, compran insumos y financian a proveedoras del ministerio; y el propio ministerio a través de servicios propios; el ministerio supervisa todo el programa. Las PSS y las ASS son principalmente ONG's (cerca de 100 con 161 convenios firmados con el ministerio en 2002), y en menor medida el seguro social (IGSS), cooperativas, municipios, iglesias, etc. (Sojo 2003; La Forgia 2005). No hay separación de funciones, excepto en el paquete básico que distingue las funciones de administración, financiamiento y provisión.

Haití. Hay en la práctica dos subsectores principales (público y privado) porque el seguro social es minúsculo. En el público el ministerio (MSPP) es la única institución, ejerce virtualmente todas las funciones: rectoría, regulación, financiamiento (en parte subsidiando a ONG's y otros

[124] En 2002 comenzó un proyecto piloto de medicina popular tradicional en 4 departamentos que se articulará con el subsector público; el área de salud de una región indígena tiene personal bilingüe de origen maya (PNUD 2003).

proveedores), provisión de servicios a un 20% de la población, y supervisión de todo el sistema (la fiscalización del financiamiento la hace la Contraloría). Debido a la falta de recursos financieros y humanos, así como de información, el control y supervisión del ministerio es muy débil, la mayoría de los establecimientos públicos funciona autónomamente y más aún los privados. El seguro social de enfermedad-maternidad tiene muy poca importancia, pero los funcionarios públicos tienen un seguro médico propio. El número de proveedoras en el subsector privado se desconoce (se dice que puede llegar a 400) y se dividen en cuatro tipos: sin ánimo de lucro integrado principalmente por ONG's, también iglesias, etc.; con ánimo de lucro compuesto por profesionales de la medicina que laboran en oficinas o clínicas en la capital y otras ciudades importantes; mixto sin ánimo de lucro cuyo personal es pagado por el Estado pero la administración está a cargo de los proveedores; y la medicina tradicional es un proveedor de gran importancia. La actual estrategia del ministerio, con apoyo del BID y la comunidad internacional, propone que se concentre en la rectoría, diseño de políticas, supervisión y evaluación, delegando la provisión de un paquete básico a los distritos municipales a través de contratos con proveedoras privadas o públicas (incluyendo posibles aseguradoras que subcontratarían con dichas proveedoras), trasfiriéndoles el financiamiento (BID 2003; US-SSA 2004; OPS 2005a; secciones D-1 y E-3). No hay separación de funciones.

Honduras. El sistema de salud es "fragmentado y desintegrado con duplicación de esfuerzos, acciones y gastos… hay leyes para cada actor principal, sin coordinación que impiden el proceso de integración" y pocos esfuerzos conjuntos entre los tres subsectores (OPS 2005a: 22). El ministerio ejerce la rectoría, regula, define las funciones y prioridades, elabora los planes, controla y supervisa el sistema (incluso al seguro social); además es el principal administrador de recursos humanos, financista y proveedor de servicios en el país; hay nueve regiones de salud que se dividen en 39 áreas. Las fuerzas armadas tienen instalaciones propias que atienden a sus miembros; la universidad nacional ofrece servicios a profesores, administradores y estudiantes; algunos municipios tienen también instalaciones. El seguro social (IHSS) otorga servicios directos en dos departamentos, pero no tiene instalaciones en otros departamentos por lo cual firma contratos con el subsector privado en tres de ellos y a través de servicios articulados con algunos hospitales y clínicas materno-infantiles co-gestionadas con los municipios en otros dos departamentos. Para extender la cobertura en áreas geográficas desprotegidas, organizó Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS) en cuatro ciudades/áreas, que prestan el primer nivel de atención y delega al subsector privado los niveles segundo y tercero de atención. Otra modalidad de transferencia es el médico de empresa en el cual el empleador instala y financia en su centro de trabajo un consultorio de primer nivel para sus trabajadores y el IHSS le suministra diagnóstico, consulta especializada y hospitalización. El subsector privado se compone de hospitales, clínicas y laboratorios con ánimo de lucro; 10 aseguradoras privadas; y entidades sin ánimo de lucro como la Cruz Roja, iglesias y ONG's. El subsector tiene su propia ley y no es supervisado por el ministerio sino por la Comisión Nacional de Banca y Seguro; es rara la relación entre proveedores privados pero estos refieren pacientes a servicios muy especializados públicos; no se menciona la medicina tradicional pero debe existir. No hay separación de funciones, ya que cada subsector las ejerce, salvo el seguro social que delega parte de la provisión a proveedores públicos y privados (Durán 2003; IHSS 2003; OPS 2005a).

México. Existe alta segmentación entre los tres subsectores, así como dentro de cada uno de ellos, sin coordinación; un proyecto en los años ochenta de crear un sistema nacional de salud no se realizó; el plan nacional de salud para 2001-2006 (PNS) no tiene el objetivo de integrar los diferentes subsectores aunque propone avanzar hacia un modelo integrado de atención (Presidencia 2001; OPS 2005a). En el subsector público, a nivel federal la secretaría de salud (SSA, en adelante el ministerio federal) ejerce las funciones de rectoría, lineamientos de política, regulación y supervisión del sistema, pero de manera limitada y débil, también provee los bienes públicos y atención en los tres niveles mediante sus propias instalaciones (el PNS tiene entre sus objetivos fortalecer el papel rector de la SSA). En los últimos dos decenios, el ministerio (sólo o en

cooperación con el seguro social y los estados) ha desarrollado una serie de programas focalizados en poblaciones pobres (PAC, PASSPA, PEC), el más reciente de los cuales es el seguro popular de salud (SPS); es usual que cada administración cree un nuevo programa, a veces con apoyo financiero externo, algunos han continuado después de terminar la administración (aumentando el mosaico existente) y otros han desaparecido. Desde mediados de los años ochenta se ha desarrollado un proceso gradual de descentralización hacia los estados que se extendió a todos a fines del decenio de los años noventa; los 31 estados de la federación y el distrito federal tienen sus propias secretarías de salud y servicios propios; hay cofinanciamiento entre el ministerio federal y los estados; los municipios más urbanizados y ricos también tienen sus instalaciones (varios de ellos participaron en 2000 en el programa nacional Municipios Saludables). El Consejo Nacional de Salud coordina las relaciones entre el gobierno federal y los estados. Otras entidades federales han desarrollado programas que incluyen acciones de salud para grupos pobres, como la secretaría de desarrollo social (PROGRESA en colaboración con SSA, desde 2001 Oportunidades), el sistema nacional de de desarrollo familiar integral (DIF), el instituto nacional indigenista (INI) y el programa nacional de salud y nutrición de los pueblos indígenas (PAZI), los dos últimos y la SSA ofrecen algunos servicios de salud a dichos grupos étnicos, especialmente en zonas rurales aisladas. Hay cinco seguros sociales autónomos con programas de salud: (a) el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el principal y también ha desarrollado diversos programas a través de los años para sectores pobres en zonas rurales y urbano-marginales (IMSS-CONASUPO, IMSS-COPLAMAR, IMSS-Solidaridad, desde 2001 IMSS-Oportunidades) y el más reciente el Seguro de Salud para la Familia (SSF), un intento de la reforma en 1995-2000 de integrar los servicios a la población no asegurada de la SSA e IMSS-Solidaridad fracasó; (b) el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el segundo en importancia, para los funcionarios federales, firma convenios con los estados, pero muchos de estos tienen sus propios ISSSTEs; (c) las fuerzas armadas tienen programas separados por las secretarías federales respectivas: los militares (SEDENA) y la marina (SEMAR); y (d) los trabajadores petroleros tienen servicios propios proporcionados por la corporación estatal (PEMEX). El subsector privado se componía de 2,950 unidades con servicios de hospitalización en 1999 y es extremadamente heterogéneo: desde modernos hospitales con tecnología de punta hasta pequeñas clínicas; seguros privados (una 200,000 pólizas en 1997; en 2001 entraron en vigor las reglas de operación de entidades de medicina prepaga: ISES, que estaban prohibidas), entidades religiosas, ONG's, y la medicina tradicional que es importante en zonas rurales y entre los indígenas y pobres. No hay separación de funciones, la rectoría y regulación se hace débilmente por el ministerio federal pero sin control sobre los cinco seguros sociales, que guardan firmemente su autonomía, y con limitado poder sobre los estados; el aseguramiento, el financiamiento y la provisión están fraccionados entre los tres subsectores y aún dentro de cada uno de ellos; la supervisón sobre el subsector público es por el ministerio, no la tiene sobre los seguros sociales ni el subsector privado (la ley general de salud no lo regula), la Contraloría supervisa el gasto público, y los seguros comerciales son fiscalizados por la comisión nacional de seguros y fianzas (Dávila y Guijarro 2000; AISS 2003b; OPS 2005a).

Nicaragua. En 1979 todas las instalaciones de salud del seguro social y asistenciales fueran transferidas al ministerio el cual se convirtió en el ente gestor del sistema nacional único de salud (SNUS), los asegurados pasaron a recibir atención del SNUS, así como el resto de la población; la guerra civil, la crisis económica, la extensión de la cobertura sin una base adecuada, deficiencias administrativas, falta de incentivos de los asegurados para cotizar y otros factores provocaron un severo deterioro del SNUS en el decenio de los años ochenta; en 1992 se separaron ambas instituciones y se devolvieron las instalaciones al seguro social; en 2003 se eliminó el SNUS (INSS 2003). Actualmente hay un sistema segmentado sin coordinación entre tres subsectores y la relación entre ellos es más circunstancial que sistemática. La ley general de salud, aprobada en 2002 y reglamentada en 2003, otorga al ministerio la rectoría, diseño de políticas, coordinación, regulación y supervisión de todo el sistema, a más de la administración, financiamiento y provisión de todos

los establecimientos públicos (principales proveedores de servicios de salud en el país), pero se ha observado que dichas responsabilidades desbordan su capacidad real (Rossman y Valladares 2003). El seguro social (INSS) básicamente no tiene servicios propios sino que otorga la atención a virtualmente todos sus asegurados a través de Empresas Médicas Previsionales (EMP), que son públicas y privadas. La delegación de la provisión a las EMP fue hecha por resolución del director del INSS aunque la ley orgánica de seguridad social no la autoriza, por lo que la contraloría plantea que es ilegal (Rossman y Valladares 2003). Las fuerzas armadas y el ministerio de gobernación tienen servicios propios para sus miembros y familiares dependientes; a partir de 1995 sus hospitales se organizaron como EMP para brindar atención a los asegurados del INSS, así como a la población con capacidad de pago, con áreas especiales y personal asignado a estos dos grupos. Además, el 20% de las EMP pertenece al ministerio y atiende al 67% de los asegurados (La Forgia 2005). En el subsector privado, aparte de las EMP, no hay información sobre seguros privados y medicina prepaga, ni tampoco de las ONG's. También existe en las comunidades una red de brigadistas, parteras y otros voluntarios ofreciendo principalmente servicios de promoción y prevención. Hasta 2004 no había separación completa de funciones en el subsector público (un plan piloto experimentaba la separación de las funciones de regulación y financiamiento—mantenidas en el nivel central—y la provisión en el nivel local, parte de la cual podría ser delegada en ONG's); el seguro social ejerce el aseguramiento, el financiamiento y la supervisión pero no la provisión que compra a las EMP (OPS 2005a). La nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación a mediados de 2005 dispone la creación de una superintendencia de seguridad social que fiscalizará al INSS y también regulará a las EMP ("Detallan..." 2005).

Panamá. Antes de la reforma el sistema de salud tenía una articulación funcional entre los subsectores de seguro social (CSS) y público (ministerio) y no había otros programas públicos separados. La reforma mantuvo esta situación e intentó una mejor articulación entre los dos subsectores pero está limitada a mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como de compensación de costos entre ambos; la rectoría continúa a cargo del ministerio y no existe una superintendencia de salud autónoma. En general no hay separación de funciones; no obstante, tres regiones de salud y un hospital integrado han separado las funciones de financiamiento (a cargo del ministerio y el CSS) y provisión a través de contratación directa con prestadores, pero la compra de servicios al subsector privado es de sólo 1% del gasto del seguro social y se limita a algunos servicios de diagnóstico (CSS 2004). A mediados de 2005 el ejecutivo sometió al congreso un proyecto de ley de reforma que integra el sistema de salud, con alguna separación de funciones.

Paraguay. Hay una alta segmentación sin coordinación, a pesar de que la reforma creó un sistema nacional de salud que tiene como metas la coordinación de los tres subsectores (que tienen relaciones escasas entre sí) y la eliminación de la duplicación de servicios: (a) En el subsector público el ministerio (MSPBS) es la entidad rectora, orientadora y diseñadora de las políticas sanitarias, así como reguladora las acciones públicas y privadas, administra el sistema público pero hay un proceso de transferencia a las 18 regiones sanitarias; los gobernadores de los 17 departamentos están a cargo de los consejos regionales de salud y coordinan con los municipios que tienen consejos locales; también la universidad nacional tiene instalaciones propias. La reforma creó un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de salud y con representación de todas las entidades del sistema, el cual tiene a su cargo la concertación y coordinación interinstitucional de los planes, programas y proyectos de interés nacional, a través de la Superintendencia Nacional de Salud la cual también supervisa las instituciones de aseguramiento público y privado (no está claro si también ejerce la regulación o ésta se hace directamente por el ministerio). Hay dos programas públicos separados: sanidad de las fuerzas armadas y sanidad policial. (b) El seguro social (IPS) maneja el programa de enfermedad-maternidad con sus propias instalaciones para trabajadores asalariados privados y de entes descentralizados y empresas públicas o mixtas; dentro del IPS hay regímenes especiales para el servicio doméstico de la capital, el magisterio público y privado, una entidad descentralizada (ANDE),

y un régimen no contributivo para veteranos de la guerra del Chaco.[125] Los funcionarios públicos tienen un seguro médico con subsidio fiscal y hay otros programas en las entidades autárquicas y dos empresas estatales descentralizadas. (c) El subsector privado se divide en dos, uno sin fines de lucro compuesto de fundaciones, asociaciones, 30 ONG's, iglesias, la Cruz Roja y dos mutuales en las colonias mennonitas del Chaco, una es un seguro y la otra es de ayuda para los obreros indígenas. El privado con fines de lucro se subdivide en tres: 33 empresas de medicina prepaga (concentradas en la capital y el departamento central); 30 establecimientos privados cuya mayoría tiene el prepago como actividad secundaria y son cerrados (con servicios propios), abiertos (el afiliado tiene libre elección para escoger los servicios) o mixtos; y una extensa medicina tradicional o popular. No había separación de funciones hasta al menos 2001, ya que cada uno de los tres subsectores concentraba todas; había un proyecto de separación que reforzaba la rectoría del ministerio, encargaba a la superintendencia el control y vigilancia del aseguramiento, creaba un Fondo Nacional de Salud que tendría el control y supervisión del financiamiento de la salud (aún no reglamentado) y dejaba la provisión a entidades públicas y privadas sin cambiar la situación vigente, pero en 2004 aparentemente no se había implementado dicha separación y el ministerio continuaba concentrando todas las funciones (AISS 2003a; MSPBS 2005).

Perú. Continúan básicamente los tres subsectores como antes de la reforma, aunque ésta introdujo algunos cambios importantes en la gestión y provisión. En 2002, siete años después de iniciada la reforma, el ministerio identificó los siguiente problemas: subsectores que son compartimentos estancos, segmentación entre los diversos proveedores que impide articular los servicios y genera duplicidad de funciones, falta de coordinación y racionalidad en las inversiones, fragmentación de acciones de salud en 13 programas verticales la mayoría con financiamiento propio, programas de cooperación externa actuando paralelamente a las estructuras de las administraciones central y regionales, y ausencia de un marco institucional para articular las relaciones entre los subsectores (MS 2002). En el subsector público el ministerio (MINSA) es la entidad fundamental: ejerce la rectoría, dirección de la política nacional de salud y regulación, así como la supervisión, evaluación y control del subsector público, excluyendo al seguro social (salvo en la acreditación de sus establecimientos) y a las proveedoras y escaso control sobre el subsector privado; además tiene a su cargo la prevención, otras acciones públicas de salud y el paquete básico (SIS) para la población pobre. Hay desconcentración hacia las provincias y distritos pero limitada y con escasa integración entre las redes locales, provinciales y el nivel de mayor complejidad. La reforma liquidó el antiguo seguro social (IPSS) traspasando su programa de pensiones a las aseguradoras privadas y el de salud a una entidad autónoma (EsSalud); ésta es la aseguradora pública del programa de enfermedad-maternidad, recauda las cotizaciones de los empleadores y provee atención en servicios propios. No obstante, los asegurados de manera colectiva (por votación mayoritaria en su centro de trabajo) pueden elegir cambiarse a una proveedora privada, pública o mixta (Entidad Prestadora de Salud: EPS) con infraestructura propia (por lo menos en 33%) o de terceros y recibir los servicios de ésta, en cuyo caso se transfiere 25% de la cotización patronal. Además los empleadores pueden tener servicios propios para sus trabajadores o contratar con una EPS y deducir 25% de su cotización. Los hospitales y otras instalaciones del subsector público pueden operar como una EPS u ofrecer servicios de medicina prepagada, también pueden vender servicios a EsSalud o las EPS o las empresas, cargándoles los costos. Hay programas separados de sanidad de las fuerzas armadas y la policía nacional que tienen servicios propios. La Superintendencia de las EPS autoriza, regula, supervisa y fiscaliza las finanzas de éstas, mientras que la superintendencia de banca y seguros fiscaliza a los seguros privados. Las instalaciones privadas y seguros están concentrados en Lima y las capitales de los departamentos, se carece de información sobre el número de éstos, si son con o sin ánimo de lucro y su naturaleza jurídica; hay una gran heterogeneidad: desde el consultorio en la casa del médico, ONG's e iglesias hasta el

[125] En 2004 había un proyecto de convenio del ministerio con el seguro social para integrar los servicios del hospital regional de Paraguaní (MSPBS 2005).

hospital moderno, además la medicina tradicional es importante entre los pobres y las comunidades indígenas (LMSSS 1997; Manrique 1999; OPS 2005a). Hay alguna separación de funciones: el ministerio ejerce la rectoría, así como la regulación y supervisión del subsector público y la provisión de bienes públicos y del SIS; EsSalud es aseguradora, financiadora y proveedora de servicios dentro del seguro social, aunque la provisión puede ser dada también por las EPS; la supervisión está muy fragmentada: el ministerio, la auditoría interna de EsSalud, la superintendencia de las EPS y la superintendencia de banca y seguros.

República Dominicana. Antes de la reforma, había los tres subsectores tradicionales en la región: el público, el de seguro social (con varios programas separados) y el privado combinando con y sin ánimo de lucro; en gran medida todos ellos continuaban a mediados de 2005. Existen muy pocas relaciones entre los subsectores, así el ministerio sólo compra servicios a terceros en circunstancias especiales reembolsando al usuario; el seguro social ni compra ni vende servicios al ministerio, pero subcontrata con proveedores privados en regiones o áreas donde carece de servicios propios, la baja calidad de los servicios del IDSS obliga a la mayoría de sus asegurados a afiliarse en unas 30 "igualas" prepagas que carecen de regulación específica; hay unas 200 ONG's que prestan servicios de salud en las comunidades y reciben subsidios públicos (OPS 2005a). La reforma estipula la creación de tres regímenes: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado (ver sección A-1) y una clara separación de funciones en el sistema pero se ha avanzado poco en la implantación. El ministerio ejerce la rectoría pero es débil y no ha ejercido el liderazgo requerido para controlar los conflictos entre funcionarios de diversas entidades e instancias; el Consejo Nacional de Seguridad Social propone presupuestos y el Consejo Nacional de Salud asesora en la formulación de políticas. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regula y supervisa el sistema, habilita a las aseguradoras, y fija y controla el paquete básico. El Seguro Familiar de Salud (SFS), cuya meta es alcanzar cobertura universal en 2011, debe ofertar un paquete básico (PBS) igual para los tres regímenes. Las aseguradoras son llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), una de ellas es pública (Seguro Nacional de Salud: SENASA, obligatoria para todos los afiliados a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado así como para los empleados públicos en el régimen contributivo), otra del seguro social y el resto privadas. La provisión debe hacerse por Prestadores de Servicios de Salud (PSS), también de naturaleza múltiple (no hay aún información sobre éstas). Las fuentes de financiamiento son mixtas: cotizaciones salariales en el régimen contributivo, cotizaciones y aportes fiscales en el contributivo-subsidiado, y totalmente estatal en el subsidiado; los tres regímenes tienen fondos separados así que no hay transferencias ni solidaridad entre ellos; la recaudación es centralizada a través de la Tesorería de Seguridad Social que a su vez transfiere recursos a las ARS y a SENASA (ésta asigna un per capita por el paquete a las regiones de salud).[126] En mayo de 2005, sólo parte del régimen contributivo-subsidiado estaba funcionando, se habían creado la Superintendencia, la Tesorería, los dos Consejos y SENASA, ésta había comenzado a ofertar servicios, pero no operaban los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado (Lizardo 2004, 2005).

Uruguay. Hay segmentación sin coordinación entre los tres subsectores. En el público, el ministerio (MSP) es la entidad principal y ejerce la rectoría, regulación, evaluación y supervisión del sector; la administración y provisión de los servicios se hace por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente del ministerio, tiene un hospital y otras unidades en cada uno de los 18 departamentos del interior, la ley le otorga potestad para transferir sus servicios a las municipios y realizar convenios con entidades privadas pero, a pesar de ello e intentos de

[126] El modelo dominicano tiene similitudes con el colombiano (la separación entre aseguradoras y proveedoras y su carácter múltiple) pero también diferencias: en Colombia sólo hay dos regímenes (contributivo y subsidiado), el paquete básico es diferente en los dos (el subsidiado es la mitad del contributivo), hay cierta solidaridad del régimen contributivo con el subsidiado, y la recaudación no es centralizada (Lizardo 2004).

descentralización, sigue fuertemente centralizada; ASSE compra a terceros los servicios y tecnologías de que no supone. La Universidad de la República, la única en el país, tiene su propio hospital ("hospital de clínicas") que ofrece provisión pública para pacientes agudos. Hay otras dos entidades públicas separadas: la sanidad de las fuerzas armadas dependiente del ministerio de defensa, y la sanidad policial dependiente del ministerio del interior, cada una con su propio hospital. El banco de seguros sociales del Estado cubre a las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, tiene un hospital en la capital y contrata con otros proveedores en el interior del país. Los municipios (intendencias) tienen ambulatorios abiertos a la población para atención de primer nivel. El seguro social principal (Banco de Previsión Social: BPS) actúa de asegurador y financiador en el programa de enfermedad, recibe las cotizaciones y contrata la provisión con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a las cuales paga una cuota por asegurado activo; pero es proveedor directo respecto a la atención materno-infantil a través de un hospital y varios centros de atención en la capital, en el interior contrata servicios del ministerio o de las IAMC. A parte de los funcionarios públicos la entidad correspondiente les paga la cuota a las IAMC y otros reciben servicios de sus entes autónomos o empresas públicas (petróleo, puertos) y los notarios públicos tienen su propio programa. La atención de alta complejidad en todo el país se presta por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), públicas o privadas, financiado por el Fondo Nacional de Recursos, de carácter público, pero no es un fondo de compensación o solidaridad. El subsector privado está integrado por las IAMC todas sin ánimo de lucro y la mayoría privadas (cooperativas, mutualidades y entidades privadas o cuasi públicas); las IMAE que pueden ser públicas o privadas; los seguros parciales privados (de varios tipos para grupos de distinto ingreso) y emergencias móviles (a domicilio y en vía pública); los hospitales, clínicas y consultorios privados; hay pocas ONG's. A pesar de la complejidad y segmentación, no hay una agencia supervisora que rigurosamente regule y supervise el sector, el ministerio ejerce la supervisión general pero la ASSE carece de un marco regulatorio explícito respecto a su funcionamiento, estructura y calidad de servicios; las fuerzas armadas, la policía y el BPS son entes autónomos; las IAMC son también autónomas, pero la ley establece los requisitos mínimos para su funcionamiento, regula sus prestaciones e inversiones, y el Estado fija un máximo a la cuota, los ministerios de salud y finanzas también ejercen cierta supervisión sobre las IAMC; los seguros parciales tienen una regulación separada menos estricta. Dentro del subsector público, hay separación de funciones de dirección/regulación y aseguramiento por el ministerio y de provisión por la ASSE; el BPS es asegurador y financiador en enfermedad, pero también proveedor en maternidad; el ministerio ejerce la supervisión pero con grados diversos de control sobre la ASSE, BPS, IACM, seguros parciales, y otras entidades privadas. No hay un plan de reorganizar las funciones de dirección, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios (AISS 2003a; Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; OPS 2005a).

Venezuela. Existe alta segmentación sin coordinación en el sistema actual que mantiene los tres subsectores tradicionales, a pesar de que la constitución de 1999 y la ley orgánica de seguridad social de 2002 estipulan un sistema integrado y coordinado. El ministerio (MSDS), creado en 1999, ejerce la rectoría, la regulación y supervisión (pero de manera débil), así como la provisión de servicios a nivel central y a través de los estados y municipios (el gobierno del distrito federal tiene sus propios servicios); los tres niveles pueden firmar convenios de provisión con el seguro social y la ley orgánica también autorizó convenios con el subsector privado para la recaudación e inversión de fondos, pero sin transferir la propiedad. Hay varios programas de seguro social, el principal es el del IVSS, y otros separados para las fuerzas armadas (IPSFA), los maestros (IPASME), los trabajadores del petróleo (PDVSA) y los profesores de varias universidades. El subsector privado se compone de 315 entidades con ánimo de lucro (compañías de seguros, medicina prepaga, hospitales) y 29 fundaciones benéficas, más ONG's, cooperativas, etc. (OPS 2004c, 2005). La ley orgánica de 2002 dispuso la creación de tres instituciones nuevas: (a) el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), bajo la rectoría del ministerio, el cual integrará todas las entidades, programas y servicios de salud que sean total o parcialmente financiados con recursos fiscales; (b) la

Superintendencia de Seguridad Social, autónoma pero adscrita al ministerio de finanzas, encargada de establecer un sistema de regulación, inspección, supervisión y fiscalización de todas las entidades del sistema de seguridad social, con potestad para demandar todo tipo de información de los entes bajo su jurisdicción y velar porque las reservas técnicas y los balances actuariales estén debidamente estimados; y (c) la Tesorería de la Seguridad Social, también autónoma, pero adscrita al órgano rector de la seguridad social, a cargo de la recaudación, inversión y distribución de todos los fondos de la seguridad social. (LOSSS 2002). A mediados de 2005 no se había creado ninguna de las tres instituciones ni tampoco promulgado el reglamento de la ley orgánica, 2 ½ años después de aprobada dicha ley.[127] El proyecto de ley de salud en debate en 2005, establece la rectoría y función reguladora del ministerio sobre todo el sector, público o privado, y determina que el SPNS integrará al régimen de salud del IVSS[128] y de todas las instalaciones, centros, equipos, personal, recursos y patrimonio de atención pública de salud, incluyendo los servicios descentralizados y transferidos a los estados y municipios. La referida transferencia se efectuará en un período de 1 a 2 años, menos las pólizas que cubren a los empleados públicos que se rescindirán en 10 años. El único ente exceptuado de la unificación es la fuerza armada nacional, con la cual el ministerio tendrá una "alianza" y realizará acuerdos de fortalecimiento mutuo e intercambio de experiencias. Todos los servicios integrados en el SPNS se gestionarán por el Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAS), autónomo pero adscrito al ministerio, que asegurará la atención médica a toda la población en los tres niveles. El INAS estará bajo la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social pero también de la Contraloría General de la República, además el ministerio organizará su propia "contraloría de salud colectiva" a cargo del registro, inspección, vigilancia y control de alimentos, bienes, equipos, establecimientos e industrias de salud; el proyecto de ley no define claramente las respectivas jurisdicciones y funciones de los tres entes supervisores lo cual augura duplicaciones y confusión.[129] Se creará un sistema nacional de información de salud, que unificará todos los sistemas de información actuales, bajo el ministerio. Por último, el proyecto prohíbe la participación directa o indirecta de empresas extranjeras o de capital extranjero en el SPNS, salvo organismos de cooperación internacional (RVB 2004).[130] No habrá separación de funciones ya que el SPNS unirá las funciones de rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión, aunque estén a cargo de entes públicos (Tesorería, INAS, etc.), y la supervisión será en parte externa y en parte interna (OPS 2005a).

2. Regulación

La regulación estatal es crucial en un mercado descentralizado con diversos proveedores en competencia pero esa tarea es compleja y los reformadores tomaron por sentado que los gobiernos

---

[127] La *Memoria* sometida a la Asamblea Nacional en 2004, no lista entre los proyectos, la elaboración del reglamento de la ley orgánica (RBV 2005). El presupuesto de la nación de 2005 sólo asignó US$125,000 para implantar el sistema de la Superintendencia de Seguridad Social, aunque otra parte debía proceder de endeudamiento externo pero sin que se haya dado información sobre éste (González 2004).

[128] También ordena la transferencia de los regímenes de seguridad y riesgos del trabajo, servicios al adulto mayor y otros programas relacionados con la salud en el IVSS, por lo que el sistema de seguridad social sólo se quedará con los regímenes de pensiones y de empleo. Contrario al sistema de salud, la ley orgánica permite la subsistencia de regímenes públicos especiales de pensiones existentes, aunque convertidos en complementarios y voluntarios (LOSSS 2002).

[129] Aparentemente, la Superintendencia vigilará los recursos no fiscales y la Contraloría los fiscales. La Superintendencia de Seguros controlará los fondos de educación sanitaria de las compañías de seguro (OPS 2005).

[130] Actualmente es posible, cuando fallas del seguro social (IVSS) impidan la atención especializada de los asegurados, que estos acudan al subsector privado y sean reembolsados; en 2004 sólo 44 de un total de 9 millones de asegurados se beneficiaron con esta práctica a un costo de US$3,000 cada uno, pero no hay criterios establecidos para dicha selección (RBV 2005).

de la región tenían esa capacidad.[131] Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina antes de la reforma, el ministerio de salud era muy débil y los gobiernos eran incapaces de coordinar y regular los sistemas segmentados de seguro social con los del subsector público, ejecutar la ley, controlar el cumplimiento de las obligaciones de los médicos y evitar la corrupción (Mesa-Lago 1992). Por ejemplo, la superintendencia de salud creada en Colombia muchos años antes de la reforma, para coordinar y regular los servicios de salud públicos y del seguro social, fue notoriamente inefectiva en dicha tarea; en México se afirma que las autoridades de salud carecen de una cultura de evaluación y seguimiento, así como de mecanismos de rendición de cuentas. Los reformadores ignoraron las serias dificultades para regular los mercados sanitarios enfrentadas aún en países industrializados con amplia experiencia y fuertes agencias, como en los Estados Unidos (Homedes y Ugalde 2003). La evaluación de las reformas por la OPS encontró que sólo cinco países han creado nuevas estructuras o instituciones de regulación, pero aún en ellos no se están reforzando los mecanismos de rendición de cuentas o sólo se está haciendo en la auditoría financiera o contable (Infante, Mata y López-Acuña 2000).

La función de regulación del ministerio es débil o muy débil en 11 países (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela), y en otros dos países es compartida entre diversas unidades geográficas que diluyen el poder central (Argentina y Brasil). En la mitad de los países el ministerio no puede regular ni tiene control sobre el seguro social que es autónomo, ni tampoco sobre el subsector privado: Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití (no hay seguro social), México, Nicaragua (practica auditorías sobre el privado pero carece de información para que sean efectivas), Panamá, Perú y Uruguay (regula a las IAMC pero no a las IMAE y seguros parciales privados). La anterior situación se agrava en los países donde hay múltiples seguros sociales como Bolivia y México; las fuerzas armadas, la policía y otros programas separados también están fuera usualmente de la regulación del ministerio. En Argentina y Brasil los sectores públicos y de seguro social están regulados pero de manera negociada con los estados/provincias, Argentina regula a las prepagas privadas y Brasil a todo el subsector privado, pero no es adecuada la evaluación de los seguros. En Chile el subsector privado carecía virtualmente de regulación en los 80, lo cual resultó en abusos, discriminación por riesgo y descreme por las ISAPRES, pero entre 1990 y 2004 los gobiernos democráticos promulgaron tres leyes que crearon una superintendencia que ahora controla todo el sistema y regularon a las ISAPRES. Las leyes de la República Dominicana y Venezuela, aún no ejecutadas a mediados de 2005, otorgan poder regulador sobre todo el sistema a una superintendencia, pero actualmente no hay regulación adecuada. En Cuba el Estado regula y supervisa todo el sistema que es público y no existe un subsector privado. Sigue el análisis de los países.

Argentina. La reforma fue acompañada de la aprobación de numerosas normas legales que adolecen de varios problemas: carácter esencialmente indicativo de muchas de ellas, falta de reglamentación o reglamentación débil y frágil, dispersión de las estructuras de aplicación, responsabilidad compartida con otros niveles jurisdiccionales, y escasa ejecutividad por dichas razones y debido a que la Nación requiere la colaboración de provincias autónomas para hacer efectivas las normas (OPS 2005a). Varios expertos argentinos y extranjeros habían apuntado que la falta de un marco regulador del subsector privado, así como de coordinación, control efectivo y ejecución de las normas por la Superintendencia, unida al libre juego de las fuerzas de mercado, habían resultado en mayor espacio para el subsector privado con fines de lucro y generado problemas de equidad y solidaridad, sin asegurar que los posibles avances en eficiencia se tradujesen en mejor cobertura y calidad de los servicios (Flood 1997; Tafani 1997; Centrángolo y Devoto 2002). No obstante en 2002 se estableció un marco regulatorio para las EMP, las cuales deben cubrir como mínimo las mismas prestaciones obligatorias de las OS. Pero la supervisión y

[131] El Banco Mundial (1993) recomendó reforzar la capacidad del gobierno para regular, acreditar y controlar a todo el sector, incluyendo al subsector privado a fin de garantizar la seguridad y calidad de los servicios.

control de las EMP no la ejerce la Superintendencia sino la Subsecretaría de Defensa del Consumidor del Ministerio de Economía (Torres 2005b).

Brasil. Desde 1998 el gobierno federal ha regulado al subsector privado, incluyendo control de calidad y precios de los planes y seguros de salud, así como requisitos operativos, y mecanismos para recuperar costos de servicios utilizados en SUS. Pero ha habido problemas con el manejo de la información, el monitoreo y la evaluación de las aseguradoras privadas, por lo que el control de costos no ha sido efectivo (Jack 2000; Medici 2002a).

Costa Rica. La regulación del mercado de salud está orientada más hacia a normas las condiciones de operación de los servicios que a administrar el mercado. La ley general de salud encarga al ministerio la regulación y éste ha desarrollado algunos mecanismos, pero no puede imponer sus recomendaciones al seguro social, ni tampoco hay acuerdos con éste para maximizar los resultados evaluativos de dichos mecanismos; los planes de seguros y medicina prepaga privadas no están regulados, lo cual somete a la población a un riesgo significativo que se evidenció en la bancarrota en 2000 de una prepaga que dejó a 15,000 personas sin servicios. La CCSS emite sus propias regulaciones y estándares para los servicios propios y contratados con proveedores privados; los últimos deben hacer un depósito garantizando que cumplirán al menos en 85% las metas fijadas por la CCSS y si no lo hacen se les impone una multa de hasta 5% del valor de sus contratos; el incumplimiento en servicios propios de la CCSS se sanciona con recorte de hasta 2.5% de sus presupuestos (La Forgia 2005). Dentro de la CCSS hay posiciones que no son homogéneas en cuanto a aspectos cruciales como la desconcentración, el role de las compras a proveedores privados, etc. (Sojo 2001a; Banco Mundial 2003; OPS 2005a). El ministerio en la práctica es débil en cuanto a su capacidad reguladora por varias razones: la acreditación es voluntaria, carece de protocolos de atención, su información es fragmentada e incompleta, parte de su personal (aún con la mentalidad de entidad proveedora) no ha aprendido las nuevas funciones de rectoría, regulación y vigilancia, falta un marco normativo claro y preciso que regule la compra de servicios de proveedores del seguro social y privado, y la descentralización y delegación de servicios lo hacen muy vulnerable frente a las presiones de los proveedores públicos y privados (Programa Estado 2002; Martínez y Mesa-Lago 2003).

Chile. La falta de regulación y supervisión efectiva durante el decenio del 80 dio lugar al descreme y numerosos abusos de las ISAPRES. En 1990 comenzó un creciente proceso de control, supervisión y restricción de abusos, con la creación de la Superintendencia de ISAPRES y por la ley de reforma del sistema privado en 1995. Dicha Superintendencia fue encargada de vigilar el cumplimiento de las normas que regían los contratos de salud y regular sus exclusiones, determinar las primas para los afiliados de cierta edad, normar el tratamiento de las enfermedades preexistentes, introducir un listado referencial de prestaciones basadas en las otorgadas por FONASA, normalizar la información suministrada por las ISAPRES a los usuarios, crear una cartilla que facilitase la comparación entre distintos planes de salud (pero no podía regular las coberturas ofrecidas en dichos planes), y establecer procedimientos de arbitraje para resolver conflictos entre las ISAPRES y sus afiliados (Titelman 2000). La ley de Autoridad Sanitaria de 2004 refuerza la rectoría del ministerio de salud, otorgándole mayor poder de regulación, y crea una nueva Superintendencia de Salud que vigila y controla, tanto al sistema privado como al público (ver sección E-1).

En Centro América y parte del Caribe (excepto Cuba) la capacidad de regulación del ministerio es limitada por ley o muy débil en la práctica. En El Salvador el ministerio es el regulador del sistema pero el seguro social es autónomo; las proveedoras privadas deben ser autorizadas por el ministerio pero no hay un marco regulador del subsector privado; y la supervisión se hace por la Corte de Cuentas. La propuesta consensuada proponía reforzar la rectoría y funciones reguladoras del ministerio y hacerlo responsable de la coordinación de los tres subsectores (Mesa-Lago 2001b). En **Guatemala** el ministerio no controla al seguro social ni al subsector privado, ni

tampoco los recursos que asigna a otras entidades públicas. El privado es muy pequeño pero ha estado creciendo desde 1995 y carece de regulación y acreditación, aunque en 2001 se estaba fortaleciendo la capacidad de regulación y control por parte del ministerio (Durán y Cercone 2001; OPS 2005a). En **Haití** la capacidad reguladora del ministerio es muy débil aún dentro de su propio subsector y menos aún en el privado; el ministerio actualmente reconoce que uno de los retos mayores es desarrollar su role regulador debido a lo obsoleto del marco legal actual—un proyecto de ley general de salud elaborado en 1997 no había sido aprobado a mediados de 2003 (BID 2003). En **Honduras** el ministerio es el regulador del subsector público y de seguro social, pero no del subsector privado que tiene su propia ley y es supervisado por la Comisión Nacional de Banca y Seguros (OPS 2005a). En **Nicaragua** la ley general de salud de 2002-2003 encargó al ministerio de la regulación del sistema, pero dejó fuera al seguro social que debe ser regulado por la reforma de la ley orgánica de seguridad social que estaba pendiente de promulgación a mediados de 2005; el ministerio también monitorea la atención del subsector privado a través de auditorías pero no compila información sobre el mismo (incluyendo las ONG's), ni tampoco de las fuerzas armadas y el ministerio de gobernación; el INSS no exige a las EMP informar sobre los servicios que prestan, no recopila los datos necesarios, ni usa los que tiene en forma adecuada, también carece de información sobre el nivel de uso de subcontratistas, los mecanismos de pago y las sumas abonadas; la nueva ley de seguridad social de 2005 reglamenta a las EMP (Rossman y Valladares 2003; La Forgia 2005; OPS 2005; "Detallan..." 2005). En **Panamá** el subsector privado es muy pequeño y supuestamente debe cumplir con ciertos requisitos para ser autorizado a prestar servicios, pero se carece de regulación estatal efectiva (OPS 2005a). La **República Dominicana** actualmente no tiene un marco regulatorio en vigor, pero la ley de reforma aún no implementada dispone que una superintendencia regule y fiscalice todo el sistema

México. La regulación general se ejerce débilmente por el ministerio federal (SSA) porque no tiene control sobre los cinco seguros sociales que son instituciones autónomas y limitado poder regulatorio sobre los estados los cuales tienen sus propias leyes de salud; el subsector privado no está regulado por la ley general de salud y pueden ofrecer sus servicios a cualquier precio siempre que cumplan las normas generales; los seguros comerciales son regulados y fiscalizados por la comisión nacional de seguros y fianzas; las empresas de medicina prepaga fueron autorizadas y reguladas en 2001 (AISS 2003b; LGS 2005; OPS 2005a). Hay necesidad de un sistema general de regulación que se aplique igualmente a los tres subsectores. Además, a medida que ha ocurrido una descentralización hacia los estados, el gobierno federal debería haber reforzado cada vez más la función reguladora del sistema en su conjunto (Arredondo 2005).

Paraguay. La reforma creó un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro del sector, uno de cuyos departamentos es la Superintendencia, que no es autónoma y recibe su presupuesto del ministerio. No estaba claro en 2001 si el ministerio directamente o la superintendencia ejercían las funciones de regulación y supervisión de los tres subsectores; la superintendencia era considerada débil lo que no le permitía realizar un control estricto del mercado (OPS 2005a).

Perú. El ministerio legalmente ejerce la rectoría, dirección de la política, regulación, supervisión, evaluación y control. Pero su jurisdicción se circunscribe al subsector público, no tiene poder regulador sobre el seguro social (salvo en la acreditación de sus establecimientos), ni sobre las proveedoras (EPS) que están bajo la jurisdicción de la superintendencia de EPS, y escaso control sobre el subsector privado que está fiscalizado por la superintendencia de banca y seguros. El plan estratégico sectorial para 2001-2002 y los lineamientos de política para 2002-2012 identifican la "ausencia de rectoría" y la debilidad del ministerio como problemas cruciales y proponen el fortalecimientos de sus roles como rector y regulador (MS 2002).

Uruguay. No hay una agencia única que regule el sector ni tampoco un marco regulatorio común. El ministerio ejerce la regulación general pero la proveedora pública (ASSE) carece de un

marco regulatorio sobre su funcionamiento, estructura y calidad de servicios; las fuerzas armadas, la policía y el BPS tienen sus propias regulaciones; una ley separada establece los requisitos mínimos para el funcionamiento y regulación de prestaciones e inversiones de las IAMC (pero con controles escasos o nulos en cuanto a la calidad de los servicios y criterios de evaluación), y el Estado fija el máximo a la cuota; los seguros parciales tienen una regulación separada muy laxa (Médici 2000; Quijano 2002; MSP/BM 2004b; OPS 2005a).

Venezuela. La capacidad reguladora del ministerio actual es débil pero la ley de salud en debate en 2005, la fortalece grandemente con la centralización administrativa y controles estrictos sobre la provisión privada (RBV 2004).

3. Descentralización

El término descentralización envuelve formas organizativas, niveles y funciones diversas, entre otras, la "desconcentración" o transferencia limitada de decisiones administrativas a niveles inferiores pero sin patrimonio propio, la "devolución" del poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño, o la concesión de cierto grado de "autonomía" a una unidad proveedora como los hospitales. Se puede descentralizar a varios niveles geográficos (regional, provincial-estatal-departamental, municipal, comunal) y dentro de cada uno de ellos en diversos establecimientos. Hay cinco tipos de funciones que se pueden descentralizar: fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento, compra de insumos y provisión, cada una de ellas incluye numerosas actividades. Mucho antes de las reformas hubo abundantes casos de descentralización en la región (Colombia, México) que no siempre tuvieron éxito. Por ello es importante, antes de decidir un proceso descentralizador, determinar que modalidad es adecuada, precisar el nivel y las funciones, así como entender bien la mecánica (Ugalde y Homedes 2002; véase la matriz de descentralización de estos autores).

El Banco Mundial (1993) ha apoyado la descentralización administrativa y presupuestaria y la autonomía de los hospitales. Se argumenta que la descentralización tiene efectos positivos: en comparación con los organismos centralizados, los que hacen decisiones locales conocen mejor las necesidades de su comunidad y pueden ajustar mejor los servicios a dichas necesidades; la participación comunitaria ejerce vigilancia sobre los servicios, exige rendimiento de cuentas a los trabajadores sanitarios y facilita la aceptación cultural de dichos servicios; se simplifican y flexibilizan las decisiones y se entregan con más rapidez los servicios; se reducen los gastos, y todo ello genera efectos positivos en la eficiencia, la calidad y oportunidad de los servicios, y la satisfacción de los usuarios. Virtualmente todos los países de la región han transferido algunos poderes de decisión a los gobiernos de los estados, departamentos y provincias, pero sólo unos pocos a los gobiernos municipales (Ugalde y Homedes 2002). La evaluación de la OPS sobre los resultados de la reforma encontró que hay procesos de descentralización en todos los países, pero con diferencias entre ellos: en 13 países el nivel intermedio (regiones, provincias, departamentos, estados) es el que recibe más peso, y en siete países el énfasis es en el nivel local (en cinco países también hay cierta descentralización de los hospitales). Las funciones que se transfieren son muy diversas pero lo primero usualmente es la capacidad de administración de los servicios y lo último es la gestión de recursos humanos que aún se haya centralizada en casi todos los países. Una mayoría de los países está introduciendo compromisos de gestión pero "desde arriba" (Infante, Mata y López-Acuña 2000). Con frecuencia la descentralización se ha hecho de forma precipitada e improvisada, respondiendo a consideraciones políticas o condiciones impuestas por organismos financieros internacionales, sin previamente estudiar las modalidades más adecuadas y factibles en el contexto sanitario, social, económico y político del país, sin identificar los obstáculos potenciales y buscar soluciones a los mismos, y antes de entrenar el personal necesario para las nuevas funciones. No se han hecho estudios profundos sobre la efectividad de la descentralización y la evaluación de sus resultados en relación con el diseño de políticas y su implementación (Ugalde y Homedes 2002).

Existe evidencia abundante que los supuestos efectos positivos de la descentralización no se han materializado y en algunos casos los resultados han sido opuestos a los objetivos. En México la primera ola descentralizadora provocó un deterioro de los servicios del programa del seguro social (IMSS) para regiones rurales pobres. Los políticos locales no siempre toman las mejores decisiones para sus comunidades y asignan fondos para la salud transferidos del gobierno central de forma ineficiente, en Bolivia se usaron dichos fondos para construir caminos y en Colombia para construir hospitales innecesarios en municipios; en Perú un centro de atención primaria decidió incrementar las cuotas de uso para financiar la construcción de un hospital a par que otro centro descontinuó el programa de medicinas genéricas y comenzó a vender medicinas de marca; en Nicaragua hubo familias que vendieron las letrinas recibidas en áreas rurales para satisfacer otras necesidades. La descentralización a menudo estimula a los médicos del primer nivel a referencias innecesarias o excesivas a los niveles superiores a fin de descargar trabajo y reducir gastos, como en Chile o en las cooperativas que han firmado convenios con el seguro social en Costa Rica. La descentralización también provoca una pérdida de economías de escala en la compra de medicamentos y suministros médicos; muchas provincias y municipios carecen de la capacidad técnica para hacer compras por subasta a proveedores internacionales y compran los productos a almacenes locales o al detalle, tampoco pueden ofrecer servicios de alta complejidad y costo.[132] Es muy difícil reclutar personal técnico local o atraerlo de fuera especialmente en las provincias y municipios pobres. El nombramiento de personal en los niveles descentralizados no siempre resulta en reducción del personal central y sus beneficios, debido en parte por el poder sindical de este grupo y también por las nuevas funciones de regulación y supervisión que deben realizar, además la homologación salarial puede incrementar los costos. Los gobiernos descentralizados a menudo se endeudan (por ejemplo en Argentina), ya sea por no recibir suficientes recursos del nivel central o por falta de capacidad o disciplina, y el gobierno central termina asumiendo la deuda. La descentralización con frecuencia expande las disparidades entre regiones, entre municipios y entre zonas urbanas y rurales: los habitantes urbanos y de regiones desarrolladas tienen mayor poder de presión para obtener servicios que los de zonas rurales y regiones y municipios más pobres. Por ejemplo, en Bolivia y México ha aumentado las desigualdades concentrando recursos en áreas urbanas, proveyendo servicios a los grupos de mayor ingreso y respondiendo a los grupos de presión más que a los pobres. En Chile se afirma que la transferencia de fondos comunes municipales de municipios ricos a pobres ha mejorado la equidad, pero es necesario saber quien paga los impuestos en las municipalidades ricas y quien recibe las prestaciones en los municipios pobres. La mala asignación de recursos de fondos locales no ha mejorado la equidad en Bolivia, Colombia, México y Perú (Ugalde, Homedes y Zwi 2002; Homedes y Ugalde 2005a).

El Cuadro 8 mide de manera aproximada el grado de descentralización alcanzado en los 20 países dentro del subsector público (seguro social en Costa Rica): los países con el mayor grado son Brasil y Costa Rica, seguidos de Argentina, Chile, Cuba, Bolivia y Colombia (los dos últimos enfrentando problemas). Dos países tienen un grado mediano (México y República Dominicana); cinco un grado bajo (El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay) y seis un grado muy bajo (Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Venezuela—la nueva ley revierte el proceso de descentralización). De manera que en más de la mitad de la región la descentralización del subsectror público ha avanzado muy poco. Salvo en Costa Rica, el seguro social ha resistido la descentralización, en unos pocos países ha habido cierto esfuerzo de desconcentración (IMSS en México, Paraguay).

[132] Hay funciones y servicios que no pueden descentralizarse porque pondrían en peligro la salud del país, por ejemplo, el control de medicamentos, del ambiente y de enfermedades transmisibles, la normas de calidad de los servicios y del agua compartida por varias jurisdicciones, así como de la producción, transporte y distribución de alimentos.

CUADRO 8

DESCENTRALIZACION DEL SUBSECTOR PÚBLICO [a], 1998 A 2005

Países	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia Unidades Geográficas Intermedias y Locales
Argentina	Alto	24 provincias, algunos municipios
Bolivia	Alto (pero fragmentado)	Gobierno central, el principal; 111 departamentos, 314 municipios, distritos
Brasil	Muy alto	Gobierno federal, 27 estados y 5,507 municipios (90% controlan atención primaria)
Colombia	Alto (problemas)	32 departamentos y 524 municipios (no completa)
Costa Rica	Muy alto	Seguro social: 1er nivel por EBAIS locales en todas las áreas de salud cubren 85% de la población; desconcentración de todos los hospitales
Cuba	Alto	14 provincias, 170 municipios, médico de familia en barrios (atienden 99% población total)
Chile	Alto	28 regiones y 342 comunas (municipios)
Ecuador	Muy bajo	Gobierno central, el principal, a áreas de salud en 215 cantones (municipios)
El Salvador	Bajo	Gobierno central a 27 SIBASI (varios municipios cada uno)
Guatemala	Muy bajo	Gobierno central, el principal; 8 regiones, 15 departamentos (con distritos) y municipios (poco)
Haití	Muy bajo	Gobierno central, principal, a 565 distritos de los municipios en 8 de 9 departamentos, pero sólo opera en 11 distritos (2%)
Honduras	Muy bajo	Gobierno central, el principal; 9 regiones, muy poco a nivel local (SILOSS)
México	Mediano	Gobierno federal hacia todos los estados, muy poco a municipios; desconcentración limitada en seguro social (IMSS), no en otros
Nicaragua	Bajo	Gobierno central, el principal, a 151 municipios (SILAIS locales), sólo operan de forma incipiente en 32 (21%)
Panamá	Bajo	9 provincias, 14 regiones de salud en público y 9 en seguro social (muy limitada) [c]
Paraguay	Muy bajo (problemas)	Gobierno central, el principal, a 18 regiones, 17 departamentos y 221 municipios pero sólo opera en 17 (8%)
Perú	Bajo	Gobierno central a 24 departamentos (sólo 20% en 2001); nuevo plan de descentralización en 2005
R. Dominicana	Mediano-bajo	Del gobierno central a 8 regiones, 30 provincias y 56 distritos (avance lento)
Uruguay	Bajo	Del gobierno central a 19 departamentos y municipios, pero sólo operaba en 15% de los establecimientos en 2002
Venezuela	Muy bajo [b]	Del gobierno central a 23 estados y municipios [b]

Fuente: Descentralización de legislación de los países; grado de privatización ver texto.

[a] Todo el sistema en Colombia, combinado público-seguro social en Chile, seguro social en Costa Rica.

[b] El proyecto de ley de salud en debate en 2005 revierte el proceso de descentralización y recentraliza en el ministerio las funciones de los estados y municipios que habían firmado convenios de descentralización.

[c] Una excepción es el hospital descentalizado de San Miguelito.

El Cuadro 8 también resume el proceso de descentralización pública, desde el gobierno central hacia unidades intermedias (regiones, estados, departamentos, provincias) y locales (municipios, distritos, comunas): en 9 países el énfasis de la descentralización es hacia unidades intermedias (Argentina, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela); en siete países hacia unidades locales (Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Nicaragua, y en tres países hay una combinación de ambos (Brasil, Colombia y Chile). Fue imposible obtener estadísticas normalizadas sobre el grado de

descentralización alcanzado en los países: 10% de los municipios ejercen control total sobre sus sistemas y 90% sobre la atención primaria en Brasil; 85% de las áreas de salud cubren a 85% de la población en Costa Rica; 99% de la población está cubierta por los médicos de familia en los barrios en Cuba; 21% de los municipios tienen SILAIS en Nicaragua; 8% de los municipios están descentralizados en Paraguay; 20% de los departamentos habían organizado CLAS en Perú, y 15% de los establecimientos de salud estaban descentralizados en Uruguay.

Las características de la descentralización son muy variadas: en Brasil el gobierno fedérela controla el financiamiento y provisión, los estados controlan la inversión y determinan funciones, y los municipios tienen autonomía para gestionar sus servicios; en Costa Rica las áreas locales gestionan el primer nivel y refieren a los pacientes a los niveles superiores del seguro social; en Cuba el Estado controla el presupuesto y en gran medida el personal, las provincias gestionan los hospitales y el médico de familia (en barrios) es el mecanismo principal de descentralización; en Chile los municipios gestionan, las instalaciones, equipo y personal pero no tienen flexibilidad sobre lo último (algo que intente corregir la ley de 2004); en México los estados gestionan las instalaciones federales y reciben transferencias del gobierno federal el cual regula, asegura y supervisa; en Perú el gobierno central transfiere autoridad y recursos a las regiones y departamentos y estos articulan servicios con el primer nivel (el plan de descentralización se cambió en 2005). En Colombia los municipios no han completado el proceso de descentralización, y en al menos seis países el proceso se ha pospuesto o es incipiente o ha sido obstaculizado (Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay). Cinco países han organizado unidades locales de gestión: Costa Rica (EBAIS), El Salvador (SIBASI), Haití (UCS, interrumpidas por las crisis), Nicaragua (SILAIS) y Perú (CLAS con poco avance). El paquete básico se gestiona por entidades locales en siete países (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica y República Dominicana, hay proyectos en Ecuador y Haití). Se firman convenios o compromisos de gestión entre la autoridad central y unidades intermedias y/o locales en al menos la mitad de los países: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (el proceso es revertido por la ley en proceso de 2005); la evaluación de los resultados de estos compromisos no se ha llevado a cabo en la mayoría de estos países, Costa Rica siendo una excepción notables. Los hospitales han alcanzado diversos grados de autonomía en nueve países: Argentina (avanzado), Colombia (lento), Costa Rica (todos los hospitales), Honduras (parcial), Nicaragua (pocos), Paraguay (incipiente), Perú (obstaculizado), Uruguay (pocos) y Venezuela (revertido en 2005).

La evaluación hecha en varios países sobre los resultados de la descentralización da resultados mezclados. Los efectos positivos son: progreso en la cobertura (entre niños y adolescentes pero caída en adultos mayores), aumento de la producción en hospitales (Costa Rica); respuesta a la mayoría de los problemas al nivel local, mejor coordinación con el segundo nivel, incremento de la tasa de consultas y reducción de su costo, mayores referencias al tercer nivel y cirugía, y reducción de la mortalidad hospitalaria (El Salvador). Pero información de ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Paraguay y Perú) indica que se confrontan muchos problemas: (a) Coordinación: falta de diseño previo de mecanismos de coordinación entre varios niveles y de determinación precisa de sus responsabilidades, creando duplicaciones y confusión; fragmentación de responsabilidades entre varios niveles del gobierno. (b) Normas: ausencia de un marco regulador nacional coherente y normalizado para lograr integración, complejidad y falta de claridad de las normas o (exceso de regulación. (c) Financiamiento: no se definió previamente de manera precisa y clara el sistema de financiamiento, ni se hicieron estudios de costos, fluctuación en el flujo de las transferencias centrales y reducción de recursos debido a crisis económicas o fiscales, atrasos en el pago, inversión no coordinada entre unidades intermedias y locales. (d) Personal: nombrado sin criterios técnicos, no se le capacitó adecuadamente para las nuevas y complejas funciones, carece de incentivos o estos son inadecuados para aumentar la productividad y asegurar la calidad de los servicios, uso de personal temporal. (e)

Autonomía local: la toma de decisiones sobre financiamiento y recursos humanos continúa al nivel central, las regulaciones centrales muy estrictas limitan la adaptación a las necesidades locales, se les transfirió responsabilidad y recursos pero sin adecuada capacidad gerencial. (f) Compromisos: se ha avanzado poco en establecer indicadores basados en resultados y relacionados con los recursos financieros, pero también se reporta variedad y complejidad creciente de indicadores para evaluar los resultados. (g) Hospitales: no funcionan como una red escalonada de niveles, ni comparten recursos, ni hay mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.

Argentina. En 1998 se inició el proceso de descentralización mediante compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público. Hay opiniones contrarias respecto a los objetivos del proceso: una es que se hizo para mejorar la eficiencia y otra que obedeció a la presión del gobierno central para reducir sus gastos. La Nación carece de hospitales, 65% de los cuales se concentran en las provincias, que tienen 69% de las camas, y 35% en los municipios que tienen 29% de las camas. Las OS virtualmente no tienen servicios propios (sólo 2% de los establecimientos y de las camas) y contratan los servicios con el subsector privado (estimados del autor basados en OPS 2005a). Un objetivo de la reforma fue transformar los antiguos hospitales públicos de las provincias y los municipios en hospitales autogestionados o descentralizados con las funciones siguientes: ejercer cierto control sobre su plan operativo y presupuesto; vender y cobrar servicios a instituciones aseguradoras y personas con capacidad de pago; usar esos recursos para financiar la atención de la población pobre y de bajo ingreso, así como en estímulos a la productividad o inversión para mejorar la infraestructura y el equipo; nombrar, ascender y transferir empleados dentro de la planta de personal; firmar convenios con las OS y proveedoras, y subcontratar con el subsector privado algunos servicios no médicos como alimentación y limpieza. Pero se han enfrentado varios problemas: se carece de una regulación nacional normalizada que respalde criterios y niveles mínimos en los contratos y respecto a la calidad de los servicios en las diversas provincias y municipios;[133] la disminución de recursos y crisis fiscal en las provincias antes de la consolidación de la descentralización obstaculizó su avance; no se captaron los recursos esperados de usuarios con capacidad de pago y ocurrieron impagos y atrasos en los pagos de las OS y otras proveedoras, así como reclamos judiciales exitosos; no se capacitó adecuadamente al personal para readaptarse a la nueva modalidad del hospital autogestionado ni se hicieron estudios previos de costos, y los hospitales del interior, especialmente en zonas pobres y con población escasa y dispersa, no tienen posibilidad de convertirse en autogestionados (Flood 1997; Belmartino y otros 2001; Sojo 2001a; Centrángolo y Devoto 2002).

Bolivia. La ley de descentralización administrativa dividió la responsabilidad del subsector público entre diversos niveles: el ministerio es el órgano rector, regulador, evaluador, supervisor y auditor del sistema; los departamentos ejecutan y adaptan las políticas nacionales y administran los recursos humanos cuyo costo es cargado al tesoro nacional; los municipios tienen la propiedad de los establecimientos de salud al primer nivel y están a cargo del mantenimiento de la infraestructura e inversión y el financiamiento del paquete básico; y los distritos son responsables de las políticas y servicios locales de salud. Se estableció un modelo de gestión por resultados, firmando compromisos de gestión entre el ministerio y sus nueve directores de departamentos (fijando metas y prioridades dentro de cada región), los que a su vez negocian dichos compromisos con el directorio local de salud (DILOS, reorganizados tres veces en 1997-2000); además las instalaciones públicas comenzaron a comprar ciertos servicios de terceros (OPS 2005a). La fragmentación de responsabilidades en los cuatro niveles creó varios problemas: falta de definición sobre prioridades

[133] Un aspecto positivo es que se puede adaptar las normas a las condiciones de cada provincia, pero la contrapartida es la atomización. Hay tres grados de autonomía de estos hospitales entre las provincias: las que siguen siendo financiadas por presupuestos históricos y su autonomía es muy restringida; las que han adquirido algún grado de autonomía, y las que tienen control total de sus presupuestos e ingresos propios (Sojo 2001a).

y responsabilidades; duplicación de funciones debido a falta de precisión de éstas; personal nombrado sin criterios técnicos y con remuneración igual en distintos niveles de responsabilidad; ausencia de incentivos para estimular la producción y demanda de servicios; caída en la cobertura en ciertos servicios como vacunas; muy reducida autonomía financiera de los municipios; inversiones no coordinadas entre los municipios y los departamentos; estancamiento del gasto público; y falta de integración de la red de servicios: el municipio es responsable del primer nivel y no tiene competencia para la referencia a los otros dos niveles de atención (Sojo 2003). Por otra parte, el grado de desconcentración dentro de cada una de las instituciones públicas se reporta como "incipiente" (OPS 2002c) y el recurso humano continúa siendo administrado por las oficinas regionales del ministerio (fracasaron dos intentos de transferir esa función al nivel local). El ministerio debe evaluar el desempeño de los compromisos de gestión en base a una serie de indicadores, pero no hay criterios precisos para determinar las metas, se carece de una metodología clara para medir los indicadores, y los compromisos no se han monitoreado y evaluado regularmente porque no se ha encargado dicha responsabilidad a una unidad específica. No obstante, se reporta que en años recientes ha ocurrido una mejoría en fijar metas y prioridades, así como avance en algunos indicadores (Banco Mundial 2004).

Brasil. El gobierno federal ha descentralizado hacia las provincias y municipios pero aún ejercita funciones claves de financiamiento y provisión. La descentralización se regula por lineamientos básicos dictados por el ministerio federal después de debates entre los tres niveles a través de una comisión tripartita nacional y comisiones bipartitas estatales que resultan en acuerdos del Consejo Nacional de Salud (también hay consejos estatales y municipales). El ministerio federal dictó normas operativas para la descentralización que fijan los requisitos técnicos, administrativos y financieros que deben ser cumplidos por los estados y municipios a fin de ser autorizados para ejercer responsabilidades de acuerdo con su capacidad para proveer servicios, recibir trato preferencial para operar dichos servicios y autonomía para manejar recursos procedentes de transferencias federales. En 1993-1996 las normas operativas (NOB) pusieron énfasis excesivo en la municipalización, con lo cual el gobierno federal y los estados perdieron funciones y surgieron varios problemas;[134] en 2000-2001 las normas (NOAS) restablecieron varias funciones del gobierno federal y los estados para corregir dichos problemas. Los estados son directores de regionalización e inversión, identificando regiones y microregiones en función de sus características epidemiológicas, volumen de usuarios y capacidad de atención; también determinan las funciones y niveles de complejidad que pueden atender los municipios dentro de cada región o microregión, y coordinan las acciones de alto costo y complejidad. Los municipios reciben recursos federales para financiar y administrar el paquete básico y programa de salud de familia, así como estatales según el nivel de complejidad media autorizado (una vez aprobado el PSF por el estado y fijado el presupuesto los municipios se hacen cargo de la contratación del personal, su capacitación y organización de las comunidades). Se ha avanzado hacia el concepto de módulo asistencial o municipio "polo" que atiende a la población propia, así como a la de municipios vecinos, con lo cual se alivian problemas de escala y se extiende el acceso; también existen flujos de referencia de pacientes y cámaras de compensación financiera entre municipios. A fines de 2000, 9,5% de los municipios ejercían control total sobre sus sistemas y otro 89,5% sobre la atención primaria. Las instalaciones municipales crecieron de 38% a 62% del total de instalaciones entre 1992 y 1999, y de 69% a 92% de las instalaciones públicas. Obstáculos al avance de la descentralización son: la fluctuación en el flujo

[134] Los recursos siguieron siendo transferidos a las regiones y municipios donde estaban los antiguos prestadores del seguro social; en las grandes ciudades entidades federales, universidades y estatales prestaban servicios generando duplicidad; los municipios pequeños confrontaban problemas de escala; los municipios aceptaban atender a las poblaciones vecinas, pero después de recibir los recursos restringían el acceso con lo cual generaban un excedente y no ayudaban a extender la cobertura; el PAB fijo no tenía en cuenta variaciones importantes entre los municipios por lo que podía resultar excesivo o insuficiente para cubrir las necesidades (Biasoto 2004a).

de recursos federales y la falta de recursos estatales y municipales en el decenio de los 90, aliviadas por mínimos fijados en cada nivel en 2000 (ver sección F-3**);** las regulaciones federales estrictas que limitan la creatividad de los municipios para adaptarse a las necesidades de salud locales (a veces obstaculizando innovaciones positivas), y la incapacidad de algunos municipios de cumplir con los requisitos federales y estatales (Medici 2002a; Biasoto 2004a, 2004b; OPS 2005a).

Colombia. La descentralización ha sido desde la nación hacia los departamentos y municipios, a través de Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Una experta de CEPAL observa que negociaciones entre intereses contrapuestos afectados por la reforma generaron una fragmentación de responsabilidades entre los diferentes niveles gubernamentales, así como complejidad o falta de claridad de las normas (hay un exceso de regulaciones que reduce la transparencia). Más que una reforma nacional existen múltiples reformas territoriales, con avances dispares y poco intercambio entre ellas, y se carece de regulación para lograr una adecuada integración vertical y horizontal de los niveles de atención (Sojo 2001a). Los municipios no han completado la toma de responsabilidad por varias razones: falta de incentivos para descentralizar; carencia de capacidad y experiencia para asumir funciones complejas, agravada porque los profesionales no fueron preparados para la reforma y muchos resisten los cambios; ausencia de experiencia anterior con la capitación, los paquetes básicos de prestaciones y el software, y lenta transformación de los hospitales públicos en entes autónomos (Yepes 2000). La OPS (2005) concurre con esta evaluación, añadiendo que la descentralización generó autonomía autárquica y la transferencia de responsabilidad y recursos no fue acompañada de conocimientos adecuados en la gerencia, todo lo cual deterioró la autoridad nacional de salud y erosionó la coordinación nacional del sistema.

Costa Rica. La descentralización (más bien desconcentración) dentro del seguro social (CCSS) se ha hecho desde 1997 en el primer nivel a través de los Equipos Básicos de Acción Integral en Salud (EBAIS) que ofrecen un conjunto estandardizado de servicios en las 90 áreas de salud en que está dividido el país (cada una cubriendo entre 40,000 y 50,000 habitantes). Cada EBAIS tiene un territorio asignado dentro del área, atiende un promedio de 3,500 a 4,000 habitantes con un equipo que tiene al menos un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria; los EBAIS deben trabajan con las comunidades de su territorio para identificar las personas y familias con alto riesgo. A fines de 2004 había 855 EBAIS que cubrían 85% de la población total (López 2005). Sólo 10% de las áreas de salud y 11% de los EBAIS contrataban en 2001 algunos servicios con proveedores privados o mixtos. Los usuarios que requieren atención especializada son referidos al segundo y tercer nivel de atención, pero hay problemas de referencia y contrarreferencia pues, al menos hasta 2001, sólo 28% de los EBAIS monitorean y proveen seguimiento a sus pacientes. La ley de desconcentración y su reglamento de 1998 estipulan la transferencia de autoridad y recursos a los hospitales y clínicas de la CCSS pero sus márgenes de maniobra son estrechos (por ejemplo, en la subcontratación de servicios principales o auxiliares con proveedores privados), no han desconcentrado la gestión de recursos humanos. El nivel central ha firmado compromisos de gestión (bastante estandardizados) con todas las áreas de salud y todos los hospitales, comprometiéndoles a cumplir metas de cobertura, calidad y productividad en la oferta de un conjunto de prestaciones con énfasis en las necesidades de salud de los asegurados.[135] Las áreas de salud reciben un per cápita relacionada con variables demográficas, mientras que los hospitales son pagados por una unidad de producción homogénea conectada con el desempeño (ver sección F-2). En 2001, 81% de los recursos totales distribuidos a hospitales y áreas de salud se asignó a través de los compromisos. Estos también se usan para negociar entre los diversos niveles dentro de la CCSS y con los proveedores privados o mixtos; la renovación del compromiso anual requiere que la

[135] Aunque la CCSS define las condiciones generales y las metas de los compromisos, estos deben ser firmados con cada establecimiento de salud por una comisión negociadora nombrada por las partes firmantes (Programa Estado 2002).

CCSS evalúe el cumplimiento de las metas referidas (OPS 2005a). La evaluación de 2001 dio resultados mezclados indicando que el modelo no es una práctica consolidada y esta aún en proceso; así mostró progresos en cobertura (entre niños y adolescentes) en la mayoría de los establecimientos, pero brechas entre la cobertura y la calidad, ésta disminuyó en el grupo de adultos mayores; se ha logrado un adelanto mínimo en que los compromisos de gestión establezcan indicadores basados en resultados que estén relacionados directamente con los recursos financieros. La mayoría de los hospitales aumentó su producción, salvo los periféricos de tercer nivel, pero redujeron sus índices de complejidad en el tercer nivel y de desempeño total; los hospitales no funcionan como una red escalonada de niveles, tienden a perpetuar la inequidad y enfrentan limitaciones en la gestión eficiente de los recursos, la coordinación entre niveles responde más a iniciativas individuales que a una política específica (Programa Estado 2002; Banco Mundial 2003).[136] Otros problemas apuntados son: la variedad cada vez mayor de indicadores y objetivos utilizados en los compromisos y su potencial complejidad excesiva pueden hacerlos difíciles de manejar y evaluar (Sojo 2001a); y la información del sistema es fragmentada e incompleta (hay dos sistemas no integrados: el del ministerio y el de la CCSS[137]) y principalmente relacionada con factores históricos, en vez de demográficos, morbilidad y proyecciones que permitan determinar cuales son las necesidades reales de la población y, en base a ellas, definir las políticas sobre la oferta básica de servicios, planificar la compra de dichos servicios y hacer decisiones apropiadas en la inversión (Martínez y Mesa-Lago 2003).

Cuba. El ministerio ejerce las funciones de regulación, supervisión, coordinación y control del SNS; determina los servicios que serán prestados, las funciones de las autoridades locales sanitarias y las funciones públicas de salud; bajo el ministerio están los centros universitarios, las instituciones investigativas, la industria farmacéutica y sus laboratorios, las firmas que distribuyen medicamentos y equipo médico, la compañía estatal que importa y exporta medicamentos y otros bienes sanitarios, y la red nacional de farmacias estatales; las reformas de los 90 aumentaron aún más la capacidad reguladora del ministerio. Las oficinas provinciales de salud tienen autoridad a este nivel y administran los hospitales provinciales e intermunicipales, bancos de sangre, centros epidemiológicos y la red de farmacias y tiendas ópticas. Al nivel municipal se encuentran oficinas de salud que tienen a su cargo policlínicas, hospitales municipales y locales, centros de salud y epidemiológicos, clínicas dentales y otros servicios locales. Se afirma que el sistema está descentralizado porque 92.4% de los gastos de salud se financian por los presupuestos municipales, pero estos reciben sus asignaciones del presupuesto central del Estado. El más importante elemento descentralizador es el médico de familia que atiende el 99% de la salud primaria (OPS 2005a).

Chile. Comenzó el proceso de descentralización hacia 28 regiones y los municipios (comunas) desde fines del decenio del 70 y se completó en 1988. Los establecimientos municipales son parte del SNSS pero el control de la gestión y el equipo y personal están cargo de los municipios. Se alega que la descentralización no fue profunda en la realidad, debido a que no se otorgó autonomía real a los directores de los servicios de salud municipales ni flexibilidad en la contratación de su personal, así se mantuvo la "dotación" existente, la inamovilidad de los cargos y el sistema de remuneración. Esto se hizo para evitar la resistencia de los sindicatos y estos se opusieron al pago de parte del salario ligado al desempeño (Cifuentes 2000). La ley de Autoridad Sanitaria promulgada en 2004 intenta corregir algunos de estos problemas.

[136] En los convenios con cooperativas para la atención primaria, éstas arriendan clínicas de la CCSS y reciben de éste parte del equipo, pero tienen autonomía y son responsables de la inversión, el mantenimiento, la contratación del personal y la compra de insumos (La Forgia 2005).

[137] En 2004 no se había conseguido que los EBAIS consolidasen su información sobre crecimiento, desarrollo y estado nutricional de sus poblaciones y que la coordinasen con el ministerio para asegurar el acceso a la nutrición complementaria (López 2005).

Ecuador. A comienzos del decenio del 90 el ministerio comenzó un proceso de descentralización con la meta de transferir ciertos recursos y responsabilidades a las oficinas provinciales y, especialmente, a las áreas de salud en los cantones (municipios); en 1994-2001 el Banco Mundial financió ayuda a dos tercios de dichas áreas. En 1997 se promulgó una ley de descentralización que apoyaba dicho proceso pero hubo fuerte oposición y su reglamento no fue aprobado hasta 2001, la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia de 1998-2001 también estipula la promoción de las áreas de salud. No obstante, en 2001 sólo 15% de las áreas de salud en los cantones de la capital tenían servicios externos y 1% internos, y se desconoce la evolución posterior (OPS 2005a). La ley del sistema nacional de salud de 2002 ratifica el objetivo de descentralización y da normas generales sobre las funciones de los tres niveles: el central (ministerio y consejo nacional de salud), los consejos provinciales y los consejos cantorales de salud; estos últimos tienen a su cargo formular y evaluar el paquete básico (en proyecto en 2003), vigilar que los contratos de prestación de servicios entre entidades públicas y privadas en el cantón cumplan los objetivos del sistema, etc. (LOSNS 2002).

El estudio comparativo de la OPS sobre la subregión centroamericana y parte del Caribe, describe diversas modalidades de descentralización, algunas en etapa inicial, principalmente en el nivel administrativo e insuficientemente desarrolladas (**Guatemala, Honduras,**). Hay otras más avanzadas, como hemos visto en **Costa Rica.** La **República Dominicana** ha desarrollado 34 direcciones provinciales y municipales de salud, pero un experto dominicano apunta que la descentralización avanzó poco en los tres años después de promulgada la reforma: los 9 servicios regionales de salud deberán convertirse en entes autónomos descentralizados, articular la red de proveedores que oferten el paquete básico y prestar servicios públicos a los afiliados (Lizardo 2004). En Nicaragua el ministerio está transfiriendo autoridad y responsabilidad a Sistemas Locales Integrados de Salud-SILAIS pero sólo en 21% de los municipios en 2001 y careciendo de autonomía y recursos suficientes; las estructuras centralizadas en el ministerio y el seguro social no han sido cambiadas o son muy limitadas en tres países y en general el grado de desconcentración es muy reducido. En **Guatemala, Nicaragua** y **Panamá** existen convenios de gestión entre los niveles nacional, regional y municipal del subsector público, así como entre dichos niveles y ONG's u otros actores sociales (en Nicaragua el ministerio ha firmado convenios con hospitales y centros de salud, mientras que el seguro social compra todos sus servicios de salud a las EMP). En **Honduras** el proceso de desconcentración era incipiente en 2001, basado en la regionalización y especialmente a nivel intermedio pero muy poca a nivel local, los hospitales habían sido autorizados para gestionar en parte sus finanzas, así como el equipo y suministro. Virtualmente ningún país había llevado a cabo una evaluación profesional y cuantitativa del impacto del proceso de descentralización en el acceso y calidad de los servicios, así como en la eficiencia (OPS 2002b, 2005).

El Salvador. El estudio anterior no incluyó a este país que tiene una experiencia importante de descentralización con los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). Iniciados en 1995 con una prueba piloto en Nueva Guadalupe y el resto a partir de 2000, deben movilizar recursos humanos y financieros procedentes del gobierno central, los departamentos, los municipios y la comunidad para proveer atención al primer y segundo nivel (a través del ministerio, seguro social, ONG's, subsector privado y otros), con preferencia en zonas rurales y urbano-marginales. A fines de 2002 había 27 SIBASI en diversas etapas de implementación, cubren varios municipios en una zona geográfica determinada, con poblaciones entre 80,000 y 500,000 habitantes, coordinan varias unidades y casas de salud (la puerta de entrada al sistema) y un hospital de referencia, con contrarreferencia a hospitales de especialidades del ministerio. Una evaluación del SIBASI de Nueva Guadalupe en 2001 dio varios resultados positivos: mejor respuesta a la mayoría de los problemas de salud en el nivel local y mejor coordinación con el segundo nivel, incremento de la tasa de consultas preventivas y curativas en 1995-2001 (con tendencia creciente en la primera y reducción del costo de la consulta externa en el hospital), aumento de la tasa de referencia al hospital de tercer nivel y de la tasa de cirugía, y reducción de la mortalidad hospitalaria. Las

debilidades notadas fueron: no operar en la forma descentralizada como se requiere, manejo vertical desde el nivel central, falta de personal permanente o ausencia del personal por asistir a otras actividades (lo que perjudica la atención), y no transferencia de lo aprendido a otros SIBASI (MSPAS/GTZ 2002). Una encuesta entre 5 SIBASI en 2002 ratificó la falta de descentralización en los mismos: la mayoría de los gerentes y los comités de gestión (integrados por representantes de los proveedores) calificó de "muy bajo" el nivel de descentralización (incluyendo Nueva Guadalupe), mientras que los comités de consulta social lo consideraron "muy bajo" o "medio" o no sabían; la toma de decisiones en las finanzas y recursos humanos fue hecha por el nivel central del ministerio o los gerentes o el comité técnico sin participación social—la mayoría de los miembros de los comités de consulta no sabían (APSAL 2002). Falta de un marco legal coherente para los SIBASI, sus estrategias e interacción entre los subsectores público y privado, así como su financiamiento, pagos, contabilidad y prioridades (OPS 2005a). El seguro social continúa siendo altamente centralizado.[138]

Haití. El ministerio delega la mayor parte de la provisión a las ONG, proveedores privados y otros, mediante contratos; la política trazada en 1996 tenía un programa de descentralización que no fue realmente implementado debido a la crisis, la no aprobación de la ley general de salud y la falta de capacidad; su mecanismo central son las unidades comunales de salud (Unité Communal du Santé: UCS) a nivel de distritos (Republic 2004; OPS 2005a). En 2004 entre las mayores debilidades del sistema se identificaron: la centralización excesiva del ministerio en la capital, la capacidad limitada de los departamentos, y la bajísima cobertura de los distritos. La nueva estrategia del ministerio promovería la descentralización traspasando las funciones de supervisión y monitoreo a los departamentos, y la provisión del paquete básico a los UCS. Debe notarse que en 2003 había sólo 11 UCS pero hay 133 municipios y 565 distritos. El ministerio firmará contratos pilotos anuales, renovables por otro año, con diversos proveedores existentes (ONG's, otros privados con y sin ánimo de lucro, y públicos) para que oferten el paquete básico siguiendo tres modelos: un proveedor único con capacidad probada para servir una población determinada; un proveedor que complemente sus servicios con otros en una red, y una compañía aseguradora de probada capacidad administrativa que subcontrate con los proveedores. Aunque esta estrategia es razonable su ámbito será muy reducido, ya que según el acuerdo con el BID se firmarán contratos con sólo 10 proveedores para cubrir 250,000 personas en la primera etapa (2004-2006), y luego podrán ampliarse a 25 proveedores que cubran 350,000 personas en la segunda etapa (2007-2008). Los contratos serán monitoreados por los departamentos y se medirán sus resultados antes de pasar de la primera a la segunda etapa (BID 2003).

México. Los avances mayores en descentralización han sido en el subsector público, liderados por el ministerio federal (SSA); se llevaron a cabo en dos fases: 1984-1988 (sólo los 14 estados que tenían recursos participaron en el cofinanciamiento) y 1994-2000, cuando se crearon Servicios Estatales de Salud (SES), organismos públicos descentralizados en los 32 estados. Estos fueron autorizados para el uso gratuito de las instalaciones del SSA, y el gobierno federal les traspasa recursos federales y la autoridad para crear plazas, contratar personal, organizar y gestionar los servicios (a través de acuerdos de coordinación y descentralización); los SES se comprometen a cofinanciar los servicios, y la SSA se reserva las funciones de financiamiento, regulación, aseguramiento y supervisión. El Consejo Nacional de salud está encargado de coordinar las relaciones entre el gobierno federal y los estados, pero la referida coordinación "desde sus inicios y hasta la fecha ha sido difícil [y] generado duplicidades importantes, omisiones que podrían

[138] La propuesta de reforma consensuada, luego abortada, recomendó que la descentralización del sistema fuese gradual y efectiva, con delegación de autoridad (pero sin abandonar la responsabilidad y objetivos nacionales), acompañada de traspaso de fondos adecuados y reforzamiento de la capacidad administrativa, clara definición de responsabilidades y metas, modelos replicables y monitoreo sistemático para evaluar el proceso y hacer las correcciones necesarias (Mesa-Lago 2001b).

eliminarse y una gestión que padece de los problemas que conlleva el centralismo, el gigantismo y la burocratización". La descentralización puede agravar las desigualdades en los estados, ya que los más pobres suelen estar en desventaja para organizar la atención, movilizar recursos propios y obtener el financiamiento federal indispensable (Arredondo 2005: 160, 176). El seguro social (IMSS) se resistió a la descentralización y coordinación de su programa para áreas deprimidas con la SSA; en 2000 inició un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas hacia 25 delegaciones con relativa autonomía y 139 áreas médicas de gestión desconcentrada, pero respondiendo a la dirección nacional (para detalles ver Mesa-Lago 2000f). Los otros seguros sociales mantienen servicios centralizados (Dávila y Guijarro 2000; Brachet-Márquez 2001; OPS 2005a).

Panamá. En 1996 se inició la reforma cuyo primer componente fue un nuevo modelo de gestión y prestación de servicios en la región de San Miguelito y a fines de 1998 se descentralizó y otorgó autonomía al Hospital Integrado de San Miguelito, un experimento excepcional en la región. Una entidad autónoma (CONSALUD) recibe transferencias presupuestarias del ministerio y el seguro social (integrados en este programa) para comprar un paquete integral de servicios de dicho hospital a fin de atender a los residentes de su área, ya sean usuarios del seguro social o del ministerio; a su vez el hospital subcontrata (por licitación trienal) con empresas privadas los servicios médicos, administrativos, de hotelería y otros para atender a sus usuarios. Estudios comparativos de los resultados en este hospital con el resto indican una mayor eficiencia y productividad, así como costos unitarios menores, pero mayor costo de gestión (La Forgia 2005; ver sección E-7). La intención era extender este modelo a cinco nuevos hospitales, pero fue bloqueado por la fuerte oposición de los sindicatos y algunos partidos políticos. En 1999 se aprobaron lineamientos de políticas y estrategias de salud para 2000-2004 que proponían un modelo de atención de salud descentralizado y con énfasis en la atención primaria. En 1999-2000 se aprobaron leyes dando mayor autonomía de gestión (pero sin privatización) a dos hospitales que se esperaba fuesen modelos para el resto, pero no se avanzó más (OPS 2005).

Paraguay. La desconcentración del subsector público se planeó hacia las regiones, departamentos y municipios a través de compromisos de gestión con consejos regionales y locales; estos recibirían la responsabilidad de administrar los recursos físicos y financieros transferidos por el ministerio, pero no la gestión de los recursos humanos; también se estudiaba dar autonomía a los hospitales en la elaboración y control de sus presupuestos y desarrollar estrategias adecuadas a sus necesidades. El seguro social inició en 2001 la desconcentración en la administración de recursos humanos, medicamentos e insumos y en la elaboración de presupuestos, así como un análisis de factibilidad para subrogar a terceros algunos servicios como limpieza y alimentación (OPS 2005a). Pero se informa que no se diseñaron mecanismos de coordinación de los diversos niveles en el subsector público, ni se determinaron previamente las funciones de las nuevas secretarías de salud de los departamentos, cuyas funciones duplicaban las de los directores regionales subordinados al ministerio de salud, creando confusión y fricciones; tampoco se definió el sistema de financiamiento y las formas de transferir los fondos, pero se descentralizó la compra de medicamentos lo cual provocó un aumento de sus precios (Ugalde y Homedes 2002). En 2003 continuaban las dificultades entre el ministerio y los gobernadores de departamentos para llevar a cabo la transferencia de los servicios (Ramírez 2004).

Perú. Las leyes orgánicas de los gobiernos regionales y municipios, ambas promulgadas en 2002, establecen funciones compartidas entre ambas entidades (gestión de la atención primaria de salud) y exclusivas de los municipios (disposición de excretas, polución) pero las provincias y distritos cuentan con escasa autonomía política, económica y administrativa para ejecutar los servicios. La descentralización persigue dar mayor flexibilidad en el uso de recursos y personal con evaluación de la gestión por sus resultados, transfiriendo autoridad y recursos del nivel central hacia las direcciones regionales y departamentales de salud, las últimas a cargo de la autoridad y control sanitarios y la provisión de servicios en zonas especificas, mediante acuerdos de gestión con metas

preestablecidas (sólo vigentes en 20% de los departamentos en 2001 y con planes pilotos en dos provincias). Las redes públicas de atención han de ser autónomas y basarse en la articulación provincial y local de las instalaciones de primer nivel (puestos y centros de salud) con el hospital de apoyo correspondiente. El Estado transferiría los recursos en base a un per cápita por población cubierta en el área, sometido al cumplimiento de los acuerdos de gestión. A partir de 1994 comenzaron a organizarse comités locales de administración de salud (CLAS) encargados de uno o más establecimientos del primer nivel; el ministerio firmaba contratos con los CLAS comprometiéndose a proporcionarles infraestructura, equipo, personal, medicinas e insumos, mientras que los CLAS administraban los recursos transferidos, recaudaban cuotas de uso, se comprometían a atender una población determinada y cumplir las metas acordadas, y rendir cuentas al ministerio. Los CLAS enfrentaron varios problemas: no integración a la estructura del ministerio del equipo que manejaba el programa; falta de capacidad gerencial de los jefes de los centros o puestos, médicos y líderes comunales para gestionar los establecimientos y los recursos; incumplimiento de las metas; falta de incentivos del personal contratado con el régimen laboral privado porque perdían beneficios del régimen laboral público, lo que afectaba la productividad. En 1997 había CLAS organizados en 11% de los establecimientos y la meta era llegar a 20% en 1998, pero esa era la proporción que se reportó en 2001; el Banco Mundial otorgó apoyo a los CLAS entre 2001 y 2004 (Ortiz y otros 1999; OPS 2005a). Algunos hospitales comenzaron a organizarse según criterios gerenciales y la meta era financiarlos en base a pago por diagnóstico la ausencia de una política hospitalaria explícita dificultó el proceso. Otros problemas reportados en el proceso de descentralización en 2001 fueron: el primer nivel no es siempre la entrada al sistema; no existen adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diversos niveles; los establecimientos no comparten recursos ni se articulan para trabajar como redes; los recursos son canalizados tanto desde la sede central del ministerio como por las direcciones departamentales lo que crea descoordinación, y hay desequilibrio en la asignación de recursos entre los niveles de atención. La crisis política y el cambio de gobierno interrumpieron el incipiente proceso de descentralización (Sanabria 2001; OPS 2005a). El nuevo gobierno identificó como uno de sus objetivos la creación de un sistema coordinado y descentralizado de salud, organizó el consejo nacional de descentralización y elaboró un documento base para la preparación del plan sectorial de transferencias de mediano plazo 2005-2009 a las regiones, el cual fue sometido en 2005 al referido consejo; además se han firmado 21 convenios de delegación entre el ministerio y los gobiernos regionales, pero a mediados de 2005 recién comenzaba el nuevo proceso. Se está impulsando la descentralización hacia las regiones y éstas deciden si mantener, discontinuar o modificar los CLAS (Manrique 2005; IMSS 2005).

Uruguay. La ley de 1987 que creó la ASSE dentro del ministerio estableció un marco normativo que permitía a aquella descentralizar sus servicios, usando sus propias instalaciones o transfiriendo su gestión a los departamentos y municipios o a entidades privadas; en 1995 el gobierno envió al parlamento un proyecto de ley que ordenaba la descentralización de la ASSE pero no fue aprobado; en 1999 se realizó una experiencia piloto para descentralizar 4 hospitales; a fines de 2000 se dictaron normas para firmar compromisos de gestión con otros 6 hospitales, y en 2001 se inició un proyecto financiado por el Banco Mundial para impulsar la descentralización; sin embargo, los 10 hospitales que habían firmado compromisos eran sólo 15% del total de establecimientos de ASSE, y en 2002 se reportó que el proceso de descentralización no se había profundizado, que no se había logrado dotar de mayor autonomía a los hospitales y que la ASSE continuaba fuertemente centralizada. El seguro social no ha descentralizado la gestión de sus hospitales y centros de salud (OPS 2005a).

Venezuela. Inició el proceso de descentralización en 1990 y hasta 1999 se habían transferidos diversas competencias a las direcciones estatales de salud que estaban encargadas de ejecutar las políticas nacionales, integrar las fuentes de financiamiento, asignar los recursos provenientes de los niveles central y estatal, y proveer los servicios; las 23 direcciones municipales

de salud eran responsables de la gestión de los servicios de acuerdo con las competencias transferidas por los otros niveles del gobierno. Se contemplaba que los hospitales públicos gozasen de autonomía en recursos humanos y administración de gastos, previa acreditación y el compromiso de cumplir con los objetivos del sistema público nacional de salud (OPS 2002c; 2005). En 2000, 17 de los 24 estados y un número indeterminado de municipios habían concertado convenios de descentralización con el gobierno central (D'Ella 2002). El proyecto de ley de salud en debate en 2005, revierte el proceso de descentralización ya que centraliza en el Instituto Nacional de Asistencia Médica, los servicios de salud transferidos a los estados y municipios, aún aquellos que habían firmado convenios (RBV 2004; González 2005).

4. Competencia entre aseguradoras y entre proveedoras

En teoría la exposición de los subsectores público y de seguro social a la competencia, la entrada y promoción de proveedores privados y la diversificación de proveedores, unidas a la libertad de elección, hacen los mercados de salud más eficientes, reducen los costos, mejoran la calidad de los servicios y aumentan la satisfacción de los usuarios (Banco Mundial 1993). Sin embargo se han identificado obstáculos al funcionamiento de la competencia: la inamovilidad relativa de los asegurados que tienden a permanecer en una aseguradora a pesar de la opción de cambio que pudiese mejorar sus prestaciones y primas, debido a que dan preferencia a la estabilidad con la aseguradora/proveedora y el médico o por las dificultades de obtener información comparativa de los planes de salud existentes y entender sus detalles; fuertes restricciones a la libertad de elección; aseguradoras eficientes pueden ser desplazadas del mercado por aseguradoras ineficientes que practican el descreme con éxito, estas ganan pero transfieren los costos a otras aseguradoras y el efecto global puede ser nulo o negativo,[139] y la competencia puede funcionar bien en ciudades o zonas urbanas populosas pero no en zonas rurales de escasa población (Bertranou 1999; OIT/AISS 2001b; ver sección E-6). Otras obstrucciones a la competencia se resumen más adelante.

No hay duda que hay más competencia en sistemas de salud reformados que en sistemas de pensiones reformados de forma estructural en los mismos países. El número de aseguradoras de salud era mucho mayor que el número de administradoras de pensiones en 2004: en Argentina 309 y 12, en Colombia 127 y 6, en Chile 17 y 6, y en Uruguay 105 y 4, sin contar cientos o miles de proveedoras. La razón es que la administración de pensiones está mucho más concentrada que la de salud, donde se requieren más unidades y más dispersas, especialmente para la provisión de los servicios.

A pesar de la importancia de la competencia hay escasas estadísticas y menos aún comparaciones cuantitativas. El Cuadro 9 ofrece información de los países sobre el número de aseguradoras, su grado de concentración, cambios anuales permitidos a los afiliados entre aseguradoras, y existencia o no de la libertad de elección. Fue imposible normalizar las estadísticas del número de aseguradoras privadas (imposible estimar el número de proveedoras) por lo que no se pueden ordenar los países, pero se reportan las siguientes: Brasil 1,587 de distinto tipo; Argentina 309 aseguradoras (OS), más 200 prepagas; Colombia 127 aseguradoras (EPS, ARS), más un número indeterminado de proveedoras; Chile 17 aseguradoras (ISAPRES), más 3,500 proveedoras; Nicaragua 48 prepagas; Paraguay 28 prepagas; Perú 2 aseguradoras; República Dominicana 48

[139] Jack (2000) apunta dos problemas en usar la demanda de los usuarios para disciplinar a los proveedores: (i) la demanda puede no ser elástica en respuesta a diferencias de calidad, cuando los usuarios no pueden evaluar dichas diferencias o no tienen acceso fácil a proveedores alternativos, en cuyo caso los incentivos para controlar los costos pueden ser mayores que los incentivos para mantener o mejorar la calidad (en el caso de Colombia, la demanda en el régimen subsidiado es menos elástica en calidad que en el régimen contributivo, por tanto la calidad se reduce aún más), y (ii) la competencia en calidad puede naturalmente inducir la selección de riesgos de las aseguradoras para atraer a usuarios de bajo costo y cargar primas adicionales por servicios extra.

aseguradoras, 30 igualas, 12 seguros; Uruguay 118 aseguradoras/proveedoras (IAMC), 55 proveedoras de medicina de alta complejidad (IMAE) y 68 seguros privados, y 10 aseguradoras privadas en Honduras. Hay muy pocas aseguradoras en Costa Rica (pero un número creciente y role de proveedoras privadas[140]), Ecuador, El Salvador, Guatemala,[141] Panamá y Venezuela (en México las prepagas estuvieron prohibidas hasta 2001). No hay aseguradoras ni proveedoras privadas en Cuba ni tampoco aseguradoras en Haití pero sí proveedoras. No se pudo obtener información alguna sobre Bolivia ni sobre competencia en Honduras y Paraguay.

[140] Las cooperatives y otros proveedores privados de servicios primarios compiten entre sí en la licitación para obtener contratos de la CCSS a par que exponen a los servicios propios de ésta a la competencia (La Forgia 2005).

[141] En Guatemala en 2002-2003 habia entre 88 y 100 ONG's (con 161 contratos firmados con el ministerio) que proveian el paquete basico; inicialmente la competencia era escasa y las reglas de seleccion no transparentes, pero se reporta una mejoria considerable en ambos frentes (para un estudio detallado ver La Forgia 2005).

CUADRO 9
INDICADORES DE COMPETENCIA Y LIBERTAD DE ELECCION, 2000 A 2004
(Concentración en porcentajes)

Países	Número de aseguradoras y naturaleza	Concentración (%) en mayores:			Nº. De Cambios Anuales	Libertad de Elección
		3	10	20		
Argentina	309 (OS, seguro social), 270 EMP [a]	28,0	51,5	67,1	1	Sí, pero muchas OS son "cerradas", el afiliado no puede elegir las EMP
Bolivia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Sí, dentro de los seguros sociales desde 2000; sin datos de resultados
Brasil	1,587 (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Sí, puede dejarse el servicio público y comprar privado (eligiendo el proveedor)
Colombia	127 (EPS, ARS) [b] (múltiples)	38,0	n.d.	n.d.	1	Sí, más dentro del contributivo y entre aseguradoras que dentro del subsidiado y proveedoras
Costa Rica	Pocas (privadas)[c]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No [h]
Cuba	No, sólo Estado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	No
Chile	17 (ISAPRES) [d] (privadas)	61,4	n.d.	n.d.	1	Sí, entre FONASA e ISAPRES, con límites de ingreso y otros obstáculos
Ecuador	Muy pocas (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No
El Salvador	Pocas (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No
Guatemala	Poquísimas [e]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No
Haití	No [f]	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	No
Honduras	10 (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.a.	No
México	Pocas (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No, un intento en el IMSS fracasó
Nicaragua	48 (EMP) (públicas y privadas)	n.d.	n.d.	73.0	1	Sí ,en el seguro social , sólo dentro del área en que se vive
Panamá	Muy pocas (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No, salvo en un hospital
Paraguay	28 (prepagas) (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No
Perú	2 (EPS) (privadas)	100,0	100,0	100,0	1	Sí, entre el seguro social (EsSalud) y las prestadoras (EPS) por votación.
República Dominicana	48 (ARS) [g] (múltiples)	22,3	82,0	96,0	n.d.	Sí, en varios hospitales públicos y parte del contributivo (no en vigor)
Uruguay	50 (IAMC) y 55 (IMAE) (múltiples); 68 (seguros, privado)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Sí, los afiliados en el seguro social (BPS) pueden escoger la IAMC
Venezuela	Muy pocas (privadas)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	No

Fuente: Aseguradoras: Argentina de INARSS 2003; Brasil de Piola 2005; Colombia de *Salud Colombia* No. 71 2003; Chile de SI 2004; Nicaragua de Rossman y Valladares 2003; Paraguay de Ramírez 2005; República Dominicana de Lizardo 2004; Uruguay de Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; FNR 2005; otros países de OPS 2005. Libertad de elección de la legislación de los países.

n.a.= no aplicable. n.d.= no disponible.
[a] Proveedoras prepagas (EMP). [b] Además un número indeterminado de proveedoras. [c] Pero hay un centenar de proveedoras privadas, más medicina mixta. [d] No hay inventario de proveedoras privadas. [e] Sólo 0.2% de la población tenía seguros privados, pero 27% recibia el paquete basico principalmente a través de ONG's con competencia creciente . [f] La estrategia apoyada por el BID incluye un tipo de asegurador privado que contrata con el ministerio y subcontrata con proveedoras privadas o públicas. [g] Además hay 40 no validadas, más 30 "igualas" y 12 empresas de seguros; no hay información sobre proveedoras (PSS). [h] Los asegurados no pueden seleccionar el establecimiento y médico que desean, porque estos son asignados por el seguro social según el domicilio del usuario, salvo que esté en el programa de medicina mixta en que pueden elegir pagando al médico y el seguro social darle el apoyo estipulado.

Las aseguradoras o proveedoras son privadas con ánimo de lucro en la mayoría de los países, pero en Colombia y República Dominicana son múltiples (públicas, privadas, seguro social, etc.); en Nicaragua y Perú pueden ser públicas o privadas, y en Uruguay las IAMCs son privadas pero sin ánimo de lucro organizadas como mutualidades, cooperativas, etc., y las IMAE pueden ser públicas o privadas

El grado de concentración sólo pudo medirse en seis países: en la República Dominicana las tres aseguradoras mayores sólo tienen 22% del total de afiliados, en Argentina 28%, en Colombia 38% y en Chile 61% (en Perú hay sólo dos proveedoras y concentran 100% del total asegurado). Basándose en las 20 mayores aseguradoras la concentración es: 67% Argentina, 73% Nicaragua y 96% República Dominicana. Tanto en los países grandes como en los pequeños también hay una concentración en las zonas urbanas, por ejemplo 61% de las proveedoras en Perú y 42% de las prepagas en Nicaragua están ubicadas en la capital y 58% de las prepagas en Argentina están en zonas urbanas. En la mayoría de los países el número de aseguradoras ha disminuido a través del tiempo y ha aumentado la concentración: en Argentina el número decreció 21% en 1994-2004 y la concentración en las 20 mayores aumentó de 42% a 67%; en Colombia el número (EPS) disminuyó 15% en 1997-2002 pero las privadas aumentaron su porcentaje de 28% a 73%, mientras cayó proporcionalmente la afiliación en las públicas; en Chile el número disminuyó 53% en 1994-2004 (la afiliación bajó de 27% de la población total a 18%) mientras que la concentración en las 3 mayores subió de 48% a 61%; en Perú el número de EPS se redujo a la mitad en 2002-2004; en Uruguay después de mantenerse estable por un decenio el número de IAMC decreció, también hay alta concentración, 46% de las IAMC tiene menos de 20,000 afiliados cada una pero 8% tiene más de 50,000 afiliados. Sin embargo, en Nicaragua el número de prepagas aumentó más de 3 veces en 1996-2001 y el número de afiliados del seguro social saltó de 70% a 100%, porque este último delegó la provisión en las prepagas, un cambio relativamente reciente, también ha aumentado el número en la República Dominicana, pero eventualmente ocurrirá un descenso en el número y aumento en la concentración. Las causas de la reducción del número de aseguradoras y creciente concentración en la mayoría de los países son múltiples: la libertad de elección y la creciente competencia han provocado la quiebra de las entidades pequeñas o fusión con las mayores, los precios o copagos han aumentado y el mercado potencial se ha saturado, unidos con crisis económicas en Argentina y Uruguay, y el pase de los afiliados de mayor edad del privado al público, que es el que les cubre su alto riesgo en Chile.

Evidencia de cinco países muestra obstáculos a la competencia, por ejemplo, en Argentina continúan muchas OS cerradas, se pospuso la entrada de las prepagas para que las OS pudieran adaptarse a la competencia y se concedieron a ese efecto préstamos a las primeras, pero en realidad no hay competencia entre ambas pues los asegurados no pueden escoger directamente una prepaga, sino a través de su OS, y han aumentado las barreras de entrada al incrementar las reservas mínimas. A pesar que la competencia en Colombia es una de la más fuertes en la región, dentro del régimen contributivo se protegió por un decenio a tres seguros sociales concediéndoles ventajas sobre el resto de las aseguradoras, pero el déficit creciente de los primeros forzó su conversión en EPS en 2003; dentro del régimen subsidiado se crearon aseguradoras que no estaban inicialmente previstas para que los departamentos y municipios pudieran manejar los recursos sin intervención del gobierno central, en muchas localidades el único asegurador es el Estado, la mitad de los hospitales no se ha transformado en entes autónomos autofinanciados y siguen recibiendo subsidios directos. En Nicaragua hay falta de transferencia en el mercado de prepagas, varias de ellas han falsificado los certificados de habilitación, y la nueva ley de seguridad social crea mutualidades a cargo de los sindicatos pero no permite que compitan con las prepagas. En la República Dominicana la aseguradora pública cubre de manera obligatoria a todos los afiliados de los regímenes subsidiado, contributivo subsidiado y a los empleados públicos en el contributivo; el seguro social se transformó en aseguradora y se obligó a sus asegurados a permanecer en el mismo por 5 años hasta 2006 aunque confronta serios problemas económicos y, como en Colombia,

probablemente desaparecerá. En Uruguay hay fuerte competencia entre las IACM y entre las IMEA, pero no entre ambas, pues proveen atenciones diferentes, los subsectores público y de seguro social tampoco compiten, los seguros parciales sí compiten con las IMEA (sobre limitaciones a la libertad de elección que restringen la competencia, ver sección E-6). A continuación se analiza la competencia en los siete países sobre los que se dispuso de información.

Argentina. La competencia ha aumentado generando una reducción de proveedoras y un proceso de concentración. El número de Obras Sociales (OS) disminuyó de 360 en 1994 a 285 en 2004 (Torres 2004).[142] Las razones han sido la libertad de elección que facilitó la competencia y la quiebra, cierre o fusión de OS incosteables o ineficientes, así como la crisis económica y consiguiente disminución del empleo formal y el salario. Todavía existen OS pequeñas con un número de afiliados insuficientes para funcionar, pero que se mantienen a veces porque después de cerradas han sido respuestas por orden judicial; por ejemplo en 2002-2004, 21 OS fueron dadas de baja pero 4 repuestas. Hay una alta y creciente concentración en la OS: 20 de ellas equivalentes a 7% del número total tenían 41,6% del total de asegurados en 1994 y 67% en 2004, en el último año las 10 OS mayores tenían 51,5% del total de asegurados (Torres 2004, 2005a; OPS 2005a). El número de empresas médicas prepagas (EMP) no se conoce con certeza, pues hay estimados diversos, pero parece haberse reducido por fusiones, de aproximadamente 300 en 1994 a 270 en 2003 (las mayores en centros urbanos); 10 de ellas concentraban 78,5% de los asegurados y 58% estaban concentradas en la capital federal, 19% en el gran Buenos Aires (Torres 2004; OPS 2005a). Pero ha habido obstáculos a la competencia: continúan muchas OS cerradas; se pospuso la entrada de las EMP para que las OS pudieran adaptarse y competir, también se otorgaron de manera arbitraria préstamos a las OS para hacerlas más eficientes;[143] no hay realmente competencia entre las OS y las EMP porque los asegurados no pueden recibir servicios directamente de una EMP sino a través de las OS que tienen acuerdos con EMP (los asegurados en las OS, como cualquier otra persona, pueden contratar de manera suplementaria con una EMP pagándoles una prima adicional), y disposiciones en 2001 aumentaron las barreras económicas de entrada al sistema, al obligar a tener reservas mínimas entre US$1 y US$3 millones según sean a nivel provincial, en la capital o nacional (Giordano y Colina 2000; Jack 2000; Médici 2002d; Torres 2005b; Vassallo 2005).

Brasil. El número de aseguradoras privadas aumentó 34,5% entre 1996 y 1999: de 1,180 a 1,587, pero descendió luego debido a regulaciones y limitación de actividades. Las distribuciones porcentuales en 1999 respecto a la población cubierta por el subsector privado y el número total de entidades eran: medicina de grupo 37% y 53%; cooperativas médicas 23% y 23%; planes de empresa 28% y 22%, y aseguradoras 12% y 2%. Una comparación de dichas distribuciones con las de 1996 indica una caída en ambas en la medicina de grupo y las cooperativas, un aumento en los planes de empresa, y un porcentaje sin cambio en el porcentaje de la población cubierta por aseguradoras pero menor en cuanto al número de entidades (Almeida 1998; Piola 2005). No se pudo obtener información sobre el grado de concentración en las diversas entidades.

Colombia. La reforma tiene características únicas, comparada con las de otros países, que deberían estimular la competencia: (a) hay una separación entre aseguradoras y proveedoras y las

[142] Probablemente se refiere a las OS nacionales y excluye las 24 OS provinciales, por lo que el total sería 309 (INARSS daba 300 en 2003). La distribución de las 285 OS provinciales en 2004 era: 66% sindicales, 21,1% la de jubilados y pensionados, 5,2% personal de dirección y 7,7% otras (Torres 2004). A fines de los años noventa algunos autores predecían que las OS se reducirían a 50 o 70 (Flood 1997; Bertranou 1999).

[143] Se creó un Fondo de Reconversión para otorgar préstamos a las OS, especialmente a las mayores con promedios de ingreso bajos, para reestructurarse, reducir sus deudas y costos de personal, usar mejor sus recursos y aumentar su eficiencia. Pero la asignación de los préstamos fue arbitraria: siete OS que recibieron 20% de los préstamos cubrían sólo 5% del total de afiliados y tenían promedios de ingreso mucho más altos que el promedio del sistema (Bertranou 1999).

últimas compiten por ofrecer servicios a las primeras, por lo que la competencia es doble; (b) tanto las aseguradoras como las proveedoras pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas, con o sin ánimo de lucro; (c) el ISS y las cajas de previsión social del subsector público pudieron convertirse en aseguradoras, mientras que las cajas de compensación familiar, las empresas de medicina prepagada y los seguros de salud pueden asociarse a una aseguradora, las dos últimas características facilitan la entrada al sistema; (d) los afiliados tienen libertad para escoger la aseguradora así como entre las proveedoras que tengan contrato con la aseguradora a la que están afiliados; (e) todas las aseguradoras tienen al menos dos proveedoras, los municipios tienen al menos una aseguradora (70% tenían dos en 1999) y todas las capitales de departamentos tenían cinco; (f) los afiliados pueden cambiar de aseguradora una vez al año; (g) no hay competencia respecto a la UPC y las POS/POSS pero las aseguradoras y proveedoras ofrecen planes complementarios con prestaciones adicionales (PAC) en el régimen contributivo, basados en diferenciación de productos y calidad, y cargan copagos por dichos servicios, y (h) las aseguradoras deben jugar el papel de compradores prudentes en representación de los usuarios fomentando la competencia (Jaramillo 1999; Titelman y Uthoff 2000; Yepes 2000; Felizzola 2002).

El número total de aseguradoras en Colombia en 1997 era 127, de las cuales 61 eran EPS (41 públicas y 17 privadas) y 66 ARS (la mayoría cajas de compensación familiar); el número de IPS era muy grande y se desconocía, mientras que había 175 ESS. En 2002, el número de EPS disminuyó a 54 y, por primera vez, las privadas (35) excedieron a las públicas (20); se reportaron 241 ARS en 2000 (Jaramillo 2000).[144] Entre 1997 y 2002, la distribución de afiliados en el régimen contributivo pasó de 72% en EPS públicas (de los cuales 64% estaba en el ISS) y 28% en las privadas a 27% en las públicas (de los cuales 22% estaba en el ISS) y 73% en las privadas; entre estas últimas una tenía 17% del total de afilados y 11% la siguiente, de ahí que estas dos combinadas superaban la afiliación del ISS. Estas cifras indican que el número de aseguradoras en el régimen contributivo disminuyó en 1997-2002, pero se revirtió la distribución tanto por su número como por el porcentaje de afiliados y la inmensa mayoría está ahora en el subsector privado; la mayoría de los que se pasaron del ISS a las EPS privadas son afiliados de mediano y alto ingreso (elaboración del autor basado en Jaramillo 1999; Felizzola 2002; *Salud Colombia* 2003, N^{o} 71).

A pesar de los argumentos explicados, la competencia y la eficiencia en Colombia ha sido sacrificada en la práctica por varias políticas. Para permitir la conversión del ISS en una EPS y adaptarlo a la competencia dentro del régimen contributivo, se pospuso su reforma de gestión y se le protegió por un decenio concediéndole varias ventajas: se unieron sus funciones de aseguradora y proveedora hasta 1999 en que se separaron; su POS tenía prestaciones superiores al paquete básico (que operaban como PAC) y no cobraba copagos por las mismas (esto le permitió competir con ventaja pero aumentó sus costos); se suspendió el período de carencia, y hasta 2000 no transfirió a FOSYGA los excedentes; debido al déficit creciente del ISS, en 1998 se prohibieron nuevas afiliaciones y, en 2003, se puso fin al otorgamiento de prestaciones, creándose siete proveedoras financiadas con patrimonio del ISS. Caprecom, convertida en una EPS y con la tercera mayor afiliación, fue salvada de la quiebra por una ley que la refinanció y le dio un plazo para equilibrarse; en 2003 fue convertida en sociedad anónima de acciones; Cajanal recibió un trato similar. Las EPS debían operar también en el régimen subsidiado, pero las ARS surgieron de una negociación entre el gobierno nacional y los departamentos y municipios, para que estos pudiesen transformar sus entes de seguro social (que iban a ser cerrados) en aseguradoras y poder así manejar sus recursos localmente sin intervención del gobierno nacional. Algunas EPS han restringido las alternativas de elección a las IPS organizadas por dichas aseguradoras, para abaratar los costos de operación y aumentar las utilidades; en muchos lugares el único prestador es el Estado y no se dan las condiciones para que pueda haber competencia. Los hospitales públicos tenían que transformarse en

[144] Las ARS tienen una bajísima concentración. En 2000 sólo una ARS tenía 25,000 afiliados, 84% tenían entre 5,000 y 25,000 y 8% menos de 5,000.

ESE autónomas y autosuficientes, eliminándose gradualmente su dependencia del presupuesto de la nación (subsidios a la oferta) por el pago de los servicios prestados a las EPS y ARS, permitiendo así reasignar los recursos fiscales a extender la cobertura mediante subsidios a la demanda, pero en 2000 la mitad de los hospitales aún recibía subsidios directos como antes de la reforma (ver sección F); además los hospitales pueden regirse por derecho privado pero se les aplican las normas laborales generosas de los funcionarios públicos de planta permanente, por lo que sus costos son muy altos, lo cual ha promovido el empleo de personal contratado de forma temporal (Jaramillo 1999; Sojo 2001a; Felizzola 2002; OPS 2005a).

Chile. El número de ISAPRES aumentó de 10 en 1982 a un máximo de 36 en 1994 (22 abiertas y 14 cerradas), pero disminuyó gradualmente a 17 a fines de 2004 (9 abiertas y 8 cerradas). Por tanto, el número de ISAPRES disueltas fue de 19 entre 1994 y 2004, y es probable que continúe disminuyendo. La pregunta es cual sería un número mínimo razonable para asegurar una competencia y sea difícil la colusión, dos expertos estiman que ocho serían suficientes. Pero no sólo el número de ISAPRES ha caído a menos de la mitad, sino que también han disminuido sus afiliados a pesar de que la población total creció 36% entre 1982 y 2002. La población cubierta por la ISAPRES aumentó de 19,3% en 1991 a un máximo de 26,6% en 1997, pero cayó a 17,7% en 2003, por debajo del nivel de 1991. Las causas del declive en el número de ISAPRES y en su afiliación son: la eliminación del subsidio fiscal del 2% que se concedió entre 1986 y 1996 a trabajadores cuya cotización del 7% era insuficiente para afiliarse a una ISAPRE; la "saturación" del mercado de afiliados potenciales debido a la limitación en la capacidad económica de los trabajadores para pagar las altas primas y la inhabilidad de las ISAPRES para extender sus planes a precios más bajos; el envejecimiento y "maduración" del sistema y el traspaso de las ISAPRES a FONASA de afiliados después de su jubilación, y la bancarrota de las ISAPRES más pequeñas que no pudieron resistir la competencia de las mayores que son las más rentables.[145] La concentración de "beneficiarios" (cotizantes más familiares dependientes) en las tres ISAPRES mayores (todas abiertas) creció de 48% en 1989 a 61,4% en 2004, la mayor concentraba 22% (Barrientos 2000; SI 2004; SS 2005). Una experta chilena añade que no se logró la competencia entre el subsector público y privado, ya que ambos continuaron con regulaciones, usuarios y paquetes de prestaciones diferentes (Cifuentes 2000). No hay un inventario de todos los proveedores privados (se estima que había 40,000 planes de salud en 2003; Urriola 2005); pero en cuanto a la libre elección de los afiliados a FONASA, en 2002 había un total de 3,551 instituciones sanitarias y 20,000 profesionales inscritos (FONASA 2004). Las dos leyes de 2004 y la de 2005 establecen un paquete mínimo—GES—y ciertas regulaciones comunes para todas las aseguradoras y proveedoras públicas y privadas, lo cual contribuirá a introducir productos homogéneos, facilitar la información, aumentar la transparencia y la competencia entre las ISAPRES y hacer más fácil la selección de los afiliados potenciales.

Nicaragua. El número de empresas médicas previsionales (EMP) aumentó de 20 en 1995 a 48 en 2001-2002. Las EMP son de naturaleza privada y pública; en 2002 10 de ellas pertenecían al ministerio, una a las fuerzas armadas y otra al ministerio de gobernación, de manera que las restantes 36 eran privadas.[146] Las 10 EMP del ministerio tenían 10% del total afiliado pero el ministerio atendía a 67% de los hospitalizados a través de subcontratación (75% de las EMP subcontrata con hospitales). Mientras que en 1996 las EMP sólo operaban en 11 de los 17 departamentos del país, en 2002 operaban en 16 departamentos (situadas en sus cabeceras), pero

[145] Dos expertos chilenos añadían dos causas del estancamiento en 1997: la percepción de incertidumbre política e indecisión oficial sobre el futuro de las ISAPRES, así como la falta de acceso a la infraestructura pública. Lo primero llevó a la ISAPRE mayor a congelar sus planes de inversión en 1995 (Bitrán y Almarza 1997).

[146] El seguro social reporta sólo 35 EMP certificadas en 2002 pero también 26 unidades acreditadas de las cuales 15 eran privadas y 11 estatales (INSS 2003).

sólo en Managua y otros dos departamentos había más de una o dos EMP. El porcentaje de los afiliados en el seguro social (INSS) que reciben la atención por las EMP aumentó de 70% en 1996 a 100% en 2002. Se aduce que hay competencia entre las EMP, debido a que la mayoría de los asegurados se afilia a las que tienen mayor y mejor capacidad instalada, las cuales han crecido rápidamente en infraestructura de servicios y afiliados, mientras que las de menor capacidad tienen menos afiliados; en 2002, 20 EMP (42% del total) concentraban 74% de los asegurados en la capital. Pero la competencia es relativamente baja debido a varias razones: todas las EMP que reúnen los requisitos son certificadas, no existe un proceso de licitación para promover la competencia, en 14 departamentos no hay dos o más EMP para elegir, hay falta de transparencia en el mercado de EMP y limitaciones a la libertad de elección (ver sección E-6**).** El ministerio habilita y acredita a las EMP y las clasifica en tres niveles de calidad (no se tiene los criterios para la referida clasificación). Además, el INSS certifica a las EMP (lo que crea conflictos de jurisdicción) e impone tres tipos de sanciones por tres grados de infracciones: amonestación verbal o multa por infracciones menores, multa o suspensión por las serias, y multa y terminación del contrato por las graves; entre 1996 y 2002, un total de 42 EMP incurrieron en infracciones, a 25 se les amonestó o impuso multas, 10 fueron suspendidas y 7 cerradas, varias de ellas habían falsificado los certificados (Quintanilla 2001; INSS 2003; Rossman y Valladares 2003; La Forgia 2005; OPS 2005a). El INSS ha desempeñado un papel muy pasivo en el desarrollo del mercado de EMP y la competencia. La nueva ley de seguridad social de 2005 autoriza y promueve la organización de mutualidades a cargo de los sindicatos, para extender la cobertura; serán cooperativas privadas que brindarán atención en zonas rurales y urbanas donde no hay actualmente EMP (de manera que no competirán con éstas), y serán certificadas por el INSS el cual asegurará que cuenten por personal, instalaciones y recursos necesarios (“Detallan...” 2005).

Perú. El número de proveedoras (EPS) declinó de 4 en 2002 a 2 en 2004, por fusiones, la mayor concentraba 65% de los asegurados y la menor el restante 35%, o sea, que entre las dos concentraban 100% del total de asegurados (SEPS 2005). No se han creado nuevas EPS porque la ley que creó el sistema no promueve la participación e inversión privada, las EPS se perciben como competidoras del seguro social y la superintendencia ha carecido de iniciativa y creatividad (Manrique 2005). Había 596 establecimientos de salud vinculados a las EPS a fines de 2004, 36% menos que un año antes, de los cuales 61% estaba situado en la capital (SEPS 2005). Las dos EPS son privadas y deben contar con infraestructura propia (directa y exclusiva) suficiente para atender al menos 30% de los servicios a los afiliados (LMSSS-Reglamento 1997).

República Dominicana. En 2004 había 72 aseguradoras (ARS) inscritas de forma temporal pero sólo 42 de ellas habían sido validadas; el número total de afiliados era 2,2 millones o 24% de la población total. El mercado es muy concentrado, 24% de las ARS eran grandes y tenían 82% del total de los afiliados, mientras que 42% eran pequeñas con sólo 3% de los afiliados; tres ARS tenían 47% de los afiliados y 19 ARS tenían 0,1% de los afiliados; la mayoría de las ARS no podrá financiar el paquete básico. La Superintendencia ha evaluado a las ARS clasificándolas en tres niveles que indican un serio rezago: sólo 4 pasaron la prueba con un nivel 3 o superior, 28 estaban en transición en el nivel 2, y 28 (58% del total) tenían un nivel 1, de alarma; para que funcione la competencia es esencial que las ARS fortalezcan su gestión y financiamiento; probablemente ocurrirá un proceso de fusión, como en otros países. La ARS pública (SENASA) cubre obligatoriamente a todos los afiliados en los regímenes subsidiado, contributivo-subsidiado y los empleados públicos en el contributivo; establecida a fines de 2002 goza de ventaja respecto a las restantes ARPs que sólo pueden competir por los asegurados del subsector privado en parte del régimen contributivo. El seguro social (IDSS) también se está transformando en una ARS y, para asegurar su estabilidad financiera y poder competir, la reforma ordenó que todos los trabajadores y sus dependientes afiliados al IDSS un mes antes de entrar en vigor la ley (1,3 millones o 40% de la cobertura del régimen contributivo) se mantendrían en el mismo por 5 años (plazo que vencerá a mediados de 2006); además el Estado debería transferir un subsidio mensual decreciente para cubrir

cualquier déficit y facilitar la transformación. El subsector privado se opuso a las ventajas de la ARS del IDSS alegando que eran inconstitucionales, contribuyendo a la demora en la implantación de la reforma, pero la Corte de Justicia falló en contra en 2004. Aunque validada, dicha ARS enfrenta serios obstáculos: sus instalaciones y personal son insuficientes por lo que tendrá que subcontratar con otros proveedores públicos o privados; la reforma le hizo responsable de la administración de otros programas; el Estado no le ha transferido los subsidios mensuales, y debe mejorar la eficiencia y calidad de sus servicios (Lizardo 2004, 2005). Si la experiencia de Colombia se repite, la ARS del IDSS eventualmente desaparecerán, pero SENASA no porque tiene asegurada la cobertura de la mayoría de la población.

Uruguay. Hay una fuerte competencia entre las IAMC, todas las cuales son privadas y sin ánimo de lucro, están organizadas como mutualidades, cooperativas médicas o empresas (las últimas pueden ser también cuasi públicas). El número de las IAMC se mantuvo estable en el decenio de los años noventa y era 53 en 1998 (43 cooperativas, 7 mutuales y 3 empresas) pero bajó a 50 en 2000 y se proyecta un escenario de menor número y mayor concentración.[147] En 2000, 23 IAMCs tenían menos de 20,000 afiliados cada una, otras 23 entre 20,000 y 50,000 afiliados, y sólo 4 más de 50,000 afiliados. Las IAMC mantuvieron su afiliación casi estancada en 1990-1999 pero luego perdieron 9% de sus afiliados en 2003, debido a los crecientes copagos y reducción de servicios, por lo que varias quebraron (ver sección F-5). También hay competencia entre las entidades que cubren atenciones de alta complejidad (IMAE) que pueden ser públicas o privadas (operar libremente o a través del FNR), había 55 IMAES en 2005, varias de ellas proveyendo diversas atenciones de alta complejidad y otras sólo una. También hay competencia entre los seguros parciales privados, los cuales han crecido con rapidez (eran 68 en 1998) y son muy lucrativos; también han crecido las emergencias. Los subsectores público y de seguro social no compiten con las IAMC y las IMAE, ya que tienen funciones delimitadas; las IAMC y las IMAE tampoco compiten entre sí pues se ocupan de niveles diversos de atención, las primeras cargan copagos mientras que las segundas son gratuitas; los seguros parciales compiten con las IAMC a los cuales están sustituyendo (Quijano 2002; Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; MSP/BM 2004a; FNR 2005; OPS 2005a). No se pudo obtener el número de IAMC en 2003, ni tampoco cifras del número de IMAES y seguros parciales y emergencias.

5. Grado de privatización

La privatización de la salud puede hacerse total o parcialmente en las tres funciones: financiamiento, gestión y provisión. Existen diversos tipos de privatización en el financiamiento, por ejemplo, el copago o cuota de recuperación en los servicios públicos o privados, la compra de una póliza de seguro privado, el pago directo por el usuario del servicio, y el financiamiento de servicios por empresas privadas a una parte de la población. En la gestión, el sector privado puede ser asegurador o administrador de los servicios de una mayoría o minoría de la población, puede contratar la gestión de clínicas u hospitales con el sistema público o la evaluación de la calidad o la auditoría del sistema. En cuanto a la provisión, las empresas y profesionales privados pueden directamente prestar los servicios a la población o contratar con el Estado para proveer todos o parte de los servicios, por ejemplo, de diagnóstico, hostelería, ambulatorios, clínicas, hospitales. Las tres funciones pueden ser desempeñadas por cuatro tipos de entes privados: comerciales con ánimo de lucro, cooperativas, mutualidades, asociaciones u ONG de beneficencia sin ánimo de lucro, y comerciales sin ánimo de lucro (Homedes y Ugalde 2002).

Costa Rica ofrece un modelo único en que el seguro social (CCSS) compra parte de la provisión especialmente primaria al subsector privado, el cual debe garantizar las mismas prestaciones a una población adscrita sin exclusiones y a precios uniformes determinados por la CCSS, a par que ésta

[147] Las IAMCs operan con rendimientos crecientes a escala, lo cual indica que las de gran tamaño tienen menores costos medios que las pequeñas (Triunfo 2001).

mantiene la propiedad de sus instalaciones y responsabilidad por la regulación, financiamiento y supervisión, evitando así efectos adversos en la equidad y selección de riesgos. Los objetivos de este modelo son resolver la insuficiente capacidad interna para atender a la población cubierta (reducir las listas de espera), mejorar la calidad, disminuir los costos e incrementar la satisfacción del usuario. Se reporta que el desempeño de las cooperativas es superior a la provisión directa de la CCSS en la mayoría de los servicios (La Forgia 2005). Pero se plantea que las reservas actuariales actuales de la CCSS pueden ser excesivas y que parte de ellas podría dedicarse a hacer las inversiones necesarias en infraestructura y equipo en el seguro social con el fin de resolver el problema de insuficiente capacidad interna, pero no se hace, con el objetivo de propiciar la delegación al subsector privado (Martínez y Mesa-Lago 2003).[148] Además, cuatro estudios realizados entre 1991 y 1998 encontraron que los costos de peroducción de los proveedores privados eran generalmente más altos que los directos por la CCSS, pero uno en 2002 del Banco Mundial detectól o contrario (La Forgia 2005). Por último las encuestas de satisfacción de los usuarios ofrecen resultados mezclados (ver secciones D-3 y E-8). Dice al respecto un funcionario del seguro social: "La contratación del sector privado no es una panacea [para resolver] la ineficiencia pública. Sin una regulación adecuada y el Estado ejerciendo el rol de comprados de forma eficaz y eficiente, no existe una garantía que el sector privado ofrecerá mayor calidad, oportunidad o mejores precios" (Arce 1998: 37).[149] at uniform prices set by the CCSS is offered by all providers.

El Cuadro 10 resume tres indicadores de privatización entre 1998 y 2003: porcentajes de afiliados, camas hospitalarias y gasto de salud privado pero sólo en seguros, prepagas, planes, etc., excluyendo el gasto directo de las familias, sin embargo una parte importante de las familias utiliza los servicios privados, por lo que está subestimado el gasto en la última columna del cuadro (ver el desglose del gasto privado entre familias y seguros, etc. en el Cuadro 14). El porcentaje de la población afiliada al subsector privado es muy difícil de estimar y muy pocos países tienen cifras fidedignas; el porcentaje de camas hospitalarias privadas no estaba disponible en cuatro países y se escogió un substituto; el gasto de salud de seguros privados, etc. es muy poco confiable como demuestra el rango considerable en estimados de cuatro países. A pesar de la visión generalizada de la extensa privatización en la región los países con el mayor porcentaje de la población total asegurada en entidades privadas son Uruguay (36,6%, pero incluye a parte de las IACM que son privadas sin ánimo de lucro), Brasil (24,5%) y Chile (18,5%), los cuales también tienen los gastos privados mayores (37,4%, 21,7% y 22,6% respectivamente; el gasto privado en Uruguay es principalmente de las IAMCs). Otros países con porcentajes significativos de la poblaciób afiliada al subsector privado y de su gasto total de salud son respectivamente: República Dominicana 12% y 14%, Argentina 8% y 14%, Paraguay 6% y 17%, y Colombia 5% y 12%. El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Perú exhiben cifras mucho menores: 0,2% a 3% de la afiliación y 2% a 10% del gasto; Cuba prohíbe la medicina privada. En la mayoría de los países el porcentaje del gasto es superior al porcentaje de la afiliación, y esto es aún más claro en la propiedad de las camas hospitalarias: 70% y 24% en Brasil, 40-44% y 8% en Argentina y Venezuela, 25% y 12% en la República Dominicana, 17-19% y 6% en Nicaragua y Paraguay. Por último un altísimo porcentaje de los laboratorios y equipos de radiodiagnóstico son privados: 90% en República Dominicana, 64% en México, 57% en Ecuador, 50% en Paraguay y 40% en Costa Rica. En conclusión, la afiliación al subsector privada es claramente minoritaria aún en los países que más ha avanzado la privatización pero controla o bien la mayoría o una proporción desproporcionada al de su afiliación en camas hospitalarias, laboratorios y equipo de radiodiagnóstico. Sigue el análisis de los países.

---

[148] Advirtió una conocida experta: "La apertura [al subsector privado] no debería conducir a limitar las inversiones en infraestructura y equipo de la CCSS, lo que causaría una solapada restricción de las prestaciones públicas y posiblemente una escalada de costos" (Sojo 2001a: 155).

[149] Recientemente aún había posiciones diversas entre los altos funcionarios de la CCSS sobre la compra de servicios privados: uno la veía como temporal y complementaria, mientras que otro consideraba que se avanzaba hacia una prestación mixta, y un tercero abogaba porque la CCSS se limitara a la recaudación y comprase servicios privados (Martínez 2005).

CUADRO 10

INDICADORES DE PARTICIPACION DEL SUBSECTOR PRIVADO, 1998 A 2004

(en porcentajes del total)

Países	Grado de Privatización (% de totales)		
	Afiliados	Camas	Gasto[a]
Argentina	7,9 [b]	44,4	14,5
Bolivia	0,5 [c]	16,1 [g]	2,6
Brasil	24,5	70,0	21,0
Colombia	5,0 [c]	n,d,	11,9
Costa Rica	13,2 [c]	24,0 [g]	0,5-2,9 [i]
Cuba	0,0	0,0	0,0
Chile	18,5[d]	21,2	22,6 [d]
Ecuador	2,2 [c]	23,1 [h]	4,7 [h]
El Salvador	1,5 [c]	n.d.	2,6
Guatemala	0,2 [e]	n.d.	2,7
Honduras	1,5	22,0	3,5-12,5
México	1,1 [c]	28,8	2,7
Nicaragua	2,8-7,7 [f]	19,0 [g]	2,1-10,3
Panamá	n.d.	n.d.	5,8
Paraguay	6,3	17,0	17,5
Perú	1,7	19,0	7,2
República Dominicana	12,0	24,7	0,3-13,6
Uruguay	2,7-30,0 [c]	44,7	37,4 [j]
Venezuela	8,0 [c]	40,0 [g]	1,7

Fuente: ver texto.

[a] Sólo gasto de seguros privados, prepagas, etc., excluye el gasto directo de las familias, copagos, etc. [b] Pero la mayoría de los afiliados en las OS reciben servicios del subsector privado. [c] Estimado grueso; en Bolivia también se da 3,7% y 10,5%; en Colombia 73% de los afiliados en el régimen contributivo están en el privado, pero la mayoría de los afiliados está en el régimen subsidiado que recibe servicios públicos, así como los vinculados; en Costa Rica se estima como el residuo de los no asegurados que tienen recursos y compran seguros y servicios privados directos (no sólo seguros); en Ecuador hay dos estimados 2% y 20% para 1994 y 12% en 1998 (Almeida 1998); en México según la encuesta de 2000, también se estimó en 2,3% en 1997 y 2,8% en 2000; en Uruguay las dos cifras son estimados de seguros parciales privados, pero si se añade la cobertura por la IAMC (que son entidades privadas aunque sin ánimo de lucro) aumenta a 47,8%; en Venezuela es un residuo poco confiable del aseguramiento después de substraer el seguro social. [d] ISAPRES y mutuales, se desconoce los que ejercitan libre elección dentro de FONASA y los que tienen seguros privados. [e] Otro estimado es 5% (Almeida 1998); 26-30% de la población recibe el paquete básico a través de ONG's y otras entidades privadas. [f] En 2002, 8,6% de la población estaba afiliada a las EMP, pero 10% lo era en las EMP del ministerio y el 90% restante en las EMP privadas (7,7% de los afiliados), pero el ministerio a través de subcontratación cubría al 67% de la atención hospitalaria dejando sólo 2,8% a las EMP. [g] No camas sino establecimientos en Bolivia, médicos en Costa Rica y Venezuela, salas de parto en Nicaragua, y hospitales en Uruguay. [h] El gasto en todas las entidades privadas con ánimo de lucro era 38%. [i] Sólo seguros, el gasto total del subsector privado fue 31,5%. [j] El porcentaje es tan alto porque es mayormente el gasto de las IAMCs (cooperativas, mutualidades y otras entidades privadas pero sin ánimo de lucro).

En Argentina sólo 7,9% de la población está directamente asegurada en el subsector privado, pero éste opera 55% de los hospitales y ambulatorios que tienen 44% de las camas (con ellas brinda servicios contratados a los asegurados en las OS) y toma 14,5% del gasto (Tafani 1997; ME/MS 2001).[150] En Bolivia 0,5% de compañías de seguro comercial o planes de medicina prepaga contolan 16% de los establecimientos y toman 2,6% del gasto total de salud. En Brasil el porcentaje de la población asegurada en el subsector privado es mayor del 24,5% porque esta cifra no incluye a los cubiertos por el subsector público que reciben atención de proveedores privados; en 1998-1999, 43,2% de las instalaciones y 70% de las camas eran privadas, de éstas últimas 58% eran contratadas por el subsector público, además la inmensa mayoría del equipo de alta tecnología pertenece al subsector privado, y el gasto privado de salud constituía 21% del total. En Colombia se estima de manera gruesa que 5% de todos los afiliados está en el privado y toman 11,9% del gasto; en el régimen contributivo 73% está en el privado y, aunque no hay estadísticas de cobertura por aseguradoras privadas y públicas en el régimen subsidiado, la inmensa mayoría está en el subsector público (Homedes y Ugalde 2002). En Costa Rica, a pesar de la importancia creciente del subsector privado, no hay estadísticas de su cobertura de la población y se estimó de manera gruesa en 13,2% en 2000 como un residuo de los no asegurados (30% usó los servicios privados al menos una vez al año), tampoco hay información sobre las camas privadas pero 24% de los médicos trabajaban en este subsector (parte de ellos también estaban empleados en el seguro social), el cual además operaba 40% de los laboratorios clínicos y evacuaba 17% de las consultas externas en 2001, la proporción del gasto privado fue 31,5% (creciendo de 25% en 1993), aunque sólo entre 0,5% y 2,9% era de seguros (Programa Estado 2002). En Chile, las ISAPRES afilian 18,5% de la población, tienen 21,2% de las camas hospitalarias y toman 22,6% del gasto. En Ecuador el estimado de afiliación privada fluctúa entre 2% y 20% y otra información no está normalizada, lo que impide una comparación adecuada, pero 23% de las camas y 57% de los laboratorios clínicos, así como 4,7% del gasto son privados; aparentemente el seguro social compra parte de sus servicios a proveedores privados pero no se pudo comprobar este punto. En El Salvador 1,5% de la población está afiliada a seguros privados y toma 2,6% del gasto de salud; no hay cifras sobre camas privadas; los SIBASI subcontratan con proveedores privados algunos servicios en los dos primeros niveles de atención; el intento de privatizar los hospitales fue abortado por una huelga médica que duró varios meses[151] (Mesa-Lago 2003b). En Guatemala el código de salud permite al subsector privado la provisión de servicios públicos; el ministerio ha firmado convenios con 100 ONG's y otras entidades privadas sin ánimo de lucro que proveen el paquete básico a 27% de la población; el seguro social ha contratado con proveedores privados con ánimo de lucro el 3,5% de sus camas, así como algunos servicios especializados y la maternidad y optometría; el seguro privado y prepagas cubren sólo 0,2% de la población pero controlan la mayor parte de los laboratorios clínicos y toman 2,7% del gasto privado. En Haití aproximadamente 40% de la población y la mayoría de las instalaciones están en el subsector privado pero no hay cifras. En Honduras sólo 1,5% de la población tiene aseguramiento privado pero este subsector concentra 22% de las camas hospitalarias, 55,4% de los médicos y 47,5% de las enfermeras, con los cuales otorga 55% de la provisión de servicios, y absorbe entre 3,5% y 12,5% del gasto (Durán 2003). En México la encuesta de 2000 dio 1,1% de la población con seguros privados, pero también hay estimados de 2,3% y 2,8%; el subsector privado tiene 28,8% de las camas hospitalarias, 63,8% de los equipos de radio diagnóstico 32,3% de los laboratorios clínicos y 31,6% de los médicos, y toma 2,7% del gasto

[150] Entre 1980 y 1995, el número de camas en el subsector público cayó 7,6% y el de las OS 45,6%, mientras que las del subsector privado aumentaron 44,4% (Flood 1997). La participación privada en el gasto total creció de 44% en 1997 a 59% en 1999 y bajó a 53% en 2002 (ME/MS 2001; Centrángolo y Devoto 2002; OPS 2004a). En 2003, 17% de los asegurados en OS nacionales recibía sus servicios a través de prepagas (EMP) y 85% de las OS provinciales contrataba sus servicios con proveedoras privadas (Torres 2004).

[151] La constitución establece que la salud es un bien público y que el Estado debe velar por su conservación y restablecimiento, así como dar atención a la población en general, preceptos que parecen impedir la privatización.

de salud. En Nicaragua el subsector privado (sólo EMP) se estima que cubre entre 3% y 8% de la población, en el segundo nivel de atención tiene 19% de las salas de parto, 14% de los laboratorios y 8% de equipo de radiodiagnóstico, y su porcentaje del gasto es entre 2,1% y 10,3%. En Panamá sólo 1% del gasto de salud del seguro social es mediante contrato con proveedores privados y el actual gobierno asevera que en la nueva reforma en estudio "no habrá privatización de ninguno de los programas", el gasto de seguros privados es 5,8% (CSS 2004: 28). En Paraguay el subsector privado cubre 6,3% de la población pero dispone de 17% de las camas hospitalarias y 17,5% del gasto. En Perú 1,7% de la población está afiliada a las proveedoras privadas (pero esta cifra excluye la población asegurada directamente por empresas, así como los seguros privados), y el subsector privado opera 46% de los hospitales, 19% de las camas hospitalarias, 17% de los laboratorios y 50% de los equipos de radiodiagnóstico, además toma 7,2% del gasto total de salud. En la República Dominicana alrededor de 12% de la población está afiliada a igualas y otros seguros privados, pero el subsector tiene 24,7% de las camas (casi el doble que el ministerio y 1,5 veces las del seguro social); además posee 90% de los laboratorios clínicos; y su gasto era entre 0,3% y 13,6% del total en 1998. En Uruguay entre 2,7% y 30% de la población está cubierta por seguros privados, más 45% cubierta por las IACM que son privadas pero sin ánimo de lucro; el subsector privado, incluyendo las IAMC, tiene 44,7% de los hospitales (no hay información sobre camas) y toma 37,4% del gasto total de salud; no se ha privatizado ningún establecimiento de propiedad pública. En Venezuela se estima de manera muy gruesa que 8% de la población tiene planes de seguro privado, el cual contrata a 40% de los médicos y toma 1,7% del gasto de salud (las cifras sobre camas, médicos, laboratorios, equipo de diagnóstico y salas de parto privados en casi todos los países son cálculos del autor basados en OPS 2005a).

En Cuba el sistema de salud es totalmente público y no hay seguros o planes privados, pero hay un gasto privado de familias en medicinas y otros bienes de salud no provistos gratuitamente; cierto número de médicos y odontólogos que tenían práctica privada antes de la reforma fue autorizado para continuar la misma, pero han ido desapareciendo por defunciones y retiros; se prohíbe el ejercicio por cuenta propia de la medicina y otras profesionales universitarias aunque hay más de 100 ocupaciones en que se permite trabajar por cuenta propia (Mesa-Lago 2003a). Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay no tienen planes de transferir la gestión de los establecimientos públicos o del seguro social a entidades privadas (OPS 2002b, 2005). En México un tuvo éxito el intento de permitir a proveedoras privadas reemplazar a los servicios del seguro social con planes privados y sólo 2% de la población tiene capacidad para comprar seguros privados (Gómes-Dantés 2000); se ha propuesto que el seguro popular de salud (SPS) tenga la opción de contratar con proveedores privados, bajo normas generales y supervisión eficaz, y permitir a los beneficiarios elegir al proveedor; (Nigenda 2005).[152]

Ecuador es un caso interesante de conflicto de la ley de reforma con la constitución y de movilización popular en contra de la privatización del seguro social (IESS). Una consulta popular nacional en 1995 votó en 60% contra la privatización de los servicios del IESS; una excepción fue el voto positivo de la provincia de Guayas que solicitó infructuosamente que el IESS le traspasara su parte correspondiente. La constitución de 1998 establece que las prestaciones del seguro social son responsabilidad del IESS, aunque éste podrá crear instituciones administradoras para fortalecer el sistema o seguros *complementarios opcionales* en contingencias no cubiertas o para mejorar las existentes (arts. 58, 61).La ley de reforma de seguridad social estipula que el IESS podrá contratar con empresas públicas, mixtas o privadas la provisión de servicios *auxiliares*, así como la recaudación (LSS 2001). Basado en este artículo hubo un intento en 2003 de municipalizar los servicios de salud que enfrentó una fuerte oposición popular. La parte de la ley de reforma de 2001 relacionada con la privatización de las pensiones está suspendida por resolución de inconstitucionalidad del Tribunal Constitucional (Confederación 2003; Roldós 2003).

[152] En Jalisco y Tamaulipas, el estado contrata con farmacias privadas.

6. Libertad de elección

Teóricamente con la libertad de elección los individuos escogen proveedores dentro de un marco no discriminatorio de normas homogéneas y los mejores oferentes en precio y calidad consiguen el mayor número de "clientes" con lo cual se mejora la eficiencia y la calidad y se reducen los costos (Cifuentes 2000). Este supuesto se basa en la disponibilidad de la información sobre las prestaciones y costos de los planes de las aseguradoras, así como de la calidad de los servicios ofrecidos por las proveedoras, a más de la capacidad de las personas de usar dicha información para hacer la selección adecuada; usualmente existe asimetría de información entre las aseguradoras y los asegurados. La libertad de elección varía notablemente entre los países: en un extremo están sistemas públicos o de seguro social unificados en que no existe dicha libertad, como en Cuba y Costa Rica (el asegurado es asignado a una proveedora privada por el seguro social de acuerdo con su residencia), y en el otro extremo sistemas con un gran número de aseguradoras y proveedoras de diversa naturaleza en que hay considerable libertad de elección, como en Colombia. Existe una disyuntiva (*trade off)* entre libertad de elección y equidad, si se aumenta la equidad de manera compulsiva, ya que es casi imposible hacerlo voluntariamente, se restringe la libertad de elección (Wainer 1997). Por ejemplo, si se obliga a las aseguradoras privadas a ofrecer un paquete básico de prestaciones o se controla el descreme o se introducen medidas para evitar el aumento de primas a las mujeres y a la tercera edad, se limita la libertad de las personas a escoger una aseguradora que les cargue una prima más baja por tener más ingreso, ser hombre o más joven y gozar de perfecta salud. En la opinión del autor, no es justo sacrificar la equidad en aras de la libertad de elección (de ahí la necesidad de al menos dar un paquete básico universal), pero tampoco es aconsejable imponer prestaciones de salud iguales para todos, lo que tengan recursos pueden comprar prestaciones adicionales a las garantizadas en todo el sistema.

El Cuadro 9**,** segmento final muestra que once países no tienen libertad de elección: Costa Rica (pero ver abajo), Cuba, Ecuador,[153] El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México,[154] Panamá, Paraguay y Venezuela. Nueve países tienen libertad de elección: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay. En al menos cinco países los afiliados pueden cambiar de aseguradora una vez al año (Argentina, Colombia, Chile, Nicaragua, y Perú). La libertad de elección es muy diferente en los países, por ejemplo, en Brasil los cubiertos en el subsector público-seguro social pueden usar sus servicios o comprar un plan privado; en Argentina, Colombia y la República Dominicana los asegurados pueden escoger la aseguradora pero no la proveedora que es seleccionada por la aseguradora; en Chile los afiliados en el subsector público-seguro social pueden cambiarse a una aseguradora pero abonando un copago; en Perú la mayoría de los asegurados en una empresa escoge por mayoría la proveedora y el plan de salud.

La libertad elección ha corregido situaciones odiosas, por ejemplo, en Argentina los asegurados eran cautivos de las OS porque no podían cambiarse a otra salvo al cambiar de empleo o jubilarse, lo cual eliminaba el incentivo para mejorar la calidad y los costos. En algunos países los servicios de salud del seguro social se deterioraron tanto que los asegurados con algunos recursos se veían obligados a comprar seguros privados y pagar doble cotización. Pero en la actualidad hay limitaciones importantes a la libertad de elección en todos los países. En Argentina continúan cerradas en la práctica las OS de personal de dirección, provinciales y fuerzas armadas; se puede escoger una OS pero no a la proveedora privada (EMP) porque esta es seleccionada por la OS; en 1997-2004 menos del 10% de los asegurados cambió de OS (una cifra inflada debido a más de un cambio por el mismo asegurado); 60% de los que se cambian son influenciados por su empleador

[153] Aparentemente el seguro social compra servicios a sus propias unidades y a proveedores externos públicos o privados, pero los asegurados no tienen libertad de elección.

[154] En 1999-2000, como parte de la reforma, se realizó una prueba piloto en una sola zona médica urbana del IMSS para probar la posibilidad de que el asegurado pudiese seleccionar el médico de familia a fin de aumentar la competencia interna, pero no avanzó y se abandonó (OPS 2005).

que a menudo escoge la OS; la mayoría de los que se ha cambiado son los asegurado de alto ingreso que estaban en una OS con bajo ingreso promedio y calidad hacia una OS con mayor ingreso promedio y calidad. En Colombia la mayoría de los afiliados a los dos regímenes dicen no tener libertad de elección o que no han escogido libremente a la aseguradora, tampoco pueden escoger los servicios de laboratorio, cirugía y especialista, la libertad de elección fue ordenada 4 en una rango 0-10; los empleadores hacen decisiones por sus trabajadores en el régimen contributivo; las aseguradoras han creado su propia red de proveedoras y refieren al asegurado a la misma; en muchas departamentos o municipios hay sólo una aseguradora o proveedora. En Chile todos los afilados tienen teóricamente la libertad de elección pero sólo los que tienen recursos para abonar el copago en las privadas lo ejercitan en la práctica; hay ISAPRES cerradas y zonas rurales en que no existen proveedoras privadas, y hay falta de transparencia e información (ver abajo). En Nicaragua los asegurados que viven fuera de la capital no pueden escoger las mejores proveedoras que están ubicadas ahí, y en República Dominicana los afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado no tienen libertad de elección pues están obligatoriamente afiliados a la aseguradora pública.

Otra barrera importante a la libertad de elección es la falta de información y capacidad de la mayoría de la población para seleccionar las mejores aseguradoras o proveedoras. Por ejemplo, en Chile hay 40,000 planes de salud vigentes y 11,000 en comercialización con diversos paquetes de prestaciones, primas, copagos, deducibles, etc., lo cual hace extremadamente compleja la decisión, muchos asegurados educados se percatan de aspectos del contrato (monto de reembolso y pago de bolsillo) cuando ocurre la enfermedad. En Colombia, la mayoría cree que no tiene libertad de elección (especialmente entre los de bajo ingreso) porque carecen de información sobre sus derechos, hay población elegible para el régimen subsidiado que no se afilia porque desconoce su derecho. En Nicaragua un tercio de los asegurados no tienen información o la tienen incorrecta sobre su derecho a cambiarse de proveedora. En Chile la superintendencia ha realizado campañas para informar a los asegurados de sus derechos, pero esta es más la excepción que la regla en la región.

Argentina. Antes de la reforma los asegurados eran "cautivos" en la OS de su actividad u ocupación, no podían mudarse a otra OS salvo al cambiar de empleo a otra actividad económica o al jubilarse y afilarse a la OS de jubilados y pensionados, todo lo cual eliminaba el incentivo para mejorar la calidad de los servicios y reducir costos. La desregulación de las OS iniciada en 1993 perseguía aumentar la competencia entre ellas otorgando a los asegurados la libertad elección de la OS de su preferencia y cambiarla una vez al año (incluyendo a los asegurados en la OS de jubilados y pensionados, pero excluyendo las OS provinciales que continúan con afiliados "cautivos"), para romper el carácter de exclusividad por rama de actividad y así aumentar la eficiencia y la calidad. Los afiliados a las OS sindicales no pueden elegir una OS de personal de dirección; aunque esta exclusión se eliminó legalmente en 2001 no se ha ejecutado. Además se eliminó la doble cobertura en OS debida a tener varios empleos o por ser familiar dependiente de un asegurado, obligando a unificarse los aportes de una familia en una sola OS, pero sin reducir la cotización total sobre el salario.[155] También se permitió la asociación de las OS con las EMP privadas. Pero la información disponible indica que sólo un reducido número de personas tiene libertad de elección efectiva o al menos la ejercita, debido a diversos obstáculos y problemas: (a) entre 1997 y 2004 sólo un total de 1,4 millones de afiliados en las OS cambió de OS, equivalente a 9,5% del total afiliado en 2004, más aún, estas cifras están infladas debido a que algunos afiliados se cambiaron más de una vez o se cambiaron y luego regresaron a la OS inicial; (b) 60% de los que se cambiaron fueron influenciadas por los empleadores que a menudo no respetaron la voluntad de los afiliados y los pasaron a OS que

[155] Pero en 2003 la agencia que recauda las cotizaciones para las OS afirmó que los "trabajadores con pluriempleo pueden cotizar a más de una obra social" (INARSS 2003: 27). En las OS provinciales 15% tenían doble cobertura con OS nacionales en 2003 (Torres 2004).

tenían contratos con EMP; (c) los cambios han sido de los afiliados de mayor ingreso en las OS mayores (con ingresos promedio bajos y servicios de pobre calidad) hacia OS menores (con ingresos promedio altos y mejores prestaciones con o sin convenios con EMP); (d) los afiliados a las OS provinciales (así como las OS de las fuerzas armadas y otros grupos) siguen cerradas y hay procedimientos burocráticos que obstaculizan los traspasos entre otras OS, y (e) en 1999 se suspendió el proceso de libre elección, debido a la oposición sindical, en 2001 se reanudó por ley pero hay reclamos judiciales que han logrado detener su aplicación respecto a la libertad de elección de entidad aseguradora entre las OS y las EMP (Médici 2002d; Torres 2004, 2005a, 2005b; OPS 2005a; SSS 2005).

Bolivia. Una resolución del Instituto Nacional de Seguros (INASE) de 2000 estableció el reglamento para afiliación, desafiliación y reafiliación a los seguros sociales de salud, dando al afiliado dos opciones: quedarse en la institución en que está o trasladarse a una administradora de servicio de salud privada de su preferencia, transfiriendo la cotización patronal correspondiente (Guerrero 2000). No se dispone de información sobre los resultados de dicho reglamento.

Brasil. La población en el subsector público tiene libertad para usar sus servicios o comprar seguros privados (en un porcentaje importante de municipios, los usuarios también pueden escoger entre proveedores que participan en el SUS), así como para elegir el tipo de aseguramiento y proveedor privado que prefieran pero no pueden llevarse el su financiamiento del público. A pesar de que este es un mecanismo de solidaridad se argumenta que es un desincentivo para que el subsector público mantenga la calidad (Jack 2000).

Colombia. Tiene la mayor libertad de elección, pero encuestas tomadas entre 1997 y 2003 han detectado fallas y desigualdades importantes: (a) 81,5% de los afiliados no había pensado en cambiarse de institución y sólo 12,5% manifestó su intención de cambiar; (b) 69% de los afiliados al régimen subsidiado y entre 54% y 61% de los del régimen contributivo dijeron no tener libertad de elección o que no habían escogido libremente la aseguradora o no sabían; (c) entre 56% y 68% de los afiliados en el grupo de ingreso bajo en el régimen contributivo dijeron que no tenía libertad de elección o no sabían, mientras que 44% de los del grupo de ingreso alto dijeron que sí; (d) 83% de los encuestados dijeron que no podían escoger los servicios de laboratorio, entre 61% y 68% el especialista, la cirugía y la imagen para diagnóstico, y 39% el médico general (las proporciones de los afiliados al régimen subsidiado eran mucho menores que las de los afiliados del régimen contributivo), y (e) la libertad de elección recibió la peor calificación por los encuestados: 4 en un rango entre 0 y 10 (Jaramillo 1999; Felizzola 2002; *Salud Colombia* 2003, No. 71). Las razones por la fallas en la libertad de elección son: (a) los afiliados, especialmente en el régimen subsidiado, desconocen sus derechos, carecen de información o ésta es insuficiente o no tienen la educación para hacer una selección (en 1997 las aseguradoras tenían muy baja demanda por la falta de información de la población elegible); (b) 25% de los afiliados al régimen contributivo en 2002-2003 querían cambiar de EPS pero no lo hicieron, debido a que la mayoría creía que perdería sus prestaciones; (c) los empleadores hacen decisiones por sus empleados en el régimen contributivo; (d) las aseguradoras han creado su propia red de proveedoras o imponen restricciones a la elección de la proveedora o el médico refiere al afilado a una proveedora específica; (e) los gobernadores y alcaldes contratan una sola aseguradora en el régimen subsidiado, y en localidades pequeñas hay sólo una aseguradora o proveedora, y (f) los costosos equipos de tecnología avanzada sólo pueden ser adquiridos y funcionan en los hospitales mayores y con más recursos (Málaga y otros 2000; Yepes 2000; Felizzola 2002; Encuesta de la Defensoría del Pueblo *Salud Colombia* 2003, N^{o} 71).

Costa Rica. A pesar de la delegación de una parte considerable de la atención a proveedores privados, los asegurados no pueden seleccionar el establecimiento y médico que ellos quieren, puesto que estos son asignados por la CCSS según el domicilio del usuario. No obstante, la práctica de la medicina mixta permite a los asegurados cubiertos en esta forma de provisión, elegir directamente a su cargo, la atención a primer nivel mientras que el seguro social obligatoriamente

les da apoyo para diagnóstico, exámenes de laboratorio y medicinas. Además las proveedoras privadas tienen una tendencia a "salirse" de la zona geográfica asignada y captar población fuera de dicha zona (Martínez y Mesa-Lago 2003).

Chile. Teóricamente todos los asegurados tienen la libertad de elección entre el subsector público-seguro social y el privado pero, en la práctica, los grupos de ingreso medio-alto y alto son los que pueden afiliarse a las ISAPRES porque pueden sufragar los copagos.[156] Una experta chilena plantea que hay dos sistemas: uno para personas con ingreso suficiente que pueden elegir ISAPRES y otro para los pobres no pueden elegir ya que están obligados a permanecer en el sistema público (Cifuentes 2000:63, 68). Así en 2002 sólo 18,5% de la población estaba afiliada a ISAPRES y 67,5% a FONASA. También teóricamente los afiliados al sistema privado tienen libertad para escoger una ISAPRE pero hay varias limitaciones importantes, aunque algunas han sido restringidas desde 2004: (a) tiene que ser una ISAPRE abierta (94% del total de beneficiarios en 2004), pues a la cerrada sólo pueden pertenecer los trabajadores de grandes empresas (6% de los beneficiarios); (b) el afiliado puede cambiarse después de un año pero tiene que empezar con un nuevo médico de familia y emplear tiempo en estudiar los planes existentes; (c) enorme multiplicidad y heterogeneidad de planes, así hay más de 40,000 planes vigentes y 11,000 en comercialización, con diversos paquetes de prestaciones, primas, deducibles, copagos y máximos, así como 1,200 tablas de riesgos, todo lo cual reduce la transparencia del sistema, induce confusión y hace muy difícil la selección; (d) falta de información y conocimiento inadecuado sobre las condiciones del contrato incluso entre los cotizantes más educados, que no se percatan de la cobertura financiera real (el monto del reembolso y el pago de bolsillo) hasta que ocurre la enfermedad; (e) la ISAPRE tenía libertad para decidir si aceptaba o no al solicitante discriminando por riesgo y podía revisar anualmente el contrato cambiando las primas, prestaciones y la naturaleza y monto de las mismas;[157] (f) el alto costo de copago es otra barrera a la selección de ciertas ISAPRES; (g) hay zonas rurales en que no existe provisión privada, y (h) los asegurados en FONASA que cotizan tienen "libre elección" entre los servicios públicos y un médico privado de acuerdo con una tarifa fijada por FONASA más un copago, pero el costo de atenderse con un médico privado ha aumentado a través de los años y el número de pacientes capaces de pagarle ha disminuido. Medidas para corregir algunos de estos problemas incluyen: la tendencia a fijar los aranceles de las ISAPRES en "unidades de fomento" (unidad monetaria constante que se publica a diario); campañas realizadas por la Superintendencia de ISAPRES para que los afiliados conozcan sus derechos, y el establecimiento de una prima universal (por un período de tres años) para financiar el paquete básico universal obligatorio en ambos subsectores, así como máximos a los copagos, por la ley de Autoridad Sanitaria de 2004 (Bitrán y Almarza 1997; Homedes y Ugalde 2002, 2003; Ley 19,937 de 2004; OPS 2005a).

Nicaragua. Hasta 1997 la elección de la EMP se hacía por votación en la empresa y todos los trabajadores quedaban automáticamente afiliados a la elegida, los empleados públicos tenían que afiliarse a una EMP del ministerio; después se permitió la elección individual a ambos grupos. En 2002 el 8% de la población cubierto por el seguro social podía elegir entre 48 EMP y cambiar una vez al año (INSS 2003). Pero hay severas restricciones a la libre elección: los asegurados deben afiliarse a la EMP en su territorio (las de Managua, que son las mejores, no pueden ser escogidas

[156] A partir de 1986 los empleadores podían hacer un aporte de 2% del salario del trabajador cuya cotización de 7% fuese insuficiente para afiliarse a las ISAPRES, como un incentivo para la transferencia, y descontar dicho aporte de sus impuestos. Este subsidio fiscal beneficiaba a un millón de personas y generaba 4% del total de ingresos de las ISAPRES, pero se terminaba al tiempo de la jubilación, estimulando el regreso de los jubilados a FONASA. Debido a esto y por ser un subsidio fiscal al sistema privado se abolió en 1996 y se terminó en 2004.

[157] Si el cotizante no aceptaba los cambios de la ISAPRE, ésta debía ofrecerle otro plan alternativo en condiciones equivalentes y aquél podía aceptarlo o desafiliarse o recurrir a la Superintendencia de ISAPRES (Wainer 1997).

por los que viven fuera de dicha área), en 14 departamentos no hay dos o más EMP para elegir y los asegurados tienen escasa información y carecen de capacidad para evaluar las prestaciones de las EMP y optimizar la elección (Rossman y Valladares 2003). Una encuesta del INSS reveló que un tercio de los asegurados no tiene información o la tiene incorrecta sobre sus derechos, incluso el cambio de EMP, lo cual allana el terreno para que cometan abusos; no hay cifras sobre los cambios entre las EMP pero se estima que son poco frecuentes; tampoco hay información sobre en que medida la insatisfacción de los usuarios puede motivar el cambio de EMP o la desafiliación al sistema. Las EMP son la principal fuente de información de los afiliados sobre el sistema y no hay información comparativa accesible que facilite la selección (La Forgia 2005). El ministerio inició en 2001 algunas experiencias piloto para dar elección a los usuarios de servicios por proveedores de servicios materno-infantiles en el área rural (OPS 2005a).

Perú. Los afiliados al seguro social (EsSalud) pueden escoger entre los servicios de éste y los de las dos proveedoras privadas (EPS), así como escoger una de las dos y el plan de salud. La decisión no es individual sino por mayoría de votos en el centro de trabajo (los asegurados voluntarios sí eligen individualmente); el empleador o 20% de los trabajadoras de la empresa hacen la convocatoria para la elección y debe al menos haber dos EPS compitiendo, se escoge por mayoría absoluta de los votos secretos. En los 5 días siguientes a la elección, los trabajadores que no quieran pertenecer a la EPS tienen el derecho de solicitar su cobertura por la EsSalud; la mayoría de los trabajadores pueden solicitar el cambio de EPS y celebrar a ese efecto una nueva elección; una vez al año los asegurados pueden decidir cambiarse de EsSalud a una EPS o viceversa. Los trabajadores que entren por primera vez a la empresa pueden elegir entre la EPS y EsSalud, si no manifiestan su deseo son incorporados automáticamente a la primera (LMSSS-Reglamento 1997).

República Dominicana. La ley de reforma establece que los afiliados tienen derecho a seleccionar a la aseguradora (ARS) pero no a la proveedora (PSS) la cual es escogida por la ARS. Pero la libertad de elección se limita a parte del régimen contributivo, porque los afiliados a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado (así como los funcionarios públicos en el contributivo) están obligados a asegurarse en la ARS pública (SENASA); además, los afiliados al seguro social (IDSS) al tiempo de promulgarse la ley de reforma deberán permanecer en el mismo por 5 años y hasta entonces no podrán cambiarse.

Uruguay. Los afiliados al seguro social (BPS) deben elegir una proveedora (IAMC) dentro de los 10 días siguientes a su ingreso o reingreso en el trabajo (BPS 2003), pero se carece de información sobre las normas, cambios que se pueden hacer, etc. No está claro si los asegurados pueden también elegir las proveedoras de atención de alta complejidad (IMAE).

7. Eficiencia

Se define eficiencia como la gestión racional de los recursos de salud disponibles, maximizando sus resultados. El Banco Mundial (1993) recomendó introducir varias medidas para mejorar la eficiencia: reducción a la mitad del gasto público asignado al tercer nivel de atención (porque es muy costoso en relación al beneficio que genera) y aumentar al doble o el triple la asignación pública al primer nivel (paquete básico, etc.), los dos niveles superiores serían financiados por los subsectores privado y de seguro social; crear incentivos basados en el desempeño de administradores y trabajadores de la salud, y entrenar y capacitar al personal. La evaluación de la OPS utilizó 19 indicadores para evaluar el impacto de la reforma en la eficiencia en la asignación y gestión de los recursos concluyó que: en la mitad de los países las reformas pueden estar contribuyendo a la introducción de mecanismos más eficientes de asignación de recursos pero sólo una minoría ejercita acciones intersectoriales y programas de prevención, ha mejorado los indicadores de la eficiencia global del sistema, y ha contribuido a la mejora de indicadores básicos de rendimiento hospitalario. Algunos de estos resultados coinciden con el temor expresado por diversos observadores que las acciones intersectoriales de alta externalidad y los programas de

prevención ocupen un lugar secundario en las políticas de reforma de salud (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a).

Dos expertos plantean que la mayoría de las reformas ha fallado en diseñar políticas de recursos humanos que hayan corregido los problemas e ineficiencia previos, entre otros: el predominio excesivo de médicos especialistas sobre médicos primarios, así como de médicos sobre enfermeras y personal paramédico; la concentración de instalaciones y personal sanitario en la capital y zonas urbanas; el desempeño de dos trabajos (uno público y otro privado) por los médicos, el alto ausentismo de estos y su falta de compromiso con las instituciones y los usuarios; la escasez de administradores profesionales, la selección del personal basado en razones políticas y favoritismo en vez de conocimientos y experiencia, y el pobre entrenamiento de los promotores de salud. Hubo ejemplos de políticas exitosas aplicadas antes de la reforma para corregir algunos de dichos problemas en Ecuador, Colombia, Costa Rica, México y República Dominicana, pero las reformas generalmente ignoraron dichas experiencias y asumieron que la productividad y la eficiencia serían mejoradas por un mercado competitivo y la flexibilización de los contratos laborales. Sin embargo, dichos expertos planatean que las reformas han fracasado en lograr muchos de dichos objetivos, por ejemplo, continúa la carencia de personal especializado en atención primaria, economía de la salud, comunicación e ingeniería sanitaria; el nombramiento de médicos por contratos a corto plazo no ha reducido el doble empleo ni ha aumentado el compromiso de aquellos con las instituciones; la corrupción y las diferencias de productividad en los hospitales continúan; la presión para reducir costos ha provocado una deterioro en el mantenimiento; y la flexibilización laboral ha tenido efectos adversos, así estudios sobre enfermeras en Argentina, Brasil, Colombia y México muestran incrementos tanto en la presión laboral y las tareas burocráticas (para las cuales no están entrenadas y restan tiempo de la atención de los pacientes), como en el doble empleo y la inseguridad, todo ello con consecuencias adversas en la eficiencia y la calidad de los servicios (Homedes y Ugalde 2003, 2005; Ugalde y Homedes 2005).

CUADRO 11

INDICADORES SELECCIONADOS DE EFICIENCIA, 1997 A 2004

(en porcentajes de nivel de atención y ocupación hospitalaria, y razón médicos por enfermera)

Países [a]	Gasto de Salud por Nivel de Atención (%) [b]			Ocupación Hospitalaria (%)			Razón Médicos por Una Enfermera		
	1	2	3	Público	S. Social [c]	Privado	Público	S. Social[c]	Privado
Bolivia				52,0 [e]	74,0 [e]		0,5		
Costa Rica	26,0	27,0	47,0	n.a.	81,7			2,8	
Cuba	29,7	46,6	24,7	69,4					
Chile	16,3	83,7						2,4 [f]	
Ecuador	18,8	81,2		47,4	57,5	37,0	1,6	2,3	8,0
El Salvador	12,0	41,0	47,0	88,4	66,1		1,5	3,0	
Guatemala				77,0			1,5	2,0	
Haití				42,0	n.a.	74,0			
Honduras	7,1	93,0		71,1		68,0	2,3	2,5	2,7
México	25,0	53,0	22,0	59,9	84,8		0,7	0,8	2,1
Nicaragua	31,0	61,0	0,0	66,7	66,5		1,3		
Panamá				63,7	68,8		1,3	0,8	
Paraguay				43,0	95,0				
Perú	38,0[d]	62,0 [d]			85,5	35,0	1,1		1,4
R. Dominicana	4,8	16,9	70,3	43,0	53,6		4,7	3,4	
Uruguay	4,4	95,6		64,3				4,5 [f]	
Venezuela	20,0	80,0		55,5	48,4		2,5		

Fuentes: Ver texto.

n.a.= no aplicable.

[a] No hay información de Argentina, Brasil y Colombia. [b] Seguro social único o principal en Costa Rica, El Salvador, México; público en Cuba, Chile, Perú, Uruguay y República Dominicana; gasto general en el resto. [c] En el seguro social único o principal. [d] También se da 60% y 40%. [e] En maternidad 58% en el público y 67% en el seguro social. [f] Razón en todo el sistema.

El Cuadro 11 compara tres indicadores de eficiencia disponibles en 10-13 países para 1997-2004, aunque la información del subsector privado es muy escasa (no se pudo obtener información de ningún subsector en Argentina, Brasil y Colombia). La asignación del gasto entre los tres niveles de atención (a mayor el porcentaje asignado al primer nivel mayor la eficiencia) disponible para 12 países indica que el objetivo del Banco Mundial de aumentar al doble o al triple la asignación al primer nivel y reducir a la mitad la asignación en los otros dos niveles superiores no se ha conseguido en la mayoría de los países, ya que el promedio no ponderado fue 19,4% para el primer nivel y 80,6% para los otros dos niveles; el primer nivel recibió: 4-12% en cuatro países (incluyendo 3 del grupo tardío-bajo), 16-20% en otros tres, y 25-38% en cuatro. La ocupación de camas hospitalarias (una ocupación baja implica subutilización) es baja o muy baja en la mayoría de los países para los que hay información, la más alta es en el seguro social (disponible en 11 países), seguida por el subsector público (14 países) y la menor en el privado (sólo 4 países), además países con muy baja cobertura tienen también baja ocupación. En el subsector de seguro social la ocupación fue: 48-47% en tres países (incluyendo Ecuador y República Dominicana con baja cobertura), 66-69% en otros tres (incluyendo El Salvador y Nicaragua) y 74-95% en cuatro; en el subsector público fue: 42-56% en seis países (incluyendo Haití, Ecuador, Paraguay, República Dominicana y Bolivia todos con baja cobertura), 60-69% en cuatro (incluyendo Nicaragua) y 71-88% en tres; y el subsector privado fue: 35-37% en dos países (El Salvador y Perú) y 68-74% en dos (Haití y Honduras); con la excepción de Haití, la ocupación privada fue inferior a la pública y/o la del seguro social, por ejemplo, 86% en el seguro social y 35% en el privado en Perú. No hay información suficiente del promedio de días de estancia para hacer una comparación, pero tiende a ser alta: 9,4 en Cuba: 6,7, 6,2 y 5,8 en el seguro social en Bolivia, Ecuador y Perú, y 5,3 en el público en Uruguay; si el promedio de días de estancia en Cuba se redujese a la mitad (5 días) la ocupación disminuiría a 34,7%; no hay cifras del subsector privado. La razón de médicos por una enfermera (una razón baja implica eficiencia, pues es menos costoso el personal de enfermería en muchas atenciones) es más alta en el subsector privado con un promedio no ponderado de 3,6, le sigue el seguro social con un promedio de 2,4, y la más baja en el público con un promedio de 1,7; en los tres países en que hay información de los tres subsectores (Ecuador, Honduras y México) se observó ese mismo orden, en Ecuador la razón en el público fue 1,6 y en el privado 8.

En varios países se reporta que no hay indicadores de eficiencia o políticas para evaluarla o es poco medida (Colombia, Ecuador, Haití, Honduras); en Costa Rica los convenios evalúan el cumplimiento de metas y se reporta que 97% de la áreas de salud las habían cumplido en 2001; en Chile la ley de 2004 dispone la introducción de convenios de desempeño con medición de costos, calidad y satisfacción de usuarios. La alta segmentación sin coordinación del sistema tiene un impacto adverso en la eficiencia (Bolivia). Tres países tienen varios sistemas de información que no están integrados entre sí (Costa Rica, México, Perú y Uruguay), mientras que en Nicaragua hay deficiencias serias en la información. Hay muy pocas cifras sobre productividad en los países y no están normalizadas para permitir comparaciones: en Colombia se informa un incremento de la productividad del personal en los hospitales de la capital de 30% en 1994-1997 pero una disminución de 14% en la del médico de familia; en Paraguay y Uruguay se desconoce la productividad o se reportan problemas. Hay largas listas de espera para la atención en varios países (Costa Rica, Panamá, Venezuela), Cuba reporta una reducción de las listas de cirugía y Nicaragua en las de consulta, pero la inmensa mayoría de los países no da información sobre esto. No hay incentivos para el desempeño del personal en Bolivia, Haití y Guatemala; tampoco los hay en el ministerio en Perú, sí en el seguro social pero se perciben como compensación a los bajos salarios (hay dos tipos de remuneración, una para los empleados antiguos y otra inferior para los nuevos); en Haití el ministerio es el segundo empleador del país; en El Salvador no hay incentivos para reasignar el personal concentrado en la capital hacia zonas rurales donde se le necesita; en Costa Rica los empleados del seguro social gozan de permanencia, su remuneración se determina principalmente por la antigüedad, ajena al rendimiento, y el proceso de despido de empleados incompetentes es complejo y prolongado. Varios países han aprobado leyes recientes (2002-2005) o

están en proceso de introducir incentivos para conectar la remuneración con el desempeño: Costa Rica, Chile, Ecuador, República Dominicana y Venezuela. Las escuelas de medicina han aumentado el número de matriculados y/o egresados notablemente en Cuba (72% en 2001-2004) y El Salvador, aunque hay un excedente de esos profesionales. Ya han sido analizadas la descentralización y la competencia (secciones E-3 y E-4**)**, mientras que los costos administrativos serán estudiados en la sección siguiente. A continuación el análisis de los países.

Argentina. La segmentación del sistema de salud y fragmentación de las OS resultaba en una baja eficiencia y altos costos. Las OS tenían una razón de 7,7 empleados por 1,000 asegurados; los sindicatos eran dueños de las OS y no ejercían control adecuado de los salarios del personal; los excedentes presupuestarios eran invertidos en actividades no sanitarias; debido a que los afiliados no podían cambiar la OS si ésta quebraba, el gobierno usualmente le extendía un crédito para evitar que los asegurados quedaran sin protección; el desperdicio y la corrupción era comunes (Jack 2000). Las medidas para aumentar la eficiencia incluyen la libertad de elección, la desregularización de las OS, el aumento de la competencia, la autorización a los hospitales descentralizados para nombrar, ascender y reubicar al personal dentro de las estructuras aprobadas, así como imponer sanciones, y la creación de un fondo de redistribución mensual entre todo el personal del hospital basado en criterios de productividad y eficiencia. Pero no hay estadísticas que permitan evaluar el impacto de estos cambios en la eficiencia (OPS 2005a). En 2004 la Superintendencia comenzó a aplicar una metodología para determinar la relación entre la capacidad de pago de las OS (la recaudación necesaria para solventar sus deudas) y un índice de gestión o desempeño que incluye diversos indicadores. Algunas OS han introducido incentivos en el primer nivel de atención, como monto fijo por hora a cada médico, con un tope de pacientes a atender por hora (Torres 2004, 2005a).

Bolivia. La alta segmentación del sistema de salud provoca una baja eficiencia. El porcentaje del gasto público dedicado a salarios aumentó de 51,4% en 1990-1994 a 81% en 1999-2001, mientras que el correspondiente a inversión cayó de 14,6% a 6%; en el último período sólo 10% se asignaba a medicinas y otros insumos lo que transfería la carga para su compra a los hogares. A pesar de una década de descentralización, los recursos humanos del subsector público siguen siendo administrados por el ministerio y hay evidencia de pérdida de tiempo del personal en actividades no productivas, ausencias injustificadas, excesivo entrenamiento y huelgas frecuentes, además la tasa de cambio del personal se estimó entre 10% y 30% anual pero aumentaba a entre 50% y 100% en tres distritos. La atención se concentra en las mañanas porque 30% de los médicos en el subsector público trabajan a tiempo parcial, unas 3 horas diarias. No hay incentivos conectados con la productividad del personal, en 2000, 80% de la nómina iba al pago de salarios y contribuciones y el 17% restante se asignaba según la antigüedad, afiliación sindical, especialización y localidad del trabajador (pero no hay incentivos para atraer al personal a las áreas rurales que sufren déficit severo). En 2001 el porcentaje de ocupación hospitalaria en el subsector público era 58% en maternidad y 52% en el resto (a pesar de la baja cobertura de la población y graves necesidades), mientras que en el seguro social era 67% y 74% respectivamente; el promedio de días de estancia en el seguro social era 6,7 muy alto) y en el subsector público era 4,6. La razón de médicos por enfermera en el subsector público era 0.5 incluyendo las enfermeras auxiliares (excluyéndolas la razón se elevaba a 3,2) pero la razón en todo el sistema aumentaba a 1,9, debido a razones mucho más altas en el seguro social. Se estima que para resolver el déficit de personal habría que aumentar el número de médicos en 50% pero el de enfermeras profesionales en 320% y el de enfermeras auxiliares en 190%. En 2001 el 60% de los médicos y las enfermeras del subsector público trabajaba en instalaciones del tercer nivel y sólo 40% en el primer y segundo niveles; en 2002 se contrataron 2,000 médicos y enfermeras, dos tercios de los cuales se asignaron a los dos primeros niveles de atención pero con mala distribución urbano-rural, así había un excedente de médicos en instalaciones urbanas y un pequeño déficit de enfermeras, mientras que en las instalaciones rurales había un déficit de médicos de 5% y el de enfermeras era del 60%. No hay

información sobre cuanto hay que esperar para las consultas, exámenes de laboratorio y cirugía. Tampoco se obtuvieron cifras sobre la distribución de los recursos por nivel de atención, pero el nuevo mecanismo de financiamiento puede generar incentivos en favor de la provisión de atención hospitalaria en desmedro del primer nivel (Banco Mundial 2004).

Colombia. La eficiencia puede medirse en parte por la productividad agregada de los hospitales y la de estos en Bogotá aumentó 30% entre 1994 y 1997, pero también hubo un incremento en los gastos de personal no compensado por el referido aumento y la productividad del médico de familia disminuyó 11% en dicho período. Al parecer a mayor complejidad mejor eficiencia y viceversa (Felizzola 2002; Homedes y Ugalde 2003). Hay un complejo y demorado flujo desde que el Ministerio de Salud y el FOSYGA giran los fondos hasta que estos llegan a las IPS, y el mecanismo de intermediación es el mayor culpable de la traba y de desviaciones en el flujo y la aplicación de recursos (Málaga y otros 2000). La OPS (2005) identifica los siguientes problemas: carencia de políticas y estrategias para la evaluación del desempeño, así como escaso conocimiento de la gestión de recursos humanos sobre la productividad y calidad de la atención; tendencia a la proliferación de contratos externos para actividades sustantivas; precarización de las condiciones de trabajo y deterioros de la moral y la motivación (33% de los médicos carecen de contratos estables), y preocupante éxodo de especialistas hacia el extranjero.

Costa Rica. Para mejorar la eficiencia, el seguro social asigna los recursos financieros mediante compromisos de gestión, basados en metas de cobertura, productividad y calidad. En 2001, 97% de las áreas de salud cumplieron dichas metas y 85% de los hospitales con un rango de 70% a 99% (OPS 2005a). Pero las listas de espera se incrementaron por más de 18 meses en el decenio del 90; el número de hospitales con listas de espera mayores de tres meses para cirugía aumentó 88% entre 2000 y 2001 (cuando había 14,000 personas en lista), las más prolongadas en ortopedia, traumatología y ginecología; en 2002 había 4,312 personas en lista para urgencias, y en 2000 las consultas con especialistas y ciertos exámenes podían demorarse hasta seis meses en realizarse (Programa Estado 2002; Banco Mundial 2003,[158] Martínez y Mesa-Lago 2003; OPS 2005a). Los estatutos del servicio civil que se aplican a los profesionales determinan su reclutamiento y evaluación: los trabajadores gozan de permanencia en sus puestos; su remuneración es largamente determinada por la antigüedad ajena al rendimiento; los procesos para despedir a empleados incompetentes o irresponsables son complejos y prolongados, y los sindicatos apoyan fuertemente esta situación y se oponen a los cambios (Sojo 2001a). Se están promoviendo nuevas alternativas de contratación y pago: un componente presupuestario variable, parte del cual se asigna a un fondo de incentivos; premios y castigos monetarios y no monetarios, individuales y colectivos, conectados con el desempeño (Martínez 2005); también ha disminuido la creación de puestos adicionales, lo cual ha provocado oposición sindical y conflictos laborales. Pero el sector confronta una insuficiencia de personal entrenado para desempeñar las nuevas funciones administrativas en el nivel central, así como las funciones de salud en el nivel periférico bajo el nuevo modelo de atención (OPS 2005a).. La distribución del gasto entre los tres niveles en 2000 fue: 26% en el primero, 27% en el segundo y 47% en el tercero (muy alta); la asignación al primer nivel aumentó de 12% en 1994 (antes de la reforma), aún así, se ha estimado que dos terceras parte de la consulta externa podría resolverse en el primer nivel (Programa Estado 2002). El porcentaje de ocupación hospitalaria en el seguro social aumentó de 80,5% en 1999 a 82,7% en 2001 y descendió a 81,7% en 2003 (aún uno de los más altos en la región), mientras que el promedio de días de estancia no mostró cambios importantes en 1999-2003 y promedió 5,5 a nivel nacional (CCSS 2005). Pero se

[158] El Banco Mundial (2003) considera que el aumento de las listas de espera es un elemento importante para desviar la una parte de la demanda del seguro social hacia el subsector privado. Sostiene que las cooperativas contratadas por la CCSS para proveer atención primaria muestran una mejor eficiencia (incluyendo tiempos de espera más cortos) que la provisión directa por clínicas de la CCSS (La Forgia 2005).

registraron variaciones importantes entre los hospitales e 2000: así la ocupación alcanzaba 95,4% en la capital (explicando en parte la larga espera para cirugía), pero descendía a 48,2% en un hospital de la región Chorotega y 62-68% en tres hospitales de la región Brunca, ambas las más pobres del país; el promedio de días de estancia de 5,5 aumentaba a 7,7 días en los hospitales nacionales, pero descendía a 3,5 días en la región central norte. La razón de médicos por enfermera en la CCSS fue 2,8 en 2000, bastante alta (CCSS 2001).

Cuba. Las reformas del decenio de los años noventa para enfrentar los resultados adversos de la crisis económica se encaminaban a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, garantizar la sostenibilidad especialmente financiera del sistema (ver sección F-6) y reducir las desigualdades remanentes (ver sección B-2) y se discutirá el segundo más adelante. Aquí nos concentraremos en la mejora de la eficiencia entre cuyas metas específicas estaban eliminar las listas de espera para cirugía, reducir el promedio de estancia hospitalaria, disminuir el número de camas hospitalarias vacantes en 10%, y asignar más recursos al primer nivel de atención (OPS 2005a). Una experta cubana explica que no era factible continuar un sistema con 1,500 unidades y 66,000 camas, de ahí que aparecieron términos antes no usados como “costos de oportunidad” y “evaluación económica”, porque era imposible mantener los avances si no se aprovechaban mejor los escasos recursos disponibles y se mejoraba su eficiencia (Benítez 2003: 15). Los resultados de esta nueva política son mixtos, entre los positivos: las listas de espera para cirugía se redujeron de 20,815 en 1998 a 11,439 en 1999, el número de camas hospitalarias reales por 1,000 habitantes disminuyó de 6,1 en 1997 a 5,2 en 2000, y el promedio de días de estancia que había aumentado de 9,2 en 1980 a 10,4 en 1993 se cortó a 9,4 en 2000 (Mesa-Lago 2003a; OPS 2005a). Pero la ocupación hospitalaria continuó disminuyendo de 78,5% en 1990 a 69,4% en 2000 y, si el promedio de días de estadía se hubiese reducido de 9,4 a 7 días (más acorde con normas internacionales), la ocupación hospitalaria hubiese descendido a 51,7% en 2000. Más aún, la ocupación de los hospitales rurales cayó de 57% a 45,5% en 1990-2000, y la de los hospitales de pediatría también descendió de 61,5% a 56,4% en el mismo período. La asignación de recursos en los tres niveles empeoró entre 1994 y 1997: el primer nivel disminuyó de 36,1% a 29,7%, mientras que el segundo nivel aumentó de 45.2% a 46,6% y el tercer nivel creció de 19,7% a 24,7%. Además, se siguen asignando recursos escasos a reducir aún más la mortalidad infantil que es la más baja en el continente después de Canadá, mientras que la infraestructura de agua potable y alcantarillado ha continuado su severo deterioro (Mesa-Lago 2003a; OPS 2005a). Por último, el número de médicos por 10,000 habitantes en Cuba es el mayor con creces en la región y la matrícula en ciencias médicas disminuyó 35% entre los cursos de 1990/91 y 2000/01, pero aumentó en 72% entre los cursos de 2000/01 y 2003/04 (ONE 2004).

Chile. Ha tenido poco éxito el intento de mejorar la eficiencia en el sistema público a través de la substitución de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda (ver sección F-4). Además, según una experta, “lamentablemente” fracasó un plan piloto que incorporaba la administración privada en establecimientos públicos y su potencial privatización total para aumentar la eficiencia (Cifuentes 2000). La principal partida del gasto de salud en el subsector público es la remuneración de los empleados (38% en 2002), pero como ésta no está ligada con la productividad y el desempeño, sino con la antigüedad, los incrementos de salarios no necesariamente reflejan mejoras en los servicios sanitarios (Titelman 2000; FONASA 2004). Se pospuso un proyecto legal en 1995 que sumaba a la antigüedad de la carrera del funcionario el reconocimiento al desempeño, el mérito y la eficacia; fomentaba la asignación de responsabilidades individuales, y entrelazaba el reconocimiento del desempeño individual con el institucional (Sojo 2001a). En cuanto al sistema privado, en la medida en que las utilidades de las ISAPRES están altamente correlacionadas con la selección de riesgos, ellas tienen fuertes incentivos para evitar la afiliación de personas con alto riesgo en vez de promover mejoras en la gestión de los recursos y la eficiencia. Las ISAPRES, salvo una, son entidades intermediaras que no han integrado verticalmente las funciones de aseguramiento, financiamiento y provisión, y utilizan de forma predominante el pago a proveedores

por acto médico lo cual incrementa el gasto. La movilidad entre ISAPRES a partir de 1995, favorece la competencia pero promueve la ineficiencia porque las ISAPRES abiertas no tienen incentivo para ofrecer programas de salud preventiva que podrían reducir sus costos a largo plazo.[159] Por último hay incentivos perversos que aumentan los gastos, por ejemplo, para que los médicos sobre-prescriban prestaciones y hagan cirugía de cesárea en vez de un parto normal, y para que el paciente presione al médico a fin de que éste le otorgue licencia por enfermedad (Bitrán y Almarza 1997). La proporción del gasto público de salud en la atención primaria aumentó de 11.2% a 16,3% entre 1990 y 2000 (aún baja), mientras disminuyó de 88,8% a 83,7% en la secundaria-terciaria; no se obtuvo información similar de la distribución del gasto privado pero su predominio aún mayor de la atención secundaria-terciaria debe afectar la distribución global. La relación de médicos por una enfermera era de 2,4 en 2000; por otra parte, se reporta una disminución del promedio de días de estadía en los hospitales, así como un aumento en el número de egresos por cama (OPS 2005a).

El actual gobierno de Chile pone énfasis en la eficiencia pero no a través de una mayor privatización sino mediante el mejoramiento de la gestión, el uso de los recursos humanos y los estímulos al desempeño.[160] A ese efecto la ley de Autoridad Sanitaria de 2004 introduce varias medidas: (a) crear establecimientos de autogestión (comenzando con 56) con convenios de desempeño, procedimientos de medición de costos, calidad y satisfacción de los usuarios, sometidos a evaluación y control; (b) incrementar los recursos a los servicios de salud dependiendo de la demanda efectiva por prestaciones que estos enfrenten; (c) someter anualmente a los funcionarios a un sistema de acreditación de competencia en sus cargos y establecer una asignación de estímulo al desempeño del personal, con un componente vinculado al cumplimiento anual de metas y mejora de la atención al usuario;[161] (d) aumentar la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos para asignar el personal entre los hospitales y clínicas, evitando la inamovilidad pero respetando la estabilidad; (e) controlar el incumplimiento del horario y la atención de pacientes privados sin el respectivo convenio y controlar el ausentismo del personal; (f) establecer metas sanitarias y controlar su cumplimiento, y (g) terminar con el fraude, el abuso de los subsidios de salud y el pago de prestaciones a pacientes no indigentes (“Mensaje...” 2002; Ley 19,937 de 2004).

Ecuador. “La eficiencia es una variable poco medida en los servicios públicos”; se reporta que el sistema está plagado de problemas laborales, ausencia de incentivos y regulación de las carreras, y desinformación entre trabajadores y niveles operativos respecto al proceso de reforma (OPS 2005a: 24). La ley del sistema nacional de salud de 2002 encarga al ministerio el desarrollo de la carrera sanitaria, régimen laboral y salarial, impulso de la productividad, control de la calidad de los servicios e introducción de incentivos basados en evaluación del desempeño (LOSNS 2002). Del gasto público en 1999, 18,8% fue preventivo y 81,2% curativo. La ocupación hospitalaria en el subsector público disminuyó de 57,1% en 1990 a 47,4% en 1999 (muy baja), mientras que el promedio de estadía declinó de 7 a 5,2 días en dicho período (aún alto); en el seguro social la ocupación cayó de 84,7% en 1990 a 57,5% en 2000 y luego aumentó a 72,9% en 2003 (53-56% en dos regiones), y el promedio de estadía menguó de 8,3 a 6,3 días en todo el período (aún muy alto); en el subsector privado sólo hay información para 1990, 37% de ocupación, la más baja de los tres subsectores (55,5% con ánimo de lucro y 13,6% sin ánimo de lucro) y un promedio de 3,8 días de

[159] El sistema público tiene a su cargo la enorme mayoría de las acciones preventivas como la promoción, la inmunización y los controles de la madre y el niño.

[160] Por el contrario, Borzutzky (2006) argumenta que en 2003 el gobierno intentó privatizar los nuevos hospitales para ahorrar recursos públicos y mejorar la eficiencia, pero que el proyecto fracasó debido a la oposición del Colegio Médico e incluso miembros de la Concertación.

[161] Para el personal auxiliar técnico y administrativo, el componente de base es 5,5% y el variable oscila entre 2,75% y 5,5%; para los profesionales hay un componente de acreditación individual que depende de los años de servicios y oscila entre 3% y 5,5%, y para los directivos hasta un 11% basado en obtener un establecimiento autogestionado y el cumplimientos de las metas (Ley 19,937 de 2004).

estadía (4,2 y 2,6 respectivamente, también las más bajas). La relación de médicos por una enfermera en 1999 fue 1,6 en el ministerio, 2,3 en el seguro social y 8,0 en el subsector privado con ánimo de lucro (Mesa-Lago 1993; IESS 2005; OPS 2005a).

El Salvador. Hay una graduación excesiva de médicos (su número se triplicó en el decenio de los años noventa), algunos con formación deficiente, provocando sobreoferta, desempleo e inestabilidad laboral. Además hay alta concentración del personal en la capital y las ciudades mayores debido a falta de incentivos; la ausencia de regulación permite jornadas cortas y el servicio a varias instituciones o establecimiento de una institución. Recientemente se han introducido algunos mecanismos de estímulo al desempeño del personal de los establecimientos públicos para promover la productividad. En 1998 la distribución del gasto en el seguro social fue 12% al primer nivel, 41%% al segundo y 47% al tercero, mientras que en el ministerio fue 33%, 39% y 28% respectivamente, aunque la asignación al primer nivel fue mayor en el ministerio éste es el encargado de proveer la prevención, promoción, educación y atención primaria a la gran mayoría de la población. La ocupación hospitalaria en el ministerio aumentó de 85,6% en 1999 a 89,9% en 2000 y disminuyó a 88,4% en 2001 (alta), mientras que la del seguro social cayó sostenidamente de 77,7% a 75,5% y 66,1% (baja) en los mismos años; el promedio de días de estancia fue de 5 en ambas instituciones en 2000; la más baja fue la de los hospitales de la fuerzas armadas: 52% en 1998 con 6 días promedio de estancia, lo que indica una subutilización considerable. La razón de médicos por una enfermera en 2000 era 1,5 en el ministerio, 3,0 en el seguro social y 3,4 en las fuerzas armadas (Mesa-Lago 2001b; MSPAS 2001b; ISSS 2002; OPS 2002b, 2005).

Guatemala. La segmentación del sistema de salud resulta en una baja eficiencia; no hay incentivos para conectar el salario con el desempeño y la productividad no es un criterio para la asignación de recursos presupuestarios. La relación de médicos por enfermera era 2:1 en el seguro social y 1,5:1 en el ministerio, mientras que la tasa de ocupación hospitalaria era de 77% en el ministerio en 2000 (OPS 2005a). No hay carrera administrativa y ocurre una proliferación de puestos de confianza; se reportan deficiencias en procesos de compra en varios hospitales y precios diversos en la adquisición de medicamentos por proveedores del IGSS que indica que no se evaluaron costos-beneficios (Balsells 2002).

Haití. Hay poquísima información sobre eficiencia pero la existente (1997-1999) indica que es muy baja: el ministerio es el segundo empleador del país y no hay planificación de personal, ni se sabe cuantos son los trabajadores de salud totales, ni hay incentivos al desempeño; el sistema de información no está al día y no es confiable; el ministerio intenta controlar todo centralmente pero no es capaz de hacerlo; la ocupación hospitalaria en el ministerio era de 42% pero aumentaba a 74% en el privado y 80% en el hospital universitario (OPS 2005a).

Honduras. El seguro social adolece de varios problemas de eficiencia: carencia de un sistema de información computarizada y actualizada (en 2003 se había avanzado en este aspecto), modelo esencialmente curativo, pobre control en el abastecimiento y manejo de medicamentos (se está en proceso de desarrollar un inventario de medicamentos), lentitud en el trámite de atención a los beneficiarios, esquema de pago a los servicios contratados que no promueve incentivos de costo-efectividad ni relaciones entre los niveles de atención, falta de premios a la buena gestión gerencial y de sanciones por incumplimiento de metas y compromisos, así como ausencia de un programa continuo y sistematizado de evaluación y seguimiento. En el subsector público también faltan mecanismos de estímulo al desempeño del personal y para promover la productividad. Sólo el 7% del gasto de salud se dedicó a promoción y prevención y el restante 93% a los otros dos niveles de atención (Durán 2003). En 1999, la ocupación hospitalaria era muy baja: 68% en el seguro social y 71,1% en el ministerio, mientras que la razón de médicos por una enfermera era muy alto: 2,3 en el ministerio, 2,5 en el seguro social y 2,7 en el privado (basado en Durán 2003; IHSS 2003).

México. No existía, al menos hasta 2001, un sistema nacional de información porque cada institución tenía el suyo propio funcionalmente desconectados entre sí (OPS 2005a). La distribución

del gasto por niveles de atención en 2000 en el IMSS era 25% al primer nivel y 75% a los dos otros dos niveles, mientras que en el ISSSTE eran 31% y 69% respectivamente. En muchas ciudades se encuentran hospitales de la SSA, IMSS, ISSSTE y del estado, a veces a corta distancia entre ellos, con considerable duplicación y subutilización de sus camas (Dávila y Guijarro 2000). El porcentaje de ocupación en todos los hospitales aumentó de 65,5% en 1995 a 67,8% en 2001 y 69,7% en 2002 (aún bajo), en 4 estados ascendía a 82-87% y en cuatro estados descendía a 56-61% (INEGI 2005). Información desagregada de 2000 muestra que la ocupación era de sólo 60.9% en el segmento no asegurado (muy baja) con un promedio de estadía de 3,8 días (en SSA bajaba a 59,9% y aumentaba a 3,9 días, mientras que en IMSS-Solidaridad/Oportunidades era de 94,1% y 3,3% respectivamente); en el segmento asegurado los promedios aumentaban a 74,6% y 4,5 días; en el IMSS la ocupación disminuyó de 88% en 1996 a 84,4% en 2003 (aún alta) mientras que el promedio de días de estancia se estancó en 4,6; las dos entidades de las fuerzas armadas tienen la ocupación inferior 18-31% y también la estancia 3-3,7 días. La razón de médicos por enfermera era de 0,8 en 2003, oscilando de 0,7 en SSA a 0,9 en ISSSTE y PEMEX, pero en el subsector privado aumentaba a 2,1, un indicador de ineficiencia; alrededor de 27% de los médicos y 43% de la enfermeras estaba subempleados o inactivos, con una tasa de desempleo entre la mujeres 3 o 4 veces mayor que entre los hombres (SSA 2004a; IMSS 2005b; OPS 2005a). El programa de seguro popular de salud requiere un aumento de la eficiencia, especialmente en el control de los precios de los medicamentos que es su gasto principal (Nigenda 2005).

Nicaragua. En el seguro social el sistema de contabilidad es obsoleto y requiere una separación por programas, hay deficiencias serias en el sistema general de información (por ejemplo, falta de identificación de los asegurados dependientes) por su bajo nivel de automatización, y considerable rotación en el alto nivel gerencial. La ocupación hospitalaria mostró una tendencia decreciente desde 1990 y era 66,5% en 1994 (baja), no hay cifras actualizadas, mientras que el promedio de estadía aumentó de 1,4 en 1994 a 4,5 en 1997 y se redujo a 2,3 días en 2000-2003 (muy bajo, pero casi el doble que al inicio). El tiempo de espera para ser atendidos en las EMP disminuyó de 65 minutos en 1996 a 53 minutos en 2000, pero no se dio información sobre la espera para exámenes de laboratorio, cirugía y otros procedimientos (Mesa-Lago *y otros* 1997b; Quintanilla 2001; La Forgia 2005). En el ministerio, el porcentaje de ocupación hospitalaria en 2000 era 66,7% (bajo), aunque el promedio de 4,2 días de estancia era adecuado (pero el casi el doble que en las EMP); había una relación de 1,3 médicos por una enfermera; el tiempo de espera para atención ambulatoria era de 78 minutos. En los convenios firmados por el ministerio con los hospitales y centros de salud pilotos se han introducido incentivos al desempeño del grupo y la institución (OPS 2005a), pero dos tercios de los ingresos provenientes de la operación de sus EMP y subcontratación hospitalaria se dedican a aumetar los sueldos de los médicos. La eficiencia en el sistema de EMP no ha sido tan importante como se esperaba: el pago per capita a las EMP afecta en forma adversa la cantidad y calidad de su atención; además casi todas las EMP pagan a sus subcontratistas basados en honorarios por servicios en vez de un per capita o un monto fijo por caso específico que generarían mayor incentivo para controlar costos; y los médicos contratados por las EMP reciben un sueldo fijo sin ningún incentivo para estimular su productividad (La Forgia 2005).

Panamá. Los problemas administrativos del seguro social incluyen exceso de personal administrativo (ver sección siguiente**);** concentración de los servicios que se encuentran a menudo alejados de los asegurados, escasez de personal en algunas especialidades médicas y falta de capacitación y pobre motivación e incentivos; largas esperas para la consulta y aún más para la cirugía, aunque en algunos hospitales hay capacidad ociosa en las tardes y fines de semana; el horario de los médicos es de 8 horas y deben atender un número fijo de pacientes, pero en muchos casos son examinados en menos de 8 horas y algunos médicos remiten los pacientes a su propia consulta privada; relación creciente de 0,7 a 1,1 médicos por una enfermera entre 1992 y 2004 (1,3 en la CSS y 0,8 en el subsector público); escasez de medicamentos (entre 22% y 25% del cuadro básico en 2004), servicios de laboratorio y radiológicos, la compra de medicamentos se hace por

subasta pública pero las empresas perdedoras con frecuencia la impugnan y paralizan la compra, además no se lleva siempre un inventario lo que resulta en compra de medicamentos en existencia; ocupación hospitalaria decreciente de 72,5% en 1999 a 65,8% en 2003 (63,7% en el subsector público y 68,8% en la CSS); fraude en el otorgamiento de las licencias por enfermedad; y envío de asegurados a hospitales privados extranjeros para tratamiento cuando no existe en el país, decisión que se hace arbitrariamente y que costó US$5,4 millones en 1999-2004. Un estudio comparativo de 2000 sobre eficiencia entre el único hospital descentralizado (San Miguelito) y otros dos centralizados en la misma región con características similares utilizó 23 indicadores para medir el desempeño, en la mayoría de los cuales obtuvo resultados mejores el hospital descentralizado: productividad de los medicos y las enfermeras en emergencia (pero menor en consultas ambulatorias), acreditación de calidad y satisfacción de los usuarios; por el contrario, la cobertura de la población y la utilización de camas fueron menores y el costo unitario de la consulta ambulatoria y pediatrica fue la mayor y en otros servicios hubo resultados mixtos.[162] Algunas medidas comenzaron a ser tomadas a fines de 2004 como un sistema de compra de medicamentos por precio unitario que permitirá asegurar el abastecimiento oportuno, apertura de un policlínico que estuvo cerrado 3 años y reactivación de la cirugía ambulatoria en un hospital, e iniciación de un plan piloto para obtener citas de medicina general en varios policlínicos que se extenderá al 60% de las instalaciones de la CSS en 2005. Se planea una reforma para integrar los servicios de salud del seguro social y el ministerio en un sistema nacional de salud (Mesa-Lago 2000b, 2005a; CSS 2004; CSS/MINSA 2005; La Forgia 2005).

Paraguay. No hay estudios actualizados y periódicos sobre la eficiencia del gasto, se desconoce la productividad del sistema en conjunto, y no se tiene información de los recursos humanos en el subsector privado y el destino de sus gastos. La asignación del gasto del subsector público sigue la base histórica y la mayoría se destina a salarios; hasta 2001 no se habían introducido cambios en reclutamiento, asignación de puestos de trabajo, número de trabajadores, mecanismos de despido, etc. Problemas detectados por la OPS (2005) eran: inadecuada información y red de comunicación; deficiente nivel de dotación y de capacitación de recursos humanos en la mayoría de las áreas de servicio; infraestructura física y de equipo deteriorada y con poco mantenimiento, sólo 58% de los hospitales de segundo nivel cuentan con el equipo mínimo requerido y de estos 53% está fuera de servicio, mientras que sólo 36% cuentan con el equipo mínimo y de estos 45% necesitan reparación y mantenimiento; y una ocupación hospitalaria en el subsector público de sólo 43% en 1999, aunque en el seguro social era 75% (otra cifra dada en el mismo año fue 95%).

Perú. Se afirma que hay "ineficiencia del sistema en su conjunto": 15% de los equipos de alta complejidad comprados y entregados a los establecimientos del ministerio en 1995-1998 se encontraban inoperativos en 1999; coexisten diversos sistemas de información no integrados entre sí; la ejecución presupuestal nacional no está disponible, se demora y requiere esfuerzos adicionales de concertación interinstitucional; no hay una política sectorial de recursos humanos en el ministerio, ni tampoco una política de incentivos al desempeño del personal; EsSalud tiene un pago por productividad de los servicios pero del desempeño individual y el personal lo percibe como compensación a los bajos salarios; la flexibilización laboral amplió las causales de despido e impuso restricciones a la sindicalización y la negociación colectiva; sólo 6% de los trabajadores de la salud es personal de planta que recibe un incentivo económico por horario ampliado, el resto se contrata por 6-12 meses por servicios no personales (OPS 2005a). Ocurrió un despido masivo del personal antiguo en el ministerio y luego una contratación considerable de nuevo personal pero bajo el régimen de flexibilidad laboral sin beneficios sociales; aproximadamente una sexta parte del

[162] Se observaron algunos problemas portenciales en el modelo como un sólo comprador y proveedor de servicios (monopsonio y monopolio) que podrían negativamente afectar la eficiencia del mismo (La Forgia 2005).

personal está bajo dicho régimen laboral (MS 2002). Al hacerse el cambio del antiguo seguro social a EsSalud, los trabajadores transferidos mantuvieron el anterior régimen laboral al que pertenecían, pero los nuevos trabajadores contratados se rigen por el régimen laboral del sector privado (LCSSS 1999), lo cual crea discriminación y desincentivo. En 1999 se informó que la distribución del gasto en el ministerio era 60% en el primer nivel (con creces el más alto de la región) y 40% en los otros dos niveles, resultado de la focalización en prevención y el paquete básico (OPS 2005a). Pero el ministerio después dio cifras totalmente opuestas: descontando el gasto corriente administrativo, sólo 38% se asignaba al primer nivel (que atendía 70% de la demanda) y 62% a los otros dos niveles (que atendían 30% de la demanda), y se consideró que el modelo de atención privilegiaba la curación en desmedro de la promoción (basado en MS 2002). En 1997 la ocupación hospitalaria en el antiguo seguro social era 85% en Lima (que concentraba la mitad de todos sus asegurados) y el promedio de estancia era 9 días (muy alto), pero en las provincias la ocupación bajaba notablemente (Ferreira 1998). La ocupación hospitalaria promedio en EsSalud aumentó a 86,6% en 2000 y bajó a 85,5% en 2003 (similar a la anterior), mientras que el promedio de días de estancia creció de 5,5 a 5,8, pero implicó una disminución notable respecto al promedio de 9 días en 1997, pero aún relativamente alto (EsSalud 2004). La ocupación en las clínicas privadas era la más baja, pues promediaba 35% en 1997 y sólo cinco de ellas superaban 50%; a pesar de esta bajísima utilización y los altísimos costos fijos, no había ocurrido una reducción de las tarifas, un comportamiento contradictorio con la racionalidad económica que se atribuyó por el superintendente de las ISAPREs chilenas a la subsistencia de un estilo gerencial obsoleto por los dueños de dichas clínicas (usualmente médicos) que desdeñaban las exigencias de una utilización más eficiente (Ferreira 1998).

República Dominicana. Se reporta un alto grado de ineficiencia en el gasto de salud: alto porcentaje de personal administrativo en el total de recursos humanos; contratación centralizada del personal bajo clientelismo político; productividad del personal y ausencia de incentivos al desempeño (se están introduciendo algunos incentivos); falta de transparencia en la compra de medicamentos e insumos médicos; falta de documentos de identidad de gran parte de los afiliados y atraso en la implantación de la plataforma informática para la afiliación, registro y control de recaudaciones; una relación de 4,7 médicos por una enfermera en el ministerio y de 3,4 por una en el seguro social; un porcentaje de ocupación hospitalaria entre los tres más bajos en la región (43% en el ministerio y 53% en el seguro social en 1999); y consultas excesivas por emergencia en el ministerio. La asignación del gasto del ministerio era una de las más segadas de la región en 2001: sólo 4,8% a la atención primaria, 16,9% a la secundaria y 70,3% a la terciaria, ésta última fue la única que mostró una tendencia creciente desde 1997; esto es un obstáculo para la implantación de la reforma ya que la misma da prioridad a la atención primaria como la puerta de entrada al sistema, especialmente en los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado, por lo que habrá que incrementar substancialmente la asignación a dicho nivel. El avance de la reforma también está bloqueado por la ausencia de un censo de identificación de los potenciales beneficiarios, el alto número de personas sin documentos de identidad, y el lentísimo proceso de registro y validación de los afiliados y entrega de sus carné de identificación. Aunque la asegurada pública (SENASA) ha transferido recursos a los servicios nacionales de salud, estos se han quedado en depósitos bancarios porque no existía aún a mediados de 2004 la infraestructura gerencial para su asignación a los proveedores del paquete básico (Lizardo 2004; Rathe 2004; OPS 2005a).

Uruguay. El ministerio tiene un sistema nacional de información con datos de las IAMCs en cobertura, prestaciones, gestión económico-financiera y recursos físicos, también tiene en proceso un sistema de información sobre producción, rendimientos y costos de la proveedora (ASSE); pero no hay una red que integre los diversos sistemas de información computarizada en las instituciones y se reporta que la información disponible es poco utilizada por el ministerio, tanto a nivel central como local, y por las entidades privadas. No hay una política en recursos humanos, ni información sobre todos los recursos humanos sanitarios, se reportan serios problemas de

productividad, aunque algunos incentivos al desempeño del personal del ministerio, pero sin detalles. No existe un mecanismo formal de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención (Quijano 2002; OPS 2005a). El costo promedio de una unidad básica de atención de las IAMCs aumentó 70% en el período 1991-2002 y bajó en 2003 pero aún 49% sobre el nivel de 1991 (el doble del incremento de la inflación en el período); en la capital dicho costo era 49% mayor que en el interior en 2003 (MSP/BM 2004a). La distribución del gasto de salud público por nivel de atención en 1998 fue 4,4% en prevención (muy bajo) y 95,6% en los dos niveles curativos, mientras que en el subsector público 100% fue curativo (basado en OPS 2005a). La ocupación hospitalaria en el ministerio promedió 64,3% en 2003 (pero en 11 de los 19 departamentos la ocupación oscilaba entre 38% y 55%) con un promedio de 5,3 días de estancia; en los hospitales agudos la ocupación era mucho más baja (36,1%) y el promedio de días de estancia era igual. No se pudo obtener la ocupación en las IAMC pero el promedio de estancia era de 5,1 días en la capital y 3,7 en el interior en 2000. La razón general de médicos por una enfermera era 4,5 en 2000, la segunda más alta de la región (cálculos del autor basado en Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; MSP/ASSE 2005.

Venezuela. Hay largas listas de espera para cirugías y atención ambulatoria especializada y es frecuente la carencia o insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención, tanto en el subsector público como en el seguro social. Sin embargo la ocupación hospitalaria en el ministerio cayó de 61,6% a 55,5% entre 1996 y 1999 (entre las cinco más bajas en la región), mientras que el promedio de estancia creció de 5,5 a 6,1 días en el mismo período (el último relativamente alto); la ocupación en las instalaciones del IVSS fue menor: 48,4% en 1999 (78,3% en el estado de Bolívar, pero 15% en Carabobo, 28,9 en Anzoátegui, y 34,2% en Zulia). En 2000, 20% del gasto de salud fue asignado a promoción y prevención mientras que el restante 80% fue destinado a curación, rehabilitación, enfermedades catastróficas y medicinas. La población congestiona la consulta en instalaciones de alta complejidad, debido a las deficiencias del primer nivel (D'Ella 2002). A pesar que el 86% de los equipos estaba en condiciones defectuosas o fuera de uso, el presupuesto de 2000 destinó sólo 7,6% a conservación y mantenimiento de dichos equipos y el 24% del personal de mantenimiento posee una formación empírica. La razón de médicos por una enfermera aumentó de 2 a 2,5 entre 1996 y 1999 (7,6 en el programa de los maestros). No existe información sobre la productividad media del personal de salud en las principales instituciones públicas aunque se reporta que las ausencias del personal son frecuentes (OPS 2004c, 2005). La ley orgánica de seguridad social de 2002 dispuso que los empleados de los entes de seguridad social se regirían por un estatuto que crearía la carrera del funcionario de seguridad social, a fin de mejorar el proceso de selección y remuneración de los recursos humanos, pero dos años y medio después, no se había cumplido con dicho mandato. El proyecto de ley de salud en debate en 2005, establece que la asignación de recursos a los establecimientos del SPNS se hará de acuerdo con factores demográficos y epidemiológicos de las poblaciones a cargo, así como de la productividad de los establecimientos, y que se introducirán incentivos a los profesionales y trabajadores para promover la calidad, eficiencia, capacitación y el desempeño individual y colectivo, a más del cumplimiento de metas incluyendo el control de costos. No obstante, el proyecto deja los procedimientos para implantar dichos aspectos al futuro reglamento de la ley aún no aprobada (el reglamento de la ley orgánica de seguridad social no había sido aprobada en junio de 2005, 2 ½ años después de promulgada dicha ley), por lo que su realización no se materializará por mucho tiempo (RBV 2004).

8. Costos administrativos, de venta, publicidad y utilidades

Según el Banco Mundial (1993) la diversificación de proveedores y la competencia entre ellos reducirán los costos administrativos, a cuyo efecto es necesario generar y diseminar información sobre la acreditación y desempeño de los proveedores, así como del costo y efectividad de la atención. Pero la sección anterior mostró que en muchos países los sistemas de información o son incipientes o no están integrados o son deficientes; también se vio (sección E-4) la escasa

información que existe sobre el número de aseguradoras o proveedoras, su grado de concentración, etc., mucho menos información existe sobre su desempeño; por último, también se han analizado las deficiencias en la acreditación de los proveedores en la mayoría de los países (sección D-3). La OIT (2000b) plantea que las reformas no han evitado el incremento de los costos, tanto en términos absolutos como en porcentaje del PIB y que el aumento en los costos puede reflejar precios más altos en vez de más y mejores servicios. Según tres expertos, las reformas no han traído mejoras significativas en la administración y utilización de recursos que resulten en costos más bajos. La asimetría de la información limita el funcionamiento de los mercados: las aseguradoras o proveedoras tienen información muy superior al usuario lo cual impide a éste determinar que servicios son mejores a un costo determinado y hacer una selección informada (Titelman, Uthoff y Jiménez 2003). También se aduce que existe un conflicto entre control de costos y satisfacción del usuario, así los sistemas de reembolso con mayor cobertura financiera y completa libertad de elección de proveedoras son los más costosos (como Chile), mientras que los que tienen una red cerrada de proveedores propios o preferidos muestran mejor control del costo pero también mayor insatisfacción de usuarios (Cifuentes 2000). El segundo argumento es imposible de constatar de manera comparativa regional, por la ausencia de encuestas periódicas de satisfacción de usuarios en dos tercios de los países (ver sección D-3 y Cuadro 5).

Un serio obstáculo para medir y comparar el costo administrativo (peor aún para evaluar el impacto de la reforma en el costo), es la falta de estadísticas normalizadas: los costos se calculado predominantemente como un porcentaje del gasto (en dos países sobre el ingreso), en uno de los subsectores o en dos combinados o en todo el sistema; también pueden encontrarse cifras del gasto que se asigna a personal o salarios. El Cuadro 12 resume toda la información disponible en 18 países: en 2 de ellos no fue posible obtener cifra alguna (Cuba[163] y Haití[164]); en 7 países sólo información de un subsector (Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Panamá, Paraguay y Venezuela); en 7 países se captaron cifras de dos subsectores (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua) y sólo en 3 países estadísticas de todo el sistema (Chile, Perú, República Dominicana y Uruguay). Fue imposible hacer la comparación en un año dado, pues la estadísticas se obtuvieron en años diversos del período 1999 a 2004.

[163] Cuba no publica estadísticas de costos administrativos de la salud pero los gastos generales del ministerio son dos o tres veces superiores al promedio internacional; además el programa separado para fuerzas armadas, seguridad interna y alta dirigencia es muy costoso y su integración al SNS podría generar economías de escala (Mesa-Lago 2003a).

[164] En 1999, 22% de personal del ministerio era puramente administrativo (OPS 2005a).

CUADRO 12

CIFRAS NO NORMALIZADAS DE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS EN LOS TRES SUBSECTORES, 1999 A 2004

(Costo administrativo en porcentajes del ingreso o del gasto)

Países [a]	Público	Seguro Social	Privado
Argentina		8% o menos del ingreso en 79% de las OS y 8-15% del ingreso en 21% de OS	
Bolivia		Tope de 10% del gasto total, pero se excede	
Brasil	22% del gasto del sistema único de salud; 50% va a personal		
Colombia	15,4% del ingreso de todo el sistema		18,3% del gasto de las EPS
Costa Rica	[b]	4% del gasto de EM, 61% a personal	
Chile	1% del gasto de FONASA,[c] 36% va a personal		17,5% del gasto de las ISAPRES [c]
Ecuador	74% del gasto va a personal	16,7% del gasto de EM; 46% a personal	
El Salvador	73% del gasto del ministerio va a salarios y operación	66% del gasto va a salarios y operación	
Guatemala	48% del gasto va a personal	10,6% del gasto de EM; 48% a salarios	
Honduras	10,4% del gasto del ministerio y seguro social combinados	Tope del 20% del gasto total	
México	15,5% del gasto de los estados, 70% del gasto va a personal	70,3% del gasto de EM va a personal y costo laboral	
Nicaragua	17,5% del gasto del ministerio; 70% a personal	10,6% del gasto total; 64% del gasto de EM va a personal	
Panamá		4,7% del gasto total; [d] 64% a salarios	
Paraguay	15,3% del gasto del ministerio		
Perú	22,5% del gasto del ministerio	65,3% del gasto de EM; 45,5% va a personal	17% del ingreso por cotización
República Dominicana	14,1% del gasto del ministerio y seguro social combinados	43% del gasto total va a personal	33,6% del gasto del subsector
Uruguay	32,7% del gasto va a salarios	5,2% del gasto del seguro de enfermedad; 55% va a personal	53% del gasto va a salarios [e]
Venezuela		15,6% del gasto total	

Fuente: Ver texto

EM= programa de enfermedad-maternidad del seguro social.

[a] No publica información de Cuba y Haití.

[b] En 1999 se reporta un gasto administrativo de 30.9% del gasto total de lo subsectores público y seguro social combinados.

[c] En 2003, el promedio del gasto administrativo por beneficiario de las ISAPRES era 26 veces mayor que el promedio por beneficiario de FONASA.

[d] El gasto administrativo excluye la parte correspondiente a servicios de salud y no se publican cifras sobre los mismos.

[e] En las IAMCs

El porcentaje más bajo del gasto administrativo sobre el gasto total es el del subsector público-seguro social de Chile (1%); en el seguro social de enfermedad-maternidad, las proporciones menores fueron las de Costa Rica (4%), Panamá (4,7%) y Uruguay (5,2%), es interesante apuntar que los últimos países no han experimentado reformas profundas. Le siguen los seguros sociales en 5 países, con porcentajes entre 8% y 11% (Argentina, Bolivia, Guatemala, Honduras—público y Nicaragua); en otros 4 países el gasto administrativo osciló entre 14% y 17%,

la mayoría en el subsector público (República Dominicana, Colombia, México, Paraguay, Venezuela y Nicaragua); el gasto del subsector público-seguro social de Brasil fue 22%, y el más alto en los tres subsectores y la región fue el del seguro social de Perú con 65,3%. Sólo se pudo obtener información del subsector privado en cuatro países: 17% en Perú (pero del ingreso por cotización), 17,5% en Chile, 18,3% en Colombia y 33,6% en la República Dominicana; estos porcentajes son superiores a los de los subsectores público o de seguro social en 15 de los 18 países sobre los que hay información. En dos países en que se pudo comparar el gasto administrativo entre subsectores público o seguro social y privado, el último fue substancialmente superior: Chile 1% y 17,5%, y República Dominicana 14,1% y 33,6%; en Colombia las respectivas proporciones fueron 15,4% y 18,3%. En Chile el costo administrativo por beneficiario de las ISAPRES es 26 veces superior al del subsector público; en Costa Rica, las atenciones de alta complejidad en el subsector privado son entre 41% y 131% mas costosas que el seguro social; los gastos de ventas o comisiones y publicidad, unidos a las ganancias de las proveedoras privadas, aumentan substancialmente sus costos. Es muy importante comparar los gastos de los subsectores público y privado en Brasil, Nicaragua y Perú pero no hay cifras del subsector privado. El gasto superior se encontró en el seguro social reformado de Perú que en 2003 era el triple que el porcentaje de dicho gasto antes de la reforma. Aunque las comparaciones anteriores no son perfectas, permiten concluir al menos tentativamente, que la reforma y la privatización no han logrado gastos administrativos bajos y en un caso han aumentado los costos anteriores.

La parte más importante del gasto administrativo es el de personal y las proporciones más altas del gasto total dedicado a personal (64% a 74%) se registraron en cuatro países (de mayor a menor): Ecuador (en el subsector público), México (en los subsectores público y de seguro social, en el último debido al costosísimo programa de pensiones del IMSS), El Salvador y Nicaragua (en los dos países, en ambos subsectores). Esta proporción tan alta asignada al personal deja pocos recursos para hacer frente a rubros críticos como medicamentos, insumos médico quirúrgicos, alimentos e inversión. Costa Rica se coloca en un punto medio con 61% del gasto (en el seguro social) seguido por Uruguay (55% tanto en el seguro social como en las proveedoras privadas sin ánimo de lucro—IAMC), 50% en todo el sistema de Colombia, y entre 43% y 48% en los seguros sociales de Guatemala, Ecuador, Perú y República Dominicana (de mayor a menor); la asignación más baja se encontró en el subsector público de Uruguay (32%) y en el público-seguro social de Chile (36%). No se pudo obtener información del gasto de personal en las aseguradoras y proveedoras privadas. No se encontró ningún patrón o relación entre el subsector y el porcentaje del gasto asignado a personal.

En la descripción detallada de los países que sigue a continuación, además de las variables resumidas arriba, se analizan otras como: la razón de empleados por 1,000 asegurados (sólo se pudo calcular en cinco países, fluctuando entre 6 y 11,7); y el porcentaje de empleados puramente administrativos en el personal total (estimado en 11 países, pero en la mayoría en uno o dos subsectores, con rangos de 7% a 26% en el público, 14% a 37% en el seguro social y 8% a 32% el privado).

Argentina. De acuerdo con la ley el gasto administrativo de las OS no puede exceder del 8% de los ingresos brutos deducidos los aportes del Fondo Solidario de Redistribución. En 2003 el gasto administrativo en 79% de las OS era de 8% o menos del ingreso y en el 21% restante de 8% a 15% del ingreso; en la mayor OS, la de jubilados y pensionados, fue 8% del ingreso (Torres 2004, 2005a, 2005b).

Bolivia. La ley determina que los gastos administrativos no deben sobrepasar 10% del presupuesto del seguro social pero los informes de auditoría muestran que se sobrepasa ese tope, debido a la falta de un eficiente control del gasto. La multiplicidad de seguros sociales genera una subutilización de la infraestructura y personal de salud, aumentando los gastos administrativos (Guerrero 2000). En 2003 ocurrieron 12 huelgas nacionales en el sector de salud, pidiendo

aumentos salariales y contra el despido de empleados; estas actividades contribuyeron al derrocamiento del presidente de la nación (Scavino 2004).

Brasil. El gasto administrativo del sistema público (SUS) creció de 20,2% a 21,7% del gasto total entre 1994 y 1996 (el año más reciente en que se obtuvieron cifras), pero en 1996 fue 9,7% en los municipios, 23,1% en el gobierno federal y 35,7% en los estados. La razón de los gastos más bajos en los municipios se atribuye a que estos son los actores más nuevos en la administración de programas de salud y no tenían compromisos presupuestarios con personal, que constituye el mayor componente del gasto administrativo, mientras que los estados y el gobierno federal necesitan reformas que reduzcan el personal excesivo respecto a las necesidades y aumenten su idoneidad (Medici 2002a). En 1998, 26% del gasto federal de salud fue en personal y sólo 0.7% se dedicó a inversión (OPS 2005a). No hay información sistemática sobre el gasto administrativo del subsector privado.

Colombia. Se argumenta que los costos deben ser controlados por las características del modelo de reforma: la competencia y la libertad de elección; los gastos de las aseguradoras no pueden ser superiores al 15% de la unidad de capitación (UPC) y las aseguradoras contratan a las proveedoras también basadas en la UPC y pagos integrales de diagnóstico (Jaramillo 1999). Por otra parte ya se explicó (sección E-4), el alto costo del ISS que provocó déficit persistente el cual condujo al cierre de sus afiliaciones y prestaciones, así como los altos costos de las dos EPS públicas mayores. Según la OIT (2000b) los gastos de administración en salud llegaron al 26% de la UPC cuando el máximo es 15%. La proliferación de entidades aseguradoras y proveedoras, muchas de las cuales no tienen condiciones de eficiencia y sostenibilidad, reducen los beneficios de escala y aumentan los costos: las ARS tienen altos costos de transacción; sólo una tiene 25,000 afiliados, 84% tienen entre 5,000 y 25,000 y 8% menos de 5,000. Algunas ARS actúan como intermediarios costosos, absorben una parte considerable de la UPC y trasladan el saldo a una segunda intermediaria, la cual subcontrata a una proveedora (Jaramillo 1999; Sojo 2001a). La mitad de los hospitales que aún no son autónomos y autosuficientes no estimulan la eficiencia ni controlan sus costos, sino que se preocupan fundamentalmente de su dependencia con el gobierno que les aporta los subsidios; entre 1996 y 1998 los gastos operativos de los hospitales aumentaron 24% en términos reales; los gastos de personal tomaron 50% del total de sus gastos operativos en 1994 y 70% en 1997 (Homedes y Ugalde 2003). En 2000, 15,4% del ingreso de todo el sistema se dedicó a gastos administrativos (una mitad en personal), 72,9% a la atención de salud, y 11,7% en inversión y otros gastos. Se reportan problemas de despilfarro y corrupción en la utilización de los recursos (OPS 2005). Entre las EPS privadas el gasto administrativo como porcentaje del gasto total en 2000 fue mayor que en el sistema general: un total de 18,3%, desagregado en 13,4% administrativo propiamente, 4,1% en ventas y 0,8% en utilidad bruta (*Salud Colombia* N° 67 2002). Uno de los objetivos del plan de desarrollo de 2002-2006 es disminuir los gastos administrativos, pero no se han reportado sus resultados.

Costa Rica. El gasto administrativo del programa de enfermedad-maternidad promedió 3,4% del gasto total en 1990-2000 pero luego aumentó a 4% en 2003, aún así el segundo más bajo en la región (CCSS 2001, 2005).[165] La CCSS tenía 31,381 empleados en el área de la salud en 2000, una razón de 9,8 empleados por 1,000 asegurados totales (la razón basada en 1,000 habitantes promedió 8,1 en 1999-2003); 69% de los empleados y 73% de los médicos estaba concentrado en la región central (capital)[166]; 22% del total de empleados era puramente administrativo, y 60,6% del gasto total de la CCSS era en salarios y beneficios del personal (basado en CCSS 2001, 2005). En vista a la delegación de parte de la provisión al subsector privado, estas cifras son relativamente

[165] La OPS (2005) reporta que el gasto administrativo unido de los subsectores público y seguro social aumentó de 15,8% en 1994 a 30,9% en 1999; como la CCSS es la institución dominante de las dos, tiene el mayor peso en dicho gasto que es casi 10 veces el reportado por el seguro social.

[166] La encuesta de hogares en 1998 mostró la alta centralización de recursos humanos (OPS 2005).

altas. Como parte de la reforma, la CCSS evita crear puestos nuevos y ha reducido el porcentaje de médicos contratados de 94% del total en 1985 a 52% en 1999 (OPS 2005a), pero esto ha resultado en una creciente proporción de médicos en el subsector privado con el cual contrata la CCSS. No hay información de costos administrativos en el subsector privado, y diversos estudios arriban a conclusiones opuestas sobre si los costos de producció de las cooperativas son inferiores o superiores a los servicios directos (ver sección E-5). Hay diferentes costos de producción para unidades de igual capacidad resolutiva y la CCSS carece de un sistema de contabilidad de costos actualizado que le permita comparar sus propios costos con los de los proveedores privados que contrata, de ahí que puede comprar servicios que podría proveer directamente a un costo inferior. En los casos en que hay comparaciones los costos privados son superiores, por ejemplo, entre 41% y 137% más altos en cirugía oftalmológica, 70% en atención de paciente con cáncer y 153% en radioterapia (Martínez y Mesa-Lago 2003).

Chile. En 1985 25,6% del gasto total de las ISAPRES se dedicaba a la administración y ventas, dicho porcentaje descendió a 17,5% en 2003 (más de la cuarta parte destinado a publicidad y comisiones por ventas; SI 2004; Inostroza 2005a); en contraste, el subsector público que no tiene publicidad, comisiones ni utilidades, dedicaba a la administración sólo 1% de su gasto total de salud en 2003, el más bajo de la región (FONASA 2004); el costo de administración promedio por beneficiario en las ISAPRES era 26 veces mayor que en FONASA en 2003 (Urriola 2005). Todas las ISAPRES abiertas salvo una son empresas con ánimo de lucro, mientras que todas las cerradas son sin ánimo de lucro (pero tienen sólo 5,6% de todos los beneficiarios). La rentabilidad o utilidad después de impuestos en todas las ISAPRES en relación con su patrimonio (rentabilidad del capital comprometido) ha exhibido una tendencia declinante: desde 47% en 1985 a un promedio de 24% en 1990-1995 y a un promedio de 11% en 1996-2000, pero aumentó a 16% en 2002. En 1995 la utilidad sobre el patrimonio de las ISAPRES (25%) era superior a otros sectores de la economía, por ejemplo, seguros 18%, telecomunicaciones 15%, servicios 13% y comercio 12% (Bitrán y Almarza 1997). La utilidad sobre los ingresos de operación descendió ligeramente de 4,8% en 1985 a un promedio de 4,4% en 1990-1995 pero disminuyó a un promedio de 1,8% en 1996-2000 y a 1,4% en 2002 (SI 2004). Las ISAPRES abiertas y de mayor tamaño, que también son las más antiguas, obtienen las utilidades más altas, mientras que las ISAPRES de tamaño medio a pequeño, que ingresaron al mercado más tarde, tienen utilidades bajas o arrojan pérdidas al igual que las ISAPRES cerradas; ello se debe probablemente a economías de escala y el tiempo-reputación de las ISAPRES (Bitrán y Almarza 1997). En 2002 la utilidad sobre el patrimonio general fue 16%, pero fue 19% en las ISAPRES abiertas y –7.6% en las cerradas, mientras que la utilidad sobre el ingreso general fue 1,4% pero 1,6% en las abiertas y –1,1% en las cerradas (SI 2004). Las ISAPRES generalmente no son proveedoras sino que contratan con base a un cargo por servicio, lo cual impide el control y ofrece poco incentivo para reducir costos y probablemente ha inflado estos (aunque no hay series históricas de precios en las ISAPRES). Además, la publicidad promueve la demanda por intervenciones médicas de alto nivel y frecuencia. Las ISAPRES no han promovido acciones preventivas, de bajo costo y alto rendimiento, debido al carácter a corto plazo de los contratos, la capacidad de descreme y la transferencia de riesgos al subsector público (Bitrán y Almarza 1997; Wainer 1997; Barrientos 2000; Uthoff, Titelman y Jiménez 2003). En 2002 la principal partida del gasto de salud en FONASA era la remuneración de los empleados (38%), pero relativamente baja comparada con otros países (FONASA 2004; SI 2004).

Ecuador. En 2004 16,7% del gasto de salud del seguro social era administrativo; la ley de reforma establece un tope para el gasto administrativo de 3% del total de ingreso por cotizaciones pero aparentemente no se aplica (LSS 2001). No hay información del gasto administrativo en los subsectores público y privado. En el ministerio 7% de sus empleados era administrativo en 1999, en el seguro social era 14,4% y en el subsector privado era 8% (13% en entidades sin ánimo de lucro y 7,5% en las de ánimo de lucro); 45,8% del gasto del seguro social fue en personal en 2004 mientras que en el ministerio fue 74% en 2000 (IESS 2005; OPS 2005a).

El Salvador. La información más reciente de todo el sistema es de 1998: en el ministerio, 73% del gasto total iba a la administración, el mayor en la región (70% va a remuneraciones y 3% a gastos corrientes de operación), dejando un porcentaje bajo para hacer frente a rubros críticos como medicamentos, insumos médico quirúrgicos, alimentos e inversión. En el seguro social el 66% iba a la administración (57% en remuneraciones y 9% en gastos corrientes de operación) y 63% (sólo en remuneraciones) en las fuerzas armadas; en 2001 65,6% del gasto de salud del seguro social se asignó a personal y operativos, igual a la proporción de 1998 (MSPAS 2001a; ISSS 2002). No hay desglose de los gastos puramente administrativos, pero fue 8,2% del gasto total del sector en 1995 (Titelman y Uthoff 2005) y el 29% del personal del ministerio era puramente administrativo y 20% en el seguro social en 2000 (basado en OPS 2005a).

Guatemala. El gasto administrativo dentro del programa de enfermedad del seguro social (IGSS) aumentó de 19,8% en 1995 a 32,4% en 1998 y descendió a 14,2% en 1999 y 10,6% en 2000. El 48% de los gastos totales del ministerio de salud en 2000 era en personal y la razón de personal administrativo por 1,000 personas afiliadas en el seguro social era tres veces la del subsector público (Durán y Cercone 2001; OPS 2005a). En 2002-2003 ocurrieron varias huelgas en el ministerio y el seguro social, demandando aumentos de salarios, que llevaron a la destitución de médicos y la intervención por fuerzas de seguridad de dos de los hospitales mayores en la capital (Scavino 2004).

Honduras. El gasto administrativo como porcentaje del gasto total de salud en los subsectores público y privado combinados aumentó de 5,3% en 1995 a 13,3% en 1998, pero bajó a 10,4% en 1999 (OPS 2005a). El gasto del seguro social tiene por ley un tope de 20% de su gasto total, excesivamente alto; la reforma de 2001 tenía entre sus metas reducir dicho gasto en 30%, pero un documento publicado en 2003 no reportó resultados concretos. En 1999, el último año en que hay información, había un porcentaje muy alto de empleados administrativos sobre el total de personal: 47,5% en el ministerio y 37,4% en el seguro social,[167] pero 15% en el subsector privado (Durán 2003; IHSS 2003).

México. No hay cifras específicas sobre el gasto administrativo en ninguno de los tres subsectores. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social principal (IMSS) dedicó 64,9% de su gasto total a personal y costos laborales en 2003 y 70,3% en 2004, uno de los dos más altos de la región; el porcentaje del total de empleados puramente administrativo se mantuvo estático en 32,7% en 2001-2004, el más alto entre todos los seguros sociales, pero bajaba a 14,8% en el programa Solidaridad (IMSS 2005b). En los otros seguros sociales el porcentaje de empleados puramente administrativos en 2000 era menor que el IMSS: 20,8% en ISSSTE, 17% en la marina y 10,8% en PEMEX. En el subsector público el personal administrativo representó 11,3% del total en 2003, para el subsector privado hay dos estimados: 11,6% en 2000 y 40% en 2001. La razón de empleados por 1,000 asegurados en 2000 aumentaba de 4,4 en SSA a 6,7 en IMSS a 12,4 en la marina y 39,2 en el subsector privado (estimados del autor basados en SSA 2002, 2004a; INEGI 2005; OPS 2005a). No hay cifras del gasto de personal en SSA, pero en los estados 70% se dedicaba a servicios personales en 2003 y se estima que 15,5% era para gastos de administración (SSA 2004b). El seguro popular de salud (SPS) gastó 11% de sus ingresos en gastos administrativos, incluyendo diseminación e imagen y entrenamiento (estimado basado en Nigenda 2005).

Nicaragua. El gasto administrativo del ministerio aumentó de 11,3% del gasto total en 1993 a 17,5% en 1999; mientras que el del seguro social (INSS) creció de 12,2% a 17,8% entre 1995 y 2001 pero bajó a 10,6% en 2003, ligeramente por debajo del nivel 1993. Este último es muy

[167] El seguro social tenía un total de 2,515 empleados en 1998 que aumentó a 2,700 en 2001 y se informa se redujo a 2,100 en 2003. En 1998, 94% de los empleados estaban ubicados en la capital y la segunda ciudad, aunque éstas dos combinadas tenían la mitad de la población, el restante 6% servía a la otra mitad, el IHSS no publicó cifras sobre la concentración en 2003 (Mesa-Lago 2000a; IHSS 2003).

alto teniendo en cuenta que el INSS no otorga atención directa, que es la que más personal y gasto administrativo demanda, sino que dicha atención se presta por las EMP privadas. El número total de empleados del INSS se redujo en 60% entre 1994 y 1995 por despidos o trasladado a otras entidades; además las EMP comenzaron a hacerse cargo de la provisión de servicios; no se pudo obtener información del número de empleados actuales. En el ministerio, el empleo y los salarios toman 70% del gasto debido los convenios colectivos firmados con los trabajadores. No se tienen cifras sobre costos administrativos de las EMP, aunque una fuente indica que algunas han aumentado sus gastos de administración e intermediación (Mesa-Lago *y otros* 1997; INSS 2003; Rossman y Valladares 2003; Valladares 2004; OPS 2005a).

Panamá. No hay información desagregada dentro del seguro social (CSS) sobre el costo administrativo del programa de enfermedad-maternidad (E-M). El gasto administrativo anual de la CSS promedió 4,7% entre 1999 y 2003, pero el mismo excluye los gastos de provisión directa de servicios de salud; no obstante se sabe que el 64% del gasto de EM en 2003 fue en personal. En 2000 el autor de este documento recomendó varias técnicas para calcular los gastos desagregados de EM pero no se había hecho aún en marzo de 2005. El personal administrativo total en la CSS se redujo de un promedio de 11,7 empleados por 1,000 asegurados en 1984 a un promedio de 9,4 en 1994-2000, pero retornó a 11,7 en 2003-2004; en el período 1999-2004 se añadieron 7,500 empleados (un salto de 31,6%), de los cuales 57% son netamente administrativos, además se aumentaron los salarios, sin que ocurriera un incremento paralelo en la cobertura, la cantidad y calidad de los servicios; la CSS se gobierna por unas 35 leyes sobre personal que constituyen un serio problema legal, administrativo y financiero (Mesa-Lago 2000b, 2005; CSS 2004). No se pudo conseguir información sobre el subsector público.

Paraguay. El costo administrativo del ministerio tomó 15,3% del gasto total en 2004 (Ramírez 2004). No había información de los otros dos subsectores, sólo que en 2000, 26% del personal total del seguro social era puramente administrativo y 21% en el ministerio; no obstante la razón de personal administrativo por 1,000 personas a cargo era relativamente baja en ambos. En el ministerio la mayoría del gasto se destina a salarios (OPS 2005a).

Perú. El gasto administrativo como porcentaje del gasto total del antiguo seguro social aumentó de 14,2% a 20.3% entre 1993 y 1997, mientras que el gasto de personal creció de 33% a 35,4% del gasto total (Ferreira 1998). El gasto administrativo en EsSalud fue 16% en 1998 (basado en OPS 2005a), aún muy alto pero la mitad que un año antes; sin embargo saltó a 65,3% en 2003 por los rubros siguientes: 45,6% en personal, 12,9% jubilaciones y pensiones del personal y 6,8% otros gastos de operación (EsSalud 2005).[168] A pesar del objetivo de la reforma de aumentar la eficiencia y reducir costos, las cifras de 2003 son muy superiores a las del antiguo seguro social, aunque ambas distribuciones pueden ser no estrictamente comparables. El número total de empleados de EsSalud aumentó 14% entre 1999 y 2003, pero el porcentaje de empleados puramente administrativos bajó de 32,4% a 19,2% en dicho período, mientras que la proporción de personal asistencial ascendió (cálculos del autor basado en EsSalud 2004 y OPS 2005a). En el ministerio el gasto administrativo era 22,5% y el porcentaje de empleados puramente administrativos 13,3% ambos en 1998-1999 (OPS 2005a). El gasto administrativo de las proveedoras (EPS) se calculó como 17% de la cotización del 9% en 2004 o sea 1,9%; la utilidad neta de las EPS equivalió a 2,3% del ingreso o 10% de los activos o 21% del patrimonio en 2004 (SEPS 2005).

República Dominicana. El gasto administrativo de los subsectores público y de seguro social combinados aumentó de 9,6% del gasto total en 1996 a 14,1% en 1999; pero el gasto

[168] Dentro de EsSalud cada uno de los regímenes administrados debe aportar anualmente un porcentaje de sus ingresos a un fondo común de administración; el porcentaje se determina por el consejo directivo; si se genera un excedente al final del año, debe ser revertido proporcionalmente a cada uno de los regímenes (LCSSS 1997).

administrativo del subsector privado ascendió a 33,6% en 1996 (no hay información posterior). El costo del personal tomó 43% del gasto total en el seguro social y 46% en el ministerio en 1999 (basado en Rathe 2004; OPS 2005a).

Uruguay. Los subsectores público y seguro social combinados dedicaron 16,8% del gasto a la administración en 1998, y 48,7% a salarios y beneficios del personal, mientras que el subsector privado dedicó 53,2% a salarios y beneficios del personal (OPS 2005a). En 2003, 32,7% del gasto público de salud se dedicó a salarios y beneficios del personal (Meerhoff 2004; Presidencia 2004). El programa de enfermedad del BPS tuvo un gasto administrativo de 5,2% de los ingresos en 2003. En las IAMC, 55% del gasto va a salarios y el personal aumentó 130% en 1995-2001 y, aunque bajó en 2003, era aún 121% superior a 1995; en contraste, el salario promedio del sector privado aumentó 97% en 1995-2001 y a 108% en 2003, reduciendo la brecha pero aún 13 puntos por debajo del nivel de las IAMCs. Los salarios del personal de las IMAE son aún mayores (Quijano 2002; MPS/BM 2004a, 2004b).

Venezuela. El gasto administrativo en el seguro social tomó 15,6% del total de egresos del IVSS, no hay desglose por programas ni tampoco información de los otros dos subsectores. Del total de empleados en el ministerio 26% eran puramente administrativos y 21,8% en el programa de enfermedad-maternidad del seguro social, ambos en 2000 (basado en OPS 2005a). En el seguro social había una relación de 6.1 empleados por 1,000 asegurados en 2000 y 22% del gasto total de salud fue a personal en 2003 (D'Ella 2002; RBV 2005).

9. Participación en la gestión de los sectores involucrados

Un estudio sobre participación social y reformas de salud identifica tres actores tradicionales de participación: el beneficiario (generalmente pasivo), el voluntariado (que responde a la iniciativa desde arriba) y la comunidad (más activa pero heterogénea y necesitada de ampliar sus funciones). La visión moderna de la participación exige que el sistema de salud rinda cuentas a los usuarios y ciudadanos respecto a la calidad, oportunidad de los servicios y uso efectivo de los recursos, también demanda mayor responsabilidad frente a la ciudadanía mediante la implementación de mecanismos individuales o colectivos de control social en cada una de las cinco funciones fundamentales del sistema, resumidas a continuación. (a) Diseño de políticas y regulación: ambos continúan centralizados con escasa participación social en América Latina, ya que son efectuados de forma directa por el Estado a través de la burocracia técnica, pero debería haber esa participación no sólo porque es parte de la democracia, sino también porque obligaría al sistema a responder mejor a las necesidades sanitarias, haría consciente a los usuarios de sus derechos, y promovería la efectividad y sostenibilidad del sistema. (b) Aseguramiento: las aseguradoras tienen mayor información que los usuarios y las asociaciones de afiliados o consumidores deberían obtenerla y ejercer control sobre las aseguradoras, pero las reformas han puesto poco énfasis en suministrar información adecuada y desarrollar mecanismos para hacer efectivo dicho control; en los países en que existe una superintendencia que debe controlar a las aseguradoras ella usualmente tiene pocos recursos y/o está bajo fuerte presión de los grupos más organizados y poderosos. (c) Provisión de servicios: los ciudadanos tienen escasa información y conocimiento y, aunque tengan libertad de elección, no pueden hacer decisiones racionales basadas en la calidad y costo de los servicios; algunos países han creado sistemas de información y reclamación, realizan encuestas de opinión y firman compromisos de gestión sobre aspectos como cobertura y calidad, pero aún están lejos de contar con instrumentos apropiados. (d) Financiamiento: el Estado debe de manera efectiva asignar el financiamiento a los usuarios para garantizarles un nivel adecuado de protección y los ciudadanos deben ejercer control sobre las aseguradoras y proveedoras para evitar que éstas capturen parte de dicho financiamiento, un problema que se incrementa cuanto mayor es la concentración del poder financiero en las entidades y menor el grado de competencia en el mercado. (e) Evaluación de los resultados: los usuarios deben participar en esta función para asegurar que se cumplan los objetivos de la reforma con el mínimo de recursos, para ello es esencial conducir encuestas periódicas de

opinión y crear instancias para atender reclamaciones y quejas. El estudio concluye que, generalmente, el diseño original de las reformas de salud no incorporó estos mecanismos, pero hay creciente presión para que se establezcan y el proceso de participación ha sido gradual y prolongado debido a múltiples obstáculos: el incipiente reconocimiento de los derechos ciudadanos y la falta de instrumentos para hacerlos efectivos; el débil desarrollo de los organismos sociales; la precariedad de mecanismos de control que excluyen a un amplio sector de la población marginada y con escasos recursos, y la escasa información a los usuarios sobre sus derechos, calidad y costo de los servicios. (Zeledón y Noé 2000).

Otro estudio comparativo de la política de reforma de salud y la participación social arriba a dos conclusiones importantes: (a) la mayoría de las reformas se hicieron desde arriba, ya que no hubo una consulta amplia con los interesados durante el diseño de las mismas,[169] y (b) muchas reformas incluían la elección de representantes de la comunidad para participar o supervisar la administración de clínicas y hospitales, así como una mayor participación social en consejos estatales y municipales y en el diseño de políticas, sin embargo, en la práctica, esto se convirtió en parte de la retórica de la reforma, mientras que la resistencia de las aseguradoras y los técnicos, combinadas con la apatía de los ciudadanos, bloquearon esas medidas con alguna rara excepción (Nelson y Kaufman 2003). La OPS informa que las opiniones y demandas de la población no fueron tomadas en cuenta en el proceso de formulación de la reforma en la mayoría de los países, pero posteriormente se ha reconocido la importancia de la participación (OPS 2002b, 2002c).

El Salvador ofrece un ejemplo ilustrativo de cómo un proceso de reforma de salud con amplia participación social y debate nacional que generó un consenso fue abortado con consecuencias nefastas. Entre 1998 y 1999 se desarrollaron siete propuestas de reforma por todos los sectores relevantes (gobierno, colegio médico, sindicatos del seguro social, y empresarios) las cuales coincidían en numerosos aspectos cruciales: rectoría del ministerio de salud, descentralización administrativa, coordinación entre instituciones, reasignación de recursos hacia la promoción, prevención y primer nivel, extensión de la cobertura con focalización en los grupos vulnerables, mejoría en la eficiencia y la calidad de los servicios, equidad y participación social. Pero las propuestas diferían profundamente en los modelos de provisión y el financiamiento, una proponía que el seguro social realizase ambas funciones, otra que fuesen ejecutadas por el subsector privado, mientras que una tercera conciliadora recomendaba un modelo de provisión mixto con participación coordinada del ministerio, el seguro social y el subsector privado. Para resolver el impasse el gobierno nombró a fines de 1999 un Consejo de Reforma del Sector Salud con representación de todos los sectores involucrados; éste laboró un año, logró un sólido consenso y a fines de 2000 entregó al Ejecutivo una Propuesta de Reforma Integral de la Salud, la cual recogía y desarrollaba los puntos de consenso de las siete propuestas y proponía el modelo mixto de provisión (pero sin concretarlo) y supeditaba el sistema de financiamiento a un cálculo del costo fiscal de la reforma y estudio de las fuentes de su financiamiento; para resolver estos dos vacíos recomendaba la creación de una Comisión de Seguimiento con adecuada representatividad que llevaría a cabo estas actividades en un plazo corto. El gobierno nunca nombró dicha comisión y preparó un proyecto de ley que básicamente apoyaba el modelo de privatización de la provisión y financiamiento, lo cual provocó una fuerte huelga de los médicos y sindicatos por 270 días (desde septiembre de 2002 hasta junio de 2003) que dislocó el proceso de reforma y suscitó considerables perjuicios a la atención de la salud (Mesa-Lago 2001b, 2003b; Scavino 2004). En Costa Rica, al contrario que en la reforma de pensiones en que hubo activa participación y un acuerdo consensuado, no la hubo en la reforma de salud. La OPS (2005a) reporta que no hubo tampoco

[169] Las reformas usualmente han excluido del proceso a los profesionales y sindicatos de salud, lo cual se considera un error táctico debido al poder de estos grupos que pueden paralizar los servicios, además, resisten la reforma si no son motivados a seguir sus orientaciones (Homedes y Ugalde 2003).

participación de los usuarios y sectores sociales en las reformas, al menos en Guatemala, Haití, Paraguay y Perú.

Una indagación publicada por la OPS sobre si las reformas han aumentado los espacios de participación y control social, tanto de la población en general como de algunos grupos específicos, considera que los resultados "parecen favorables", aunque advierte que "dadas la gran variedad de modelos y experiencias en curso y compleja vinculación en muchos países con los procesos de descentralización, el tema exige un análisis pormenorizado". Como evidencia se dice que varios países institucionalizaron la consulta entre el gobierno y actores políticos y sociales relevantes para concertar los objetivos, las estrategias y los ritmos de la reforma, pero la información ofrecida en once de los veinte países no aporta evidencia sólida para respaldar el resultado de la evaluación: (a) en tres países (Brasil, Guatemala y Paraguay) consejos nacionales o comisiones asesoras o foros nacionales periódicos han facilitado la discusión entre las autoridades sanitarias, los aseguradores, los proveedores, los profesionales y los usuarios (sin especificar la representatividad de estos últimos) sobre los problemas prioritarios y las opciones estratégicas, pero son las autoridades las que posteriormente han decidido cual de las opciones es la más adecuada; (b) en cinco países (Argentina, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) las consultas no han sido siquiera institucionalizadas como parte de un proceso de concertación, y (c) en tres países (Costa Rica, Guatemala, Perú) la participación de la población ha sido escasa y limitada sobre todo a la organización de actividades puntuales. Sólo seis países reportan una participación fructífera de los trabajadores y profesionales del sector en el proceso de reforma, mientras que siete países ofrecen información sobre la composición de los órganos de participación y su grado de formalización (Infante, Mata y López-Acuña 2000: 14, 17, 19).

En un estudio comparativo de los países de la subregión andina, la OPS informa que las reformas en casi todos ellos incluyeron la participación social como un objetivo declarado y sugiere que, "pese a la insuficiencia de información específica sobre el impacto de las reformas, éstas parecen influido en... aumentar la participación y el control social en la mayoría de ellos [pero] no hay referencia explícita sobre la consideración de grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones en ninguno de los países" (OPS 2002b: 15, 26). Un estudio similar sobre Centroamérica y República Dominicana informa que cuatro países incluyeron la participación como un objetivo de la reforma y otros tres no y ha habido "limitados avances durante años posteriores"; en la mayoría de los países "ha sido muy limitada" la participación de los trabajadores de salud y sus representantes en el proceso de reforma; más recientemente "parece haberse incrementado la participación social" pero "más en el ámbito local y en la gestión de los establecimientos de salud y menos en los niveles intermedios y centrales y en las funciones de planeación y evaluación"; sólo un país menciona la participación de grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones, como las mujeres y ciertos grupos étnicos; "en la práctica, la participación social se ha circunscrito sobre todo al *acompañamiento* en la ejecución de las acciones y programas" (OPS 2002c: 9, 22, 35, 48). En los informes de estos siete países no se especifica la composición de los entes participativos, su representatividad y su grado de formalización, tampoco se ofrecen cifras sobre el grado de participación y, en la gran mayoría de los países, no se detallan las funciones de los entes participantes.

El Cuadro 13 resume en forma comparativa los órganos de participación social en los países en los subsectores público y de seguro social, en el subsector privado con ánimo de lucro no hay participación (salvo en las proveedoras privadas en Colombia y Costa Rica), aunque sí en algunas ONG y entidades sin ánimo de lucro pero éstas tienen un ámbito muy reducido. El cuadro indica el tipo de órgano de participación a diversos, especifica su composición (cuando se pudo obtener) y el porcentaje en que está operando (sólo en 4 países) y si existe una agencia de defensa de la población. Ya se han analizado las encuestas periódicas de opinión a los usuarios y la población sobre satisfacción de los servicios (ver sección D-3 y Cuadro 5).

CUADRO 13
PARTICIPACION SOCIAL EN LA GESTION DE LA SALUD, 2002 A 2005

Países	Órganos de Participación Social (s/e: sin especificar la composición)	
	Subsector Público	Seguro Social
Argentina	Consejos locales y zonales (técnicos, funcionarios, comunidades, s/e); Diálogo mesa de salud	OS: sindicatos (representantes de trabajadores no empleadores; EMP: no (s/e)
Bolivia	Directorios locales (DILOS): 3 miembros, 1 minis-terio, 1 municipio y 1 sociedad civil. Consejo Na- cional Indígena de Salud (s/e), defensores de salud	La mayoría de las 15 "cajas" tiene directorios o juntas con representación de trabajadores, empleadores y gobierno (s/e).
Brasil	Consejo Nacional de Salud: sólo empleados públicos; consejos y conferencias de salud (50% representantes de usuarios en ambos, empleados, proveedores) operan en todos los estados y municipios	
Colombia	Consejo Nacional de Seguridad Social: 13 miembros (sindicatos, comunidades, usuarios, s/e); Defensoría del Pueblo (apelaciones). Aseguradoras: no; ESE y IPS: juntas directivas (usuarios, s/e)	
Costa Rica	Seguro social: Junta directiva con 10 miembros: 3 de trabajadores (sindicatos, cooperativas y solidaristas), 3 de empleadores y 4 del gobierno (el Ejecutivo elige al presidente). Juntas de salud en todos los EBAIS y asociaciones de desarrollo en la mayoría (s/e). Defensoría de los Habitantes (reclamos).	
Cuba	Órganos locales de poder popular (apoyo); consejos de salud presididos por ministerio, con representantes de varios sectores (s/e).	
Chile	FONASA e ISAPRES: no; hospitales: consejos de desarrollo (comunidad, s/e); GES: 9 miembros (profesionales); consejos consultivos de usuarios: 5 de la comunidad, 2 empleados sanitarios	
Ecuador	Ley de participación; consejos cantorales (15%); comités de: gestión, modernización en hospitales, usuarios en maternidad; juntas parroquiales (s/e)	Junta directiva: 1 trabajadores, 1empleadores y 1 gobierno (que preside)
El Salvador	SIBASI: comités de consulta social (s/e; escasa participación y conocimiento)	Junta directiva: trabajadores (minoría), empleadores, gobierno, profesionales
Guatemala	Consejos de desarrollo, algunas comisiones municipales de salud incipientes, débiles	Junta directiva: 1 trabajador entre 8 miembros, el presidente nombrado por el gobierno
Haití	Células de gestión y consejos municipales (no implementados por la crisis)	No
Honduras	Primer nivel: consejos municipales (ONG's, iglesias, ministerio, seguro social, etc. (s/e); cabildos abiertos (s/e)	Junta directiva: 3 trabajadores, 3 empleadores, 2 gobierno y 1 médicos
México	Comunidades saludables, comités locales de salud en primer nivel, comités municipales de salud (s/e); Comisión Nacional de Arbitraje Médico (quejas)	Asamblea General: trabajadores, empleadores y gobierno (10 cada sector); Consejo Técnico (2 cada) y Comisión de Vigilancia (2 cada)
Nicaragua	CNS y consejos departamentales (27 miembros, 1 de trabajadores); municipios (juntas directivas de SILAIS) y hospitales (s/e); comités de desarrollo comunitario (s/e); ley de participación ciudadana.	Junta directiva: trabajadores, empleadores, gobierno
Panamá	Comités de salud: 1,135 en zonas rurales, 4% de población total 1999, consejos municipales (s/e)	Junta directiva: 4 trabajadores, 3 empleadores, 2 gobierno, 1 pensionados y 1 profesionales salud
Paraguay	Consejos regionales y locales (los últimos sólo funcionan en 7% de los municipios)	Consejo administración: 1 trabajadores, 1 empleadores y 3 del gobierno
Perú	Comités locales administrativos de salud (CLAS) en 20% de establecimientos 1er. nivel en 2001, 7 miembros: 6 de la comunidad	Consejo directivo, 9 miembros: 3 gobierno (que elige el presidente), 2 trabajadores, 1 pensionados y 3 empleadores; Defensoría del Asegurado (reclamos)
República Dominicana	Consejo Nacional de Seguridad Social (12 miem- bros (3 trabajadores, 3 empleadores, 3 gobierno, 2 afiliados y 1 profesionales); Consejo Nacional de Salud (s/e); Defensa de los Afiliados.	Junta directiva: trabajadores, empleadores y gobierno
Uruguay	Comisiones apoyo en hospitales, comisiones barrios (s/e); asociación usuarios (denuncias),	Directorio, 7 miembros: 4 gobierno, 1 trabajadores, 1 empleadores y 1 pensionados
Venezuela	Proyecto: Directorio INAS, 7 miembros nom- brados por el Ejecutivo: 3 gobierno, 1 social, 1 universidades. Comités, juntas y asambleas	Ley: Directorio de la Tesorería, 9 miembros: 6 gobierno, 1 trabajadores, 1 empleadores y 1 pensionados (aún no en vigor) [a]

Fuente: Infante, Mata y López 2000; OPS 2005; ver texto.
[a] Actualmente se gestiona por un director y otros dos miembros designados por el Ejecutivo; el proyecto de ley de 2005 mantiene la Tesorería pero integra al seguro social y dispone la creación de la Defensoría de Seguridad Social.

Los órganos máximos nacionales de todo el sistema o del subsector público no tienen representación de los usuarios, trabajadores o grupos sociales en cinco países (Brasil, Cuba, Chile--incluyendo FONASA, Ecuador y México); cuatro países tienen representación: Colombia (no se puso conseguir la composición), Nicaragua (1 trabajador entre 27 miembros), República Dominicana (6 representantes sociales en 9 miembros) y Venezuela (en el proyecto de ley de 2005, 2 sociales entre 7 miembros, todos nombrados por el gobierno). En el seguro social existe una

notable mayor participación social en la gestión ya que en 15 países hay directorios o juntas compuestos por representantes de los trabajadores, empleadores y gobierno, en algunos países también de los pensionados y profesionales de la salud. Además, los representantes no gubernamentales (trabajadores, empleadores y profesionales) tienen mayoría en siete países (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Perú), están en minoría en cinco países (El Salvador, Guatemala, Paraguay Uruguay y Venezuela) y en tres no se pudo obtener la composición; en al menos cuatro países el presidente del directorio es el representante del gobierno.

Es imposible resumir aquí, debido a su número y diversidad, los órganos participativos a nivel intermedio o local que operan en los 20 países, además en la gran mayoría fue imposible obtener la composición de dichos órganos. Sólo se pudo conseguir cifras no normalizadas de seis países sobre el grado de implantación de los órganos: 100% de los consejos de salud en los municipios y estados en Brasil, 100% de los EBAIS en Costa Rica, 20% de los establecimientos del primer nivel en Perú, 15% en los cantones de Ecuador, 7% de los municipios de Paraguay, y 4% de la población total en Panamá. En Colombia se reporta falta de información y conocimiento de los usuarios sobre sus derechos, ausencia de instrumentos para ejercerlos de manera efectiva y debilidad de las organizaciones civiles; en El Salvador y Guatemala hay escasa participación u órganos débiles. Sólo se logró obtener resultados de encuestas de participación en tres países: en Argentina entre los afiliados a las OS (2000) 68% dijo que no había vías de expresar opiniones sobre la participación aunque 92% estaba dispuesto de dar su criterio; en Colombia entre usuarios de hospitales públicos (2000) sólo 38% reportó tener un miembro de la comunidad y 66% tenían asociaciones de usuarios pero eran poco activas e informadas, otra encuesta tomada entre afiliados al régimen contributivo (2003) ordenó el acceso a la información como 4 (0-10) y 39% dijo no haber sido informado de sus derechos, éste porcentaje fue mayor en el régimen subsidiado; en El Salvador entre los SIBASI (2002) los miembros del comité de consulta social reportaron una participación pasiva (receptores de servicios), desconocimiento de la organización, financiamiento y presupuesto (que se opinó eran manejados por el gerente y su equipo), entre los usuarios 91% no conocía al SIBASI, 61% desconocía la existencia del comité de consulta, 75% opinó que no había participación del usuario y 69% que no había participación comunitaria.

Información disponible sobre las funciones específicas de los órganos de participación social locales en ocho países indica que son muy variadas, desde simple apoyo a las autoridades en promoción y prevención, discusión de políticas, y asesoría a formulación de estrategias y planes, fiscalización y gestión compartida de establecimientos del primer nivel: en Argentina juegan un papel en definir e implementar las políticas complementarias a las determinadas en las provincias y regiones, mientras que los consejos zonales discuten la problemática de salud como intermediarios entre las comunidades y hospitales de la zona con la autoridad superior; en Brasil formulan estrategias, ejecutan la política de salud y deciden como usar dichos recursos, los administradores del sistema deben suministrar información a los consejos y rendirles cuentas en cuanto asignación de recursos y planes de salud; en Costa Rica tienen carácter asesor en los establecimientos y áreas de salud, sus funciones son fiscalizar el funcionamiento, uso de los recursos, calidad de la atención y cumplimiento de los compromisos de gestión sobre los cuales deben opinar antes de su aprobación, pero sólo 40% de las juntas funcionan con regularidad y operan a nivel local con escasa o nula influencia en la estrategia nacional y carecen de información sobre ésta y los aspectos financieros clave de la reforma; en Chile la ley de 2004 dispone que asesorarán al director de los establecimientos autogestionados públicos sobre política sanitaria y planes de salud; en México también tienen funciones asesoras o de apoyo a las tareas de promoción, prevención y control de enfermedades; en Paraguay elaboran el plan de salud en discusión con los representantes de las autoridades sanitarias y comisiones vecinales; en Perú firman convenios de administración compartida para la administración de establecimientos al primer nivel, y en Venezuela el proyecto de 2005 los encarga de participar en la discusión pública de los programas de salud, hacer propuestas, diagnósticos, y denuncias.

En cinco países existe una Defensoría de los Afiliados, Asegurados, Habitantes o Seguridad Social que atiende reclamos y denuncias en aspectos de salud: Colombia, Costa Rica, Perú, República Dominicana y Venezuela (proyecto). Otros dos países tienen entidades públicas a nivel nacional que realizan funciones similares: la Superintendencia de Chile y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México. En Bolivia se han establecido recientemente los "defensores de la salud" de la población indígena.

Aunque es necesaria mayor investigación e información de otros países, el análisis anterior muestra muy reducida representación, extensión y participación social activa, salvo en el seguro social y las excepciones notables de Brasil y Costa Rica, con funciones muy variadas desde apoyo a promoción de la salud a cogestión de establecimientos. A continuación se analizan en detalle los mecanismos de participación en los países.

Argentina. Una evaluación del desempeño hecha por el ministerio en 2001 siguiendo la metodología de la OPS consideró que los resultados en participación social eran mínimos (OPS 2005a). Según una encuesta tomada en Buenos Aires en 2004, 68% de los afiliados en las OS consideraban que no había vías de participación suficientes para expresar su opinión sobre aquellas, aunque 92% estaba dispuesto a expresar dicha opinión (SSS 2004). La gran mayoría de las OS nacionales son administradas por los sindicatos, sin representación de los empleadores (a pesar de que estos cotizan el doble que los trabajadores).[170] La OS de jubilados y pensionados se administra por un directorio compuesto por 7 representantes de los pensionados, 2 de los trabajadores activos y 2 del poder ejecutivo nacional, uno de los cuales funge como presidente (Torres 2004). Las EMP no tienen representación de los usuarios. Dentro del subsector público, en algunas jurisdicciones existen Consejos Locales de Salud (CLS) y Consejos Zonales de Salud (CZS). Los primeros juegan un papel importante en la definición e implementación de las políticas locales *complementarias* a las determinadas en las zonas (regiones) y provincias; los segundos son intermediarios entre las comunidades y los hospitales de zona respecto a la autoridad superior, discuten la problemática zonal de salud; ambos están compuestas por técnicos y representantes de los trabajadores de salud y de la comunidad (OPS 2005a). En 2002, debido a la crisis económica y política, así como la emergencia sanitaria, se organizó la Mesa de Diálogo Argentino con una Mesa de Salud en la que estuvieron representados los gobiernos de la Nación, las provincias, los municipios, sindicatos, empleadores, OS, prepagas, mutuales, seguros privados, asociaciones de profesionales de la medicina y otros. Dicho diálogo fue positivo por reunir a grupos disímiles y antagónicos en un momento de crisis y resultó en un Acuerdo por la Salud firmado en 2002, pero éste fijó objetivos generales, sin recomendar acciones específicas, por ejemplo, mejorar el acceso, proteger a los grupos vulnerables, priorizar acciones, resolver la emergencia sanitaria, reconvertir servicios para mejorar eficiencia, etc. (MSA 2005).

Bolivia. La ley de participación de la comunidad de 1994 estipuló la creación de comités de vigilancia para generar consenso y promover la rendición de cuentas en el SBS y el seguro materno-infantil, pero sus actividades no avanzaron por varios años debido a falta de recursos financieros y entrenamiento (OPS 2005a). En el subsector público, los directorios locales de salud (DILOS), con un representante del ministerio, el municipio y la sociedad civil, fueron reemplazados en 1999 por consejos territoriales de salud sólo con funciones de consulta; en 2000 fueron restablecidos los DILOS haciéndolos responsables de decisiones y apoyo al plan anual local de salud, pero no de la operación de los servicios. Debido al poder creciente de las organizaciones indígenas, sindicales y campesinas, en 2000-2001 se promulgó la Ley de Diálogo Nacional, se creó un Consejo Nacional Indígena de Salud (CNIS; no se pudo obtener su composición) y se establecieron los defensores de la salud que representan a las comunidades indígenas en diálogo con las autoridades de salud,

[170] Las OS mixtas (sindicales y gobierno) eran administradas por representantes del sindicato, los empresarios y el gobierno, pero fueron disueltas por la reforma y convertidas en OS sindicales para permitir la libre elección (Montoya 1997; Flood 1997).

reciben y difunden información, a par que recogen y transfieren sugerencias y quejas (Banco Mundial 2004). En las 15 "cajas" de seguro social hay usualmente directorios o juntas con representantes de trabajadores, empleadores y gobierno, pero no se pudo obtener su composición.

Brasil. La constitución de 1988 estableció como un objetivo asegurar la participación social en el subsector público (SUS). Una Comisión Nacional diseñó las propuestas de reformas que se incorporaron en la constitución, mediante negociaciones con todos los segmentos del sector. El Consejo Nacional de Salud determina lineamientos, aprueba planes y monitorea la implementación, mediante negociación, pero sólo entre los administradores de los tres niveles del SUS. La Comisión Interadministrativa Tripartita negocia todos los aspectos de la descentralización, está compuesta por 15 miembros del ministerio federal y de las secretarías estatales y municipales (también hay comisiones bipartitas a nivel estatal), sin representación de los usuarios. No obstante, una ley de 1990 ordenó el establecimiento, en cada uno de los tres niveles, de Consejos de Salud permanentes y Conferencias de Salud celebradas periódicamente; ambos mecanismos están integrados en 50% por representantes de los usuarios, el resto por funcionarios y profesionales de la salud, administradores y proveedores. En 2000 ya estaban organizados consejos en el Distrito Federal, los 26 estados y 99% de los municipios; sus funciones son formular estrategias, ejecutar la política de salud y decidir donde mejor usar los recursos de acuerdo con dichas políticas; los administradores del SUS deben suministrar información a los consejos respecto a la asignación de recursos y los planes de salud y deben rendir cuentas. Las conferencias evalúan la situación sanitaria y proponen lineamientos para la formulación de políticas; en la celebrada en 2000 participaron 2,500 delegados de toda la nación. También algunos hospitales están organizando consejos u otros órganos de consulta. Desde 2000 el SUS conduce encuestas entre los usuarios respecto a satisfacción y calidad de los servicios (OPS 2005a).

Colombia. La constitución de 1991 y la ley de 1993 establecieron cuatro mecanismos de participación y control social: (a) el Consejo Nacional de Seguridad Social en la Salud (que tiene funciones fundamentales, ver sección E-1) se compone de 13 miembros que representan al gobierno, aseguradoras y proveedoras, profesionales y sindicatos, comunidades y usuarios (no se pudo obtener la representatividad de estos últimos); (b) las juntas directivas de los hospitales (ESE) tienen participación de los usuarios (tampoco se conoció su representatividad); (c) se estipula las asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS; (d) la Defensoría del Pueblo recibe reclamos y quejas de los usuarios y hace encuestas para conocer la opinión de estos, y (e) los ciudadanos tienen derecho a una acción de amparo ("tutela") para reclamar contra posibles violaciones de seguridad social (incluyendo salud), las cuales pueden presentarse ante cualquier juzgado y ser apeladas ante la Corte Constitucional.[171] La administración de las aseguradoras y proveedoras, así como FOSYGA y la Superintendencia no tienen representación efectiva de los afilados, usuarios o la comunidad; estos últimos carecen de organización y poder para ejercer sus derechos y funciones. Además, debido a recortes presupuestarios, los hospitales ya no pueden financiar y asesorar programas participativos comunitarios, que antes tenían, como escuelas de padres y de líderes, grupos de mujeres productivas, agentes comunitarios y educativos, comunicación para la movilización social y otras (Málaga y otros 2000; Yepes 2000). Una evaluación hecha en 2000 por el Ministerio de Salud sobre la participación social en los hospitales encontró que sólo 38% tenían un miembro de la comunidad en sus juntas directivas, 47% no conducían encuestas de opinión sobre sus servicios, y aunque 66% tenían una asociación de usuarios ésta no era muy diligente por su debilidad y carencia de información (Felizzola 2002). Basada en información del ministerio, la OPS (2005) concluye que no hay estudios rigurosos que puedan sustentar los efectos de la reforma en la participación social en salud, que los mecanismos de participación son principalmente representativos y no participativos, y que no hay asociaciones de usuarios en aseguradoras y

[171] Entre enero de 1992 y enero de 2004 se tramitaron 850,659 acciones de amparo, la mitad de ellas en salud y la otra mitad en pensiones (Vargas 2004).

proveedoras privadas. Otro estudio concluye que la reforma ha hecho poco para desarrollar instrumentos a fin de que los ciudadanos controlen las funciones de aseguramiento, financiamiento, provisión y calidad de los servicios, debido a cuatro obstáculos: falta de conocimiento de los usuarios sobre sus derechos; información limitada sobre dichos derechos y ausencia de instrumentos para ejercerlos de manera efectiva; mecanismos deficientes para reconocer la diversidad social, y debilidad de las organizaciones civiles. La introducción del nuevo sistema conllevó la necesidad de suministrar información, educar y aprender; los pobres, especialmente, tenían que conocer las ventajas de estar afiliados, pero la pobre información existente perjudicó su habilidad para afiliarse y ejercer sus derechos (Felizzola 2002). En una encuesta tomada en 2002-2003 por la Defensoría del Pueblo sobre evaluación de servicios en las EPS en el régimen contributivo, los afiliados dieron una calificación de 5 (entre un rango de 0 a 10) al acceso a información; el 64% no había sido invitado a programas de promoción, el 39% no había sido informado de los servicios a que tiene derecho y el 37% no conocía la red de proveedores de servicios (las proporciones fueron mayores entre los afiliados al régimen subsidiado) (*Salud Colombia* N^{o} 71 2003).

Costa Rica. Hay una larga tradición de consulta pública y resolución de conflictos por consenso. El seguro social tiene una junta directiva con 10 miembros: 4 representantes de trabajadores (elegidos por sindicatos, cooperativas y movimiento solidarista), 3 de empleadores y 4 del gobierno; el Ejecutivo elige al presidente de la junta. En 1996, la junta decidió hacer cambios cruciales en el reglamento de pensiones sin consultar a los organismos sociales, lo cual provocó la ocupación del edificio central de la CCSS por dichos organismos y la suspensión de los cambios; en 1997-1998 se organizó un Foro de Concertación Nacional con amplia participación de todos los sectores sociales que acordaron los principios de la reforma de pensiones, luego plasmados en ley de 2001. Pero la reforma de salud tomó un camino distinto: no se negoció su diseño con los sectores sociales, se aprobaron las leyes sin oposición de coaliciones sociales y la reforma ha continuado por cinco administraciones sucesivas (Martínez y Mesa-Lago 2003). En 2000 se introdujo un importante mecanismo participativo: las juntas de salud que son entes auxiliares de carácter asesor en los establecimientos y áreas de salud de la CCSS (deben crearse tanto en los proveedores del seguro social como en los privados), sus miembros son elegidos y no reciben pago, y tienen como objetivo fiscalizar el funcionamiento, el uso de los recursos, la calidad de la atención y el cumplimiento de normas, incluyendo los compromisos de gestión sobre el cual deben opinar antes de su aprobación. Pero se ha notado que su participación es poco dinámica (Herrero y Durán 2001). En 2000 había 235 juntas de salud organizadas en 78% de los EBAIS, así como programas de control de calidad en 80% de las áreas de salud, y oficinas de la Contraloría General que atienden quejas en los hospitales (OPS 2005a). Desde 2000 comenzó a operar en el ministerio una unidad de denuncias de usuarios, comunidades, instituciones, ONG's y la Defensoría de los Habitantes; en 2001 se recibieron 67 denuncias, la mayoría en establecimientos que atienden adultos mayores[172] (Programa Estado 2002). Pero hay varios problemas: la Contraloría no presta suficiente atención a la actuación de la CCSS; sólo 40% de las juntas de salud funcionaban con regularidad en 2000, además operan en el ámbito local y tienen influencia escasa o nula en la estrategia a nivel nacional, y tanto las juntas como los asegurados carecen de información adecuada sobre la estrategia de la reforma y sus resultados, así como de aspectos financieros clave; importantes denuncias sobre aspectos fundamentales de la reforma en 2000-2002 no fueron respondidas o debatidas públicamente por la CCSS, resultando en muy escasa rendición de cuentas; no han sido establecidos los comités de vigilancia y asambleas del sector estipulados por la ley de protección del trabajador de 2001, ni tampoco se ha cumplido—al menos hasta 2003—con el mandato de dicha ley de facilitar el acceso a información a los sectores sociales (Martínez y Mesa-Lago 2003).

[172] No obstante, evaluaciones conducidas en 2000-2001 indicaron que en la región de Brunca la participación se mantenía en un nivel bajo (Programa Estado 2002).

Cuba. La reforma de los años noventa puso más énfasis en la participación social y se establecieron consejos de salud en diferentes agencias, presididos por el ministerio de salud y con representantes de otros sectores y organizaciones que participan en la administración de la salud; aparentemente no hay representación de los usuarios. Los consejos administrativos en cada nivel de atención apoyan a la comunidad mediante comisiones de salud (OPS 2005a).

Chile. Hasta ahora no hay participación de los usuarios o de los trabajadores en la administración de la Superintendencia de Salud, FONASA o las ISAPRES (no hay razón para la participación social de los empleadores puesto que ellos no cotizan). Los debates son entre actores intermedios (políticos, funcionarios, sindicatos, administradores) y los usuarios quedan marginados (Sánchez y Zuleta 2000). Los municipios están obligados a hacer un diagnóstico de salud y desarrollar un plan de salud comunal con participación de los ciudadanos, pero hay varios problemas: su implantación es precaria en la mayor parte del país; los que participan son usualmente organizaciones sociales tradicionales o voluntariado, pero no los grupos sociales emergentes más dinámicos, debido a que estos son informales y esporádicos; no existen instrumentos ni capacidades locales para hacer efectiva la participación, en gran medida porque no se han desarrollado organizaciones de consumidores o grupos de defensa ciudadanos en torno a la salud (Celedón y Noé 2000). Funcionan Consejos de Desarrollo en los hospitales y centros de salud ambulatorios, con representantes de la comunidad, que conocen la marcha del establecimiento, recomiendan prioridades y tratar de obtener recursos, pero no tienen formalización legal, su carácter es consultivo y sus decisiones no son vinculantes para los gerentes (OPS 2005a). El Presidente ha afirmado que la participación social en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas sanitarias es un elemento importante de la democracia y necesaria para "la legitimación del sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana": se debe dar cuenta a los usuarios de la calidad y oportunidad del servicio y del uso eficiente de los recursos, así como adecuada información ("Mensaje..." 2002: 6). Las dos leyes de 2004 establecen cuatro mecanismos de participación, aunque sólo uno con representación de los usuarios: (a) el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías de Salud, que asesorará al ministro de salud en cuanto a dicho régimen, compuesto de nueve miembros seleccionados por diversas disciplinas universitarias; (b) los Consejos Consultivos de Usuarios, que asesorarán en política sanitaria y evaluación de los planes institucionales al director de los establecimientos autogestionados públicos, compuestos por cinco representantes de la comunidad vecinal y dos de los trabajadores del establecimiento; (c) los Comités Técnicos Consultivos en los Servicios de Salud en que habrá representantes de las entidades administrativas del distrito y dos de los funcionarios, y (d) los Consejos de Integración de la Red Asistencial en los Servicios de Salud constituidos por representantes de los establecimientos públicos y privados en todos los niveles de atención.[173] FONASA y las ISAPRES son responsables de los daños causados por la falta de servicio y el incumplimiento de las garantías de salud. Los usuarios tienen el derecho de exigir el cumplimiento de dichas garantías a FONASA y la ISAPRES y recurrir a la Superintendencia de Salud; ésta puede imponer sanciones por violaciones, incluyendo multas y suspensión de actividades (Leyes 19,937 y 19,966 de 2004). No se obtuvo información sobre encuestas de opinión de usuarios.

Ecuador. El Consejo Nacional de Salud está integrado por las 17 entidades del sistema y presidido por el ministro, el reglamento debe normar la forma de "designación o elección" de sus representantes (LOSNS 2002). La junta directiva del seguro social tiene 3 miembros: 1 de los trabajadores, 1 de los empleadores y 1 del gobierno que la preside (LSS 2001). La ley de

[173] En el proyecto de ley original el Consejo Consultivo de Garantías de Salud estaba integrado por colegios y asociaciones profesionales, representantes de proveedores públicos y privados, municipios, FONASA, ISAPRES, profesores y las ONG's; también el proyecto establecía un Consejo Nacional Consultivo de Calidad compuesto por expertos en salud, y representantes de las aseguradoras y proveedoras ("Resumen..." 2003).

descentralización y participación social de 1997 se suspendió hasta que se aprobó su reglamento en 2001; el ministerio propició la participación en la discusión de la reforma de salud, creó comités de participación y control de gestión, así como de modernización en los hospitales (pero los consejos de salud locales sólo operaban en 15% de los cantones en 2001). La ley de maternidad gratuita y atención a la infancia estipula la creación de comités de usuarios para monitorear su aplicación y la ley orgánica de consejos parroquiales es otra vía de participación. La ley del sistema nacional de salud regula los funciones del consejo nacional de salud y los consejos provinciales y cantorales, pero los dos primeros no tienen participación de usuarios y la comunidad sino de las entidades prestadoras, mientras que los cantorales están presididos por el alcalde aunque tendrán representación de las juntas parroquiales y "participación paritaria del Estado y la sociedad civil", sin especificar su composición (LOSNS 2002; OPS 2005a).

El Salvador. El Consejo de Reforma del Sector Salud (1999-2000) tuvo amplia representación social pero sus recomendaciones no fueron seguidas.[174] Hay participación (aunque minoritaria) de los trabajadores en la junta directiva del seguro social. Los SIBASI tienen comités de gestión (compuestos por representantes de los proveedores) y comités de consulta social. El marco para la operación de los SIBASI es vago en cuanto a la integración de dichos comités y sólo menciona "definir el perfil" de sus miembros, sin especificar como se seleccionan y a que grupos representan (MSPAS 2001c). Una encuesta realizada en 2002 entre 5 de los 27 SIBASI (incluyendo Nueva Guadalupe, el más antiguo y exitoso) encontró que los gerentes y los miembros del comité de gestión (integrado por representantes de los proveedores) se referían a dichos "perfiles" sin dar detalles (uno mencionó una convocatoria), mientras que la mayoría de los miembros del comité de consulta social informó que eran propuestos por el alcalde o invitados por la dirección de la unidad de salud del ministerio (uno dijo que por votación popular). Los miembros de ambos comités afirmaron que la participación social es pasiva (únicamente como receptores de los servicios); los miembros del comité de consulta desconocían la organización del SIBASI, así como cual eran las fuentes de financiamiento, el presupuesto y su distribución, indicando que eran manejados centralmente por el gerente y su equipo técnico. Un promedio de 91% de los usuarios entrevistados no conocía el SIBASI (95% en Nueva Guadalupe con 7 años de operación), un 61% no conocía la existencia del comité de consulta, 11% dijo que el SIBASI apoyaba a dicho comité, 75% contestó que no hay participación individual del usuario en el SIBASI y 69% que no hay participación comunitaria, a pesar de que existen comunidades de base organizadas (APSAL 2002).

Guatemala. No hubo consulta pública sobre la reforma que fue diseñada por las autoridades del ministerio, los mecanismos de participación "son aún débiles", como voluntarios de las comunidades pero sin organizaciones formales y legalmente constituidas (OPS 2005a). El paquete básico y la subcontratación de sus servicios se planeó e implementó por el ministerio sin consulta previa a los directores de áreas de salud y sus empleados los cuales se opusieron pues percibieron el proceso como de privatización y una amenaza a sus puestos, por lo que hubo directores locales que entorpecieron al programa. Las ONG's destinadas a ser las principales proveedoras tampoco fueron consultadas y la mayoria desconfiaba del gobierno y le preocupaba que no le pagase o temia ser utilizada por aquel con fines politicos o ser involucrada en actividades corruptas; una asociacion de ONG's para la capacitación de sus miembros se opuso enérgicamente al programa. Esta situación obligó al ministerio a negociar posteriormente con sus funcionarios e introducir el modelo mixto de provisión con participación de aquellos. También se logró fomentar mayor confianza entre las ONG's que incrementaron su participación en el programa. "Si desde el comienzo se hubiera aumentado la participación y la comunicación [con los funcionarios y las ONG's], se habría mejorado significativamente la eficacia del programa" y evitado muchas

[174] La propuesta consensuada de reforma del Consejo propuso introducir la participación en todos los niveles de atención respecto a definición de necesidades, provisión de servicios y evaluación de sus avances y fallas, así como introducir una auditoría y contraloría social (Mesa-Lago 2001b).

dificultades (La Forgia 2005: 25).. La junta directiva del seguro social tiene 8 miembros pero sólo un representante de los trabajadores y el presidente de la junta es nombrado por el Presidente de la República. Recientemente se creó la Instancia Nacional de Salud compuesta por ONG's que aspira a promover la salud con participación social, también hay consejos de desarrollo (OPS 2005a).

Hait**í**. La discusión de la reforma de 1996 fue sólo entre el gobierno y los donantes externos, sin participación de los trabajadores de la salud, grupos organizados o los usuarios. Se comenzaron a crear células de gestión en los departamentos y consejos municipales, estos últimos supuestamente elegidos por la comunidad, pero este plan no se materializó por la crisis (OPS 2005a). La nueva estrategia del ministerio tiene entre sus objetivos incrementar la participación de la comunidad en las acciones de salud a nivel local, pero sin especificar como. Un donante externo plantea que "las voces y preferencias de los usuarios deben ser reflejadas en los mecanismos de provisión, además los ciudadanos deben ser capaces de verificar la transparencia, oportunidad y respuesta de los servicios". Para promover la participación incluye como condición: "promover el diálogo, la información pública y el consenso en la introducción de cambios legislativos y reglamentarios", así como proveer financiamiento y asistencia técnica para talleres, seminarios y material informativo a los departamentos y distritos (BID 2003: 6, 12).

Honduras. La junta directiva del seguro social está compuesta de 3 representantes de los trabajadores, 3 de los empleadores, 2 del gobierno y uno de los médicos. En el subsector público hay consejos municipales con participación de ONG's, iglesias, empresas privadas, el ministerio y el seguro social, con acuerdos de gestión; también hay cabildos abiertos en programa Nueva Atención de Salud al nivel primario (OPS 2005a).

México. En el programa de enfermedad-maternidad del seguro social principal (IMSS) hay representación de trabajadores, empleadores y gobierno en tres órganos: la Asamblea General (10 miembros de cada sector), el Consejo Técnico (4 miembros de cada sector) y la Comisión de Vigilancia (2 miembros de cada sector). También hay representación tripartita en otros seguros sociales (ISSSTE, PEMEX). En el subsector público, la junta directiva del Consejo de Salubridad General está integrada por las máximas autoridades de las entidades que la componen, sin representación de usuarios. El plan nacional de salud 2001-2006 propicia el programa de comunidades saludables orientados a la promoción, con recursos asignados a los municipios y asesoría del ministerio federal (SSA); también renueva su apoyo a los comités locales de salud en unidades del primer nivel que apoyan las tareas de prevención y control de enfermedades, y promueve el establecimiento de comités municipales de salud con labores de promoción y salud comunitaria, estos últimos integrados por miembros del gobierno local y la sociedad civil; no se especifica la representatividad en ninguno de estos órganos ni sus poderes, ni la distribución de sus funciones. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico media en las quejas de la población por no recibir la atención debida o irregularidades en las prestaciones (Presidencia 2001; OPS 2005a).

Nicaragua. Existen Juntas Directivas de los SILAIS y los hospitales, con participación de actores sociales que apoyan el desarrollo de planes de acción de salud, el diagnóstico y la gestión de necesidades básicas, así como comités de desarrollo comunitario en las zonas rurales igualmente orientados a necesidades básicas. En 2003 se creó el Consejo Nacional de Salud dependiendo del ministro del ramo, participan 27 instituciones y miembros de la sociedad civil (pero sólo un representante de los trabajadores), a más de consejos departamentales. La ley determina que haya un representante por cada una de cinco organizaciones (sindicatos, médicos, enfermeras, consejos regionales y comunidades) pero no del resto de los 22 delegados (Rossman y Valladares 2003). El excesivo número de representantes y la adscripción del Consejo al despacho del ministro, son obstáculos para su autonomía y funcionamiento dinámico. No hay representación de asegurados y usuarios en las EMP; las quejas de sus asegurados sobre mala atención pueden resultar en la inspección del seguro social y la imposición de sanciones (La Forgia 2005). La ley de participación ciudadana propuesta en 2001 por fin se aprobó en junio de 2005.

Panamá. En 1999 operaban 1,135 comités de salud legalmente constituidos (agrupados en 18 federaciones y una confederación nacional), en los que participaban alrededor de 45,000 personas (3,5% de la población), la mayoría en el área rural, y se estaban fortaleciendo los consejos municipales así como los organismos de base popular en el nivel regional. En 2001 se organizó el Diálogo Nacional con representantes de todos los sectores sociales, el cual tuvo una mesa sobre salud que generó un consenso sobre la formalización de un sistema nacional de salud que coordine adecuadamente a los subsectores público y de seguro social. La junta directiva del seguro social tiene 11 miembros: 4 de los trabajadores, 3 de los empleadores, 2 del gobierno y uno cada de los profesionales de salud y de los pensionados.

Paraguay. No hubo participación de los trabajadores en el proceso de reforma, ésta tiene como uno de sus objetivos promover la participación social y comunitaria creando consejos regionales y locales de salud, pero estos últimos sólo funcionaban en 17 de los 221 municipios en 2001; los consejos locales deben elaborar el plan de salud en discusión con comisiones vecinales, representantes de sectores de salud, educación, etc., a fin de determinar las necesidades y grupos prioritarios, eventualmente tendrán la responsabilidad de administrar los recursos físicos y financieros que le transferirá el ministerio (OPS 2005a). El consejo de administración del seguro social tiene representantes de los trabajadores (en minoría), pensionados, empleadores y Estado (Ramírez 2005a).

Perú. No hubo participación activa o negociación con los actores sectoriales en la reforma, la cual se hizo por el ministerio manteniendo los planes en reserva; los colegios médicos hicieron planteamientos que no fueron acogidos (OPS 2005a). El consejo directivo de EsSalud se compone de 9 miembros: 3 representando a los asegurados (de los sectores laborales privado y público, más un pensionado), 3 a los empleadores y 3 del gobierno, de entre los cuales se elige al presidente (LCSSS 1999). La participación comunitaria se desarrolló a partir de 1994 a través de comités locales de administración en salud (CLAS), con los cuales el ministerio firma contratos de administración compartida, haciéndolos responsables de la administración de uno o más establecimientos de salud al primer nivel. Los CLAS se gestionan por un máximo de 7 miembros, incluyendo al jefe del establecimiento que lo preside, y el resto son nominados por la comunidad; entre los problemas que confrontaron se reportó resistencia de los representantes de la comunidad a ser supervisados por el jefe; en 2001, siete años después del inicio de este programa, los CLAS funcionaban sólo en 20% de los establecimientos del primer nivel (Ortiz y otros 1999, OPS 2005a). Entre 2001 y 2004 los CLAS recibieron apoyo de organizaciones financieras internacionales, pero su avance sigue siendo lento, en parte por el proceso actual de descentralización hacia las regiones (éstas deciden si quieren mantener los CLAS, descontinuarlos o introducir modificaciones), y por problemas con la autorización de fondos públicos a entidades privadas que actúan con libertad para gastar los fondos pero sin someterse a las normas públicas. También hay mesas de concertación de salud y comités de coordinación de salud en provincias y distritos y, desde 2001, se están organizando consejos regionales y provinciales de salud, pero no se pudo obtener información específica sobre la composición y funciones de dichos órganos. La defensoría de los asegurados, autónoma pero relacionada al seguro social, recibe quejas y reclamos de los asegurados y supervisa dichos reclamos cuando han sido presentados en EsSalud (MS 2002; EsSalud 2005b; Manrique 2005; MINSA 2005b).

República Dominicana. Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social compuesto por 12 miembros: 3 representantes de los trabajadores, 3 de los empleadores, 3 del Estado, 2 de los afiliados y 1 de los profesionales. También se estableció el Consejo Nacional de Salud, para fortalecer la participación, así como una entidad de Defensa de los Afiliados, y se ha reconocido a los comités de salud de barrios como mecanismos participativos (OPS 2002b, 2005; IHSS 2003; Lizardo 2004).

Uruguay. El Directorio del seguro social (BPS) se compone de siete miembros: 4 designados por el gobierno (la mayoría, y uno de ellos es escogido presidente), 1 por los asegurados activos, 1 por los pensionados y 1 por los empleadores. En el subsector público hay escasa participación, existen comisiones de apoyo en algunos hospitales y comisiones en barrios que apoyan a los centros de salud municipales; hay una asociación de usuarios que ayuda a estos en los trámites de denuncia ante el ministerio; no hay información sobre los establecimientos con comisiones de arbitraje. Uno de los objetivos del programa de la administración 2001-2005 era "promover la participación social a través de los usuarios y las instituciones de servicios de salud con el fin de resolver los problemas en un clima de confianza y respeto a los derechos de los ciudadanos", pero no se pudo obtener una evaluación de sus resultados (OPS 2004d, 2005).

Venezuela. La ley orgánica de la seguridad social de 2002 dispuso la creación de la Tesorería de la Seguridad Social con un directorio integrado por 9 miembros: 6 designados por el gobierno, 1 por los trabajadores, 1 por los empleadores y 1 por los pensionados; también ordenó que el Defensor del Pueblo organizase una Defensoría de la Seguridad Social y que las comunidades tendrían el derecho de participar en la toma de decisiones de las políticas de salud. A mediados de 2005 todavía ninguna de dichas instituciones y mecanismos habían sido establecidos y el seguro social (IVSS) seguía operando, gestionado por un director y otros dos miembros designados y removibles por el Ejecutivo, sin representación de los trabajadores y empleadores (LOSSS 2002). El proyecto de ley de salud de 2005 estipula que la participación y control social se regirán por la referida ley orgánica, por la propia ley de salud y sus reglamentos y por la ley que norme la participación ciudadana, posponiendo la implementación de los órganos participativos. El Instituto Nacional de Salud (INAS), a cargo de todo el sistema público integrado, tendrá un directorio de 7 miembros designados por el Presidente de la República: 5 del gobierno, 1 de las universidades y 1 de los órganos de participación social. El proyecto dispone la participación de la comunidad en el control social en todas las dependencias del INAS mediante múltiples órganos que serán elegidos democráticamente pero con una estructura excesivamente compleja y cierta duplicación de funciones: asambleas de salud en los centros de los tres niveles de atención, los cuales elegirán a comités de salud, ambos con iguales funciones (participar en la discusión pública de los programas de salud, ejercer contraloría social, tramitar ante las autoridades competentes propuestas, denuncias e iniciativas para mejorar la gestión, y realizar diagnósticos de las necesidades de salud de sus comunidades); también juntas coordinadoras de salud, que este caso serán las que elegirán las asambleas, en las instituciones del INAS distintas a los centros que radiquen en los estados, municipios y parroquias, con iguales funciones a los órganos anteriores; las asambleas parroquiales elegirán a las municipales, éstas a las estatales y éstas a su vez a la asamblea nacional de salud. El proyecto dictamina que el Defensor del Pueblo cree, en vez de una Defensoría de la Seguridad Social, mecanismos para la promoción, defensa y vigilancia de la salud (RBV 2004).

F. Sostenibilidad financiera

Dentro de los países en desarrollo, América Latina exhibe los gastos de salud más altos (tanto como porcentaje del PIB como del gasto público) y sólo los países industrializados y algunos en desarrollo de Europa Central-Oriental y Asia tienen costos mayores (Ron y Scheil-Adlung 2001). Algunos indicadores de salud de la región (como la esperanza de vida) corresponden con su alto gasto, pero otros no son satisfactorios (como la mortalidad infantil en la mayoría de los países). Varias razones explican esta contradicción: las desigualdades notables en la cobertura y entre ésta y las necesidades sanitarias de la población; la asignación y uso ineficiente de los recursos (por ejemplo, el grueso de los recursos se asigna al seguro social que cubre una minoría de la población y ofrece servicios esencialmente curativos en vez de preventivos que podrían resolver las causas principales de morbilidad en la mayoría de los países); el acceso a los servicios de tercer nivel sin costo o bajo costo para la población que tiene recursos; la segmentación del sistema que resulta en duplicación de

servicios, así como demasiadas entidades que no pueden tomar ventaja de las economías de escala, y los serios problemas de evasión y morosidad; y el alto gasto directo de las familia o de bolsillo que tiene un efecto devastador entre los pobres. Los costos de salud tienden a aumentar debido a la expansión de la cobertura de personas y riesgos, el envejecimiento de la población, la transformación de los perfiles epidemiológico, demográfico y patológico, y los costos crecientes de la tecnología sanitaria, medicinas, etc. (Mesa-Lago 1992; Medici 2000; Titelman 2000).

Las reformas de salud intentan controlar los costos, reducir el déficit fiscal y aumentar la sostenibilidad financiera de los sistema de salud mediante varias políticas: (1) integrar la protección de múltiples entes proveedores para evitar la duplicación y tomar ventaja de las economías de escala; (2) separar las funciones de financiamiento de las de provisión, así como asignar y gestionar mejor los recursos con el fin de aumentar la eficiencia; (3) incrementar el grado de descentralización financiera de los aportes públicos, para mejorar la distribución entre regiones y adaptar el gasto a las necesidades locales; (4) introducir mecanismos de recuperación de recursos de la población que puede pagar los servicios (por ejemplo, a través de cuotas de uso que además de generar ingresos deberían controlan el sobre uso de medicinas y consultas) y focalizar los recursos fiscales en la población pobre y de bajo ingreso; (5) otorgar prioridad a la atención primaria, promoción, prevención y paquete básico (mecanismos de bajo costo que maximizan el número de beneficiarios), así como establecer una jerarquía en el resto de las acciones de salud de acuerdo con las necesidades existentes y recursos disponibles (aumentar la asignación al primer nivel y reducir la de los otros dos niveles, controlar el sobre uso de hospitales y medicinas); (6) cambiar el financiamiento de modelos orientados a la oferta hacia otros dirigidos a la demanda para reducir costos y mejorar la cobertura y los servicios, y (7) estimular la competencia para reducir los costos (Banco Mundial 1993; Medici 2000). Un mecanismo para reducir el déficit fiscal utilizado en Chile fue la venta de instalaciones públicas al subsector privado, lo cual redujo el gasto y generó ingresos aunque de una sola vez (Cifuentes 2000).

La evaluación de la reforma en la sostenibilidad financiera basada en seis indicadores de la OPS encontró mejoras en tres aspectos: (1) en la mitad de los países en la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público y para cobrar a deudores; (2) en una minoría de países en la sostenibilidad a mediano plazo de los programas o servicios públicos o la capacidad de gestión de los préstamos externos y su eventual substitución futura, y (3) en la mayoría de los países en la información desagregada sobre el gasto aunque no hay prueba que se haya fortalecido la capacidad para construir tendencias y elaborar escenarios de gasto. Pero la evaluación detectó tres debilidades en la mayoría de los países: (1) la precaria sostenibilidad de los nuevos programas; (2) la creciente dependencia del financiamiento externo, y (3) la incapacidad para reemplazar en el futuro los préstamos externos por fuentes de financiamiento interno (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a). Por otra parte, tres expertos de CEPAL consideran que las reformas de salud no han logrado superar las debilidades del control de contribuciones (evasión y mora) y que continúan problemas de exclusión que en el futuro incrementarán la carga fiscal (Uthoff, Titelman y Jiménez 2003).

En secciones anteriores hemos analizado como varios de los objetivos de la reforma resumidos arriba no se han alcanzado en la mayoría de los países o han avanzado poco: sólo 3 o 4 países han integrado sus sistemas y separado las funciones, persisten serios problemas de eficiencia, el gasto en el primer nivel continua siendo muy bajo, las desigualdades entre las regiones no han disminuido sustancialmente, la autogestión hospitalaria ha avanzado poco. En esta sección se analizan varios aspectos de la sostenibilidad financiera: las tendencias en el gasto y su distribución, las fuentes de financiamiento, la evasión y la morosidad, los subsidios a la oferta versus la demanda, y el balance financiero de los sistemas.

1. Tendencias en el gasto de salud y su distribución por subsectores y niveles

La OMS (2004) ofrece información normalizada de todos los países sobre los gastos totales de salud en el período 1997-2001. Sin embargo, un serio problema ha sido las diferencias considerables en las series históricas de los porcentajes del gasto total respecto al PIB y en la distribución porcentual de dicho gasto por subsectores, tanto entre los organismos internacionales (OMS, OPS, BID) como en cuanto al las estimaciones nacionales; las discrepancias en las estadísticas de un mismo país, a menudo resultan de series distintas publicadas por la misma organización internacional o regional, lo cual hace difícil la evaluación. El Cuadro 14 muestra en los 20 países el gasto total de salud como porcentaje del PIB y la distribución porcentual del gasto entre los tres subsectores, así como el gasto total per cápita en dólares internacionales en 2001. Las discrepancias estadísticas importantes se analizan en cada país.

El promedio no ponderado del porcentaje gasto/PIB era 6,7% en 2001 (basado en Cuadro 14); la serie de 1997 a 2001 exhibe una tendencia creciente sostenida moderada de 6,3% a 6,7% en el promedio regional (basado en OMS 2004). Los países con mayor porcentajes gasto de salud/PIB son generalmente los más desarrollados, con los sistemas de salud más avanzados y cobertura universal o casi universal (7% a 11% en Uruguay, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Panamá—ordenados de mayor a menor por su porcentaje), mientras que los países con los niveles más bajos de desarrollo, sistemas de salud y cobertura tienen porcentajes inferiores al promedio regional (4% a 6% en Ecuador, Haití, Perú, Guatemala, Bolivia, Honduras y República Dominicana—ordenados de menor a mayor por su porcentaje); la serie de 1997 a 2001 ratifica dicho ordenamiento anual. Pero hay varias excepciones: Cuba tiene cobertura universal y uno de los sistemas de salud más avanzados en la región, mientras que Colombia y México tienen sistemas relativamente avanzados y coberturas altas, pero los tres países exhiben porcentajes algo inferiores al promedio regional (6,1%, 5,5% y 6,1% respectivamente). Por otra parte, El Salvador, Nicaragua y Paraguay, países de bajo nivel de desarrollo, sistemas de salud y cobertura tienen un porcentaje por encima del promedio (alrededor de 8%). Un examen de la serie histórica 1997-2001 confirma que 2001 no es un año “anormal” o una excepción ya que estos países han tenido tasas similares en dicho período (basado en OMS 2004).

CUADRO 14

GASTO DE SALUD EN PORCENTAJE DEL PIB Y POR SUBSECTORES Y GASTO TOTAL PER CAPITA EN DOLARES INTERNACIONALES, 2001

(En porcentajes y dólares internacionales per cápita)

Países	Gastos Totales de Salud (%)							Gasto Total Per Cápita (US$) [b]
	Del PIB	Público[a]	Seguro Social[a]	Privado				
				Total	Familias	Seguros[a]	Otros[a]	
Argentina	9,5	22,1	31,3	46,6	29,1	14,5	3,0	1,130
Bolivia	5,3	22,3	44,0	33,7	28,9	2,6	2,2	125
Brasil	7,6	41,6		58,4	37,4	21,0	0,0	573
Colombia	5,5	49,3	16,4	34,3	22,4	11,9	0,0	356
Costa Rica	7,2	6,3	62,2	31,5	29,0	0,5	2,0	582
Cuba	6,1[c]	86,2	0,0	13,8	10,6	0,0	3,2[g]	229
Chile	7,0	44,0[d]		56,0	33,4[d]	22,6[d]	0,0	792
Ecuador	4,5	27,5	22,8	49,7	36,6	4,7	8,4	177
El Salvador	8,0	25,9	20,8	53,3	50,6	2,6	0,1	376
Guatemala	4,8	22,2	26,1	51,7	44,3	2,7	4,7[g]	199
Haití	5,0	53,4	0,0[e]	46,6	46,6[e]	n,d,[e]	n,d,	56
Honduras	6,1	43,9	9,2	46,9	41,7	3,5	1,7	153
México	6,1	14,8	29,5	55,7	51,5	2,7	1,5	544
Nicaragua	7,8	33,3	15,2	51,5	47,9	2,1	1,5	158
Panamá	7,0	29,0	40,0	31,0	25,2	5,8	0,0	458
Paraguay	8,0	19,8	18,5	61,7	44,2	17,5	0,0	332
Perú	4,7	26,5	28,5	45,0	36,8	7,2	1,0	231
R. Dominicana	6,1	27,9	8,2	63,9	56,5	0,3	7,1[g]	353
Uruguay	10,9	29,7	16,6	53,7	16,3	37,4[f]	0,0	971
Venezuela	5,0	49,6	12,5	37,9	36,2	1,7	0,0	386

Fuentes: Gasto total/PIB de OMS 2004; distribución porcentual cálculos del autor basado en OMS 2004; per cápita en dólares internacionales de OMS 2003.

n.d.= no disponible.

[a] El subsector público es predominantemente el ministerio pero también incluye otras instituciones en varios países; el seguro social se refiere al programa general pero en algunos países incluye programas separados; los seguros incluyen prepagas, planes de salud, etc; otros es un residuo no especificado.

[b] Dólares internacionales 2001. La OMS (2004) da 7,2%, una cifra diferente a la basada en estadísticas oficiales que se muestra en el cuadro.

[d] Público-seguro social incluye FONASA, municipios y fuerzas armadas; familias incluye directo y copagos; seguros incluye ISAPRES y mutuales.

[e] Hay seguro social de enfermedad y maternidad (este último iniciado en 1999) pero no implementados del todo y con poquísimos asegurados; no hay virtualmente seguros, prepaga o planes de salud; parte del gasto privado es por ONG's, así como clínicas y otros establecimientos, el financiamiento externo es muy importante.

[f] Principalmente mutuales.

[g] Este porcentaje tan alto no es explicado y fue consistente en las otras distribuciones en 1997-2000, en Haití se explica por la considerablemente ayuda externa, pero no en otros países.

La tendencia en el porcentaje del gasto de salud/PIB en 1997-2001 no mostró cambios significativos: en 7 países básicamente se mantuvo igual (Brasil, Ecuador, El Salvador, Haití, México, Panamá y Perú), en 11 aumentó generalmente de manera ligera (Argentina, Bolivia, Costa

Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) y en 2 bajó (Colombia y Venezuela). (basado en OMD 2004). El análisis individual de los países considera un período más largo, generalmente entre 1991 y 2001 (en tres países hasta 2002 o 2003); muestra que en 7 países el gasto/PIB exhibió una tendencia creciente, mientras que en 7 la tendencia fue descendiente y en 6 hubo fluctuaciones sin clara tendencia. Hay una presión para el crecimiento del gasto debido a la transición demográfica o envejecimiento de la población y la transición epidemiológica o disminución de la mortalidad y morbilidad por enfermedades contagiosas, combinada con el aumento de enfermedades crónicas degenerativas y accidentes, por ello una población más longeva enfrenta tratamientos más caros. La recesión económica, recorte del gasto público por programas de ajuste, catástrofes naturales e inestabilidad o crisis política, a veces varios factores combinados, pueden explican la desaceleración, estancamiento o caída del porcentaje del gasto/PIB (como Bolivia, Ecuador y Haití). No se pudo determinar si la reforma ha sido seguida de un aumento o disminución del gasto: en 6 países el gasto fue menor en 2001 que antes o al inicio de la reforma y en 5 países ocurrió lo opuesto, pero en la mayoría de los países no hubo una tenencia clara en el gasto, o la reforma recién estaba comenzando al final del período analizado.

Mientras mayor el porcentaje del gasto de salud directo de las familias o de bolsillo, menos equitativo y más regresivo tiende a ser el sistema de financiamiento/gasto de salud. Los países menos desarrollados de la región exhiben los porcentajes más altos del gasto de las familias: 42% a 57% en Honduras, Paraguay, Guatemala, Haití, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana (ordenados de menor a mayor según sus porcentajes), lo cual combinado con la baja cobertura es un indicador de fuerte regresividad. Los países con los gastos privados de familia menores (11% a 25%) son Cuba, Uruguay, Colombia y Panamá. El sistema totalmente público de Cuba (86% del gasto) tiene el gasto de familias menor y debe tener un fuerte impacto progresivo aunque no hay estudios sobre esto. Uruguay exhibe un alto gasto privado total (54%) lo cual se debe al alto aseguramiento en mutualidades que se refleja en seguros (37%), pero el gasto de familias es el segundo más bajo (16%). El sistema con seguro social unificado de Costa Rica (68% del gasto combinado con el público), exhibe el quinto porcentaje más bajo del gasto privado (29%) y debe tenerse en cuenta que toda la población pobre y de bajo ingreso está asegurada, de manera que el gasto de familia es fundamentalmente entre los grupos de alto ingreso, indicadores de progresividad (Herrera y Durán 2001). Brasil tiene un alto gasto privado (58%), pero el directo de las familias es 37% y los planes de seguros 21%, aún así esta estructura del gasto ha sido considerada regresiva (Dominguez y Soares 2005)**.** En el período 1997-2001, la mitad de los países mostró una caída en el porcentaje del gasto de las familias, mientras que se mantuvo estancado en 6 y sólo aumentó ligeramente en 3 y con mayor peso en uno. Por el contrario, los porcentajes del gasto público y de seguro social aumentaron en la mayoría de los países, el público disminuyó en 7 y el del seguro social en 4 (basado en OMS 2004).

A pesar de la visión generalizada de la privatización de la salud (seguros privados, planes de medicina prepaga, seguros de empresa) los países con mayor avance en este campo muestran porcentajes pequeños en la participación del gasto total: Chile 23%, Brasil 21%, Argentina 15% y Colombia 12%, aunque con una tendencia creciente en 1997-2001 (después se verá, sin embargo, que en Chile se revirtió). Uruguay tiene el porcentaje mayor (37%) pero ello se debe a las mutualidades que son entidades de aseguramiento colectivo, no seguros privados. Sorprende el alto porcentaje de Paraguay (18%), probablemente debido a la baja cobertura del los subsectores público y privado. El resto de los países exhibe sólo entre 0,3% y 7%, salvo Paraguay con 17,5% (Cuadro 14**)**. Un problema que presentan las cifras de distribución porcentual del gasto total de salud por subsectores de la OMS (2004) es que queda un residuo en el subsector privado (después de desglosar el gasto por las familias y el gasto de seguros, etc.) que no se explica y se ha puesto bajo "otros" en el Cuadro 14. En cinco países dicho porcentaje fluctúa entre 3% y 8%, lo cual distorsiona

significativamente la referida distribución; la ayuda externa es significativa especialmente en Haití y también en menor magnitud en otros tres países pobres, lo cual pudiera explicar el residuo.

Los países más desarrollados con cobertura mayor son los que tienen el gasto per cápita anual en dólares internacionales más altos (de $1,030 a $573 en Argentina, Uruguay, Chile, Costa Rica y Brasil--de mayor a menor), mientras que los países con menor desarrollo y cobertura muestran las cifras más bajas ($56 a $197 en Haití, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Ecuador y Guatemala--de menor a mayor). Los países con cobertura y desarrollo medianos se colocan en el medio de los otros dos grupos: México uno de los más desarrollados pero con cobertura relativamente baja se ordena en el 6º lugar y Panamá con una cobertura relativamente alta en 7 º lugar. Algunas excepciones importantes son Cuba con cobertura universal pero severos problemas económicos que se ordena en 14º lugar y Colombia con amplia cobertura y uno de los líderes de la reforma de salud, pero graves problemas políticos y económicos, que se coloca en 10º lugar, justo encima de El Salvador. Una comparación del ordenamiento entre 1997 y 2001 indicó que 9 países no cambiaron su posición; 6 ascendieron en el ordenamiento, usualmente un puesto: Costa Rica, Ecuador, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela; y 5 países bajaron en el ordenamiento, normalmente un puesto: Bolivia, Brasil, Colombia—2 puestos, Cuba—4 puestos, y Nicaragua (basado en OMS 2003). Sigue el análisis detallado de los países.

Argentina. El gasto total de salud/PIB osciló entre 9% y 11% del PIB entre 1992 y 2001 pero disminuyó a 7,7% en 2002 y 7,3% en 2003 debido a la crisis económica.[175] El gasto per cápita en US dólares cayó 70% entre 2000 y 2002 y la razón del gasto del subsector privado en relación con el público aumentó de 2,1 a 2,6 veces, mientras que la brecha entre los subsectores de seguro social (OS) y público se redujo (Centrángolo y Devoto 2002; OPS 2004a; Torres 2005b). Del gasto total de salud, el de las OS declinó de 36% a 31,3% entre 1995 y 2001, a par que el correspondiente al subsector privado aumentó de 42,1% a 46,6%.[176] En 2001 mientras que las OS cubrían a 54% de la población tomaban 31% del gasto total de salud y el subsector público cubría 37% y gastaba 22%, pero el subsector privado (seguros, etc.) cubría a 7,9% de la población y tomaba 14,5% del gasto. El gasto de las familias aumentó de 28,1% a 29,1% entre 1997 y 2001 (Cuadro 14; OMS 2004; OPS 2005a). Las OS provinciales aumentaron sus proporciones del gasto total de 8% a 9% entre 1995 y 2001, a par que la OS de los jubilados y pensionados sufrió una caída de 12,2% a 9,1% (cálculos del autor basado en OPS 2005a). La distribución territorial del gasto público de salud en 1995 era: 13% la Nación, 70% las provincias y 17% los municipios (Flood 1997). En 2003, 56,2% del gasto combinado de salud (excluyendo el subsector privado) era de las OS y el 43,8% restante era público; en los municipios todo era público, en las provincias 67% público y 33% OS, y en la Nación 17,3% y 82,7% respectivamente (Torres 2004).

Bolivia. El gasto total de salud/PIB promedió 4,5% en 1990-1993, 4,9% en 1994-1998 y 5,2% en 2000-2001, ligeramente más alto que antes de la reforma (OPS 2004a; OMS 2004). En 2001 el gasto total se distribuyó: 44% por el seguro social que sólo cubría 26% de la población, 33,7% por el subsector privado que cubría a 10,5% de la población (28,9% era gasto de las familias y 2,6% de seguros) y 22% por el subsector público que se supone que debe cubrir al 63,5% de la población no cubierta pero que se estima no protege a más del 30% (20% del gasto del subsector público es del ministerio y sólo 2% de las municipalidades). La comparación con la distribución del gasto en 1997 muestra un subsector público estancado, un incremento en el gasto del seguro social (a pesar de una cobertura estancada) y una ligera disminución del gasto de las familias (OMS

[175] Hay series diversas: un promedio de 11,2% en 1993-1999 (OPS 2004a); 9,1% en 1995 y un promedio casi estancado de 8,6% en 1996-2001 (OPS 2005). En el año 2000 8,8% (OPS 2005) y 9,1% (Centrándolo y Devoto 2002); en 2001 8,4% y 9,4% (OPS 2004b, 2005).

[176] También se reporta 25,3% OS y 50,6% privado en 2000, lo que expandiría la brecha (OPS 2005).

2004).[177] El gasto per cápita aumentó de US$40 a US$53 entre 1995 y 1998 (OPS 2005a) pero la OMS reporta un gasto de US$119 en 1998 que era el segundo más bajo en la región después de Haití y empatado con Ecuador (Cuadro 14). El gasto per capita público era 20% del gasto del seguro social en 2000 (Banco Mundial 2004).

Brasil. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 7,9% en 1990 a 7,3% en 1992, aumentó a 9,1% en 1995, disminuyó a 7,4% en 1997-1998, aumentó a 7,6% en 2000-2001 y a 8,5% en 2002, superior al nivel de 1990 cuando comenzó la reforma.[178] El gasto público/PIB cayó de 3,2% en 1990 a 2,3% en 1992, aumentó a 3,4% en 1995, se estancó en 3% en 1996-1998, y aumentó a 3,5% en 2002, ligeramente superior al nivel de 1990 antes de la reforma. Por el contrario, el gasto privado ascendió sostenidamente de 4,7% en 1990 a 5,8% en 1998 aunque descendió a 5,3% en 2002 (OPS 2004a, 2004b; OMS 2004; Piola 2005). De acuerdo con cálculos nacionales, entre 1998 y 2002 la distribución del gasto total exhibió los cambios siguientes: el público creció de 38,3% a 43,8% y el privado total disminuyó de 61,7% a 56,2%, pero el directo de las familias aumentó de 33,2% a 34,5% y el de seguros, planes de salud y empresas declinó de 28,5% a 21,7% (Biasoto 2004a; Dominguez y Soares 2005). La serie de OMS (2004) indica cambios opuestos entre 1997 y 2001: el público se estancó en 43,5% y 43,8%, el privado total bajó de 58,5% a 56,2%, el de las familias descendió de 39,1% a 37,4% y el de seguros, etc., creció de 19,3% a 21%.[179] Entre 1990 y 2002, la participación del gobierno federal en el gasto público de salud se redujo de 73% a 58%, mientras que la participación de los estados creció de 15% a 20% y la de los municipios aumentó de 12% a 22% (Dominguez y Soares 2005). Proyecciones para 2004 indican otra reducción del gobierno federal a 49%, y aumentos de los estados a 27% de los municipios a 24%.[180]

Colombia. El gasto total de salud/PIB aumentó de 7,2% en 1992 a 8,8% en 1996, pero descendió a 7,7% en 1997 y sostenidamente a 5,5% en 2000-2001, un nivel muy inferior al anterior a la reforma (OPS 2004a; OMS 2004).[181] Después de un descenso en los primeros años de la reforma, la proporción combinada de los subsectores público y seguro social creció a un ritmo mayor que la del subsector privado. En 1993, 51% del gasto era de los subsectores público y seguro social combinados y el 49% restante era de las familias, seguros y prepaga; en 1997 la proporción público-seguro social había descendido a 47,7% (39,7% público y 8% seguro social), mientras que la del subsector privado había aumentado a 52,3% (44,5% por las familias y 7,8% de seguros, etc.). En 2001 se habían revertido las tendencias: el público-seguro social combinado había crecido a 65,7% (49,3% el público y 16,4% el seguro social) y el privado total había disminuido a 34,3%, pero mientras el gasto de las familias declinó a 22,4%, el de seguro, etc. creció a 11,9% (cálculos del autor basados en *Salud Colombia* N° 59 2001; OMS 2004; Cuadro 14).[182] La explicación

[177] La comparación entre 1995 y 2001 exhibe una mayor brecha entre los subsectores público y de seguro social (OPS 2005). Según el Banco Mundial (2004) el gasto del subsector público disminuyó de 1% del PIB en 1990-1994 a 0,8% en 1995-1998 y se estancó en 1999-2001, pero también reporta un incremento al doble de los fondos asignados al SUMI en 2000-2004..

[178] Hay estimaciones diversas, de estos años, por ejemplo, 8,8% en 1997-1998 (OPS 2004a), 7,2% en 2000 y 6,5% en 2001 (EQUILAC información dada por Médici 23 junio, 2005).

[179] Otros estimados de la distribución del gasto total no muestran una tendencia clara: en 1996, 37,3% público, 62,3% privado (38,2% directo de familias y 24,1% de empresas, prepagas y primas de seguro) y 0,4% otros (Medici 2002a); en 1998, 33,2% público y 66,8% privado (OPS 2005); y en 2002, 37,6% público y 62,4% privado (OPS 2004b).

[180] Piola y Bisoto (2001) explican las dificultades para hacer un estimado consolidado del gasto total y muestran varios métodos y fuentes para distribuirlo entre el gobierno federal, los estados y los municipios en 1995. Médici (2002a) informa que en 2000 no se había logrado compilar información de todos los municipios por lo que era imposible estimar el agregado del gasto.

[181] Otra serie da cifras entre 2,4 y 3,3 puntos porcentuales más altos que los de la serie de la OMS (2004) en 1997-1999 (OPS 2005).

[182] En 2000 la proporción pública-seguro social era 67,3%, mayor que en 2001, y la privada era 32,7%, menor que en 2001 (OMS 2004; OPS 2004b), lo que indica otro cambio en la tendencia.

probable del aumento del porcentaje público-seguro social es que no se eliminaron los subsidios a la oferta de los hospitales públicos, mientras que se crearon subsidios a la demanda en el régimen subsidiado (Jack 2000). Los gastos combinados público-seguro social no crecieron sostenidamente, así aumentaron 152% entre 1993 y 1997, pero disminuyeron 7% entre 1997 y 1999 debido a la recesión (Castaño y otros 2001).

Costa Rica. Las cuentas nacionales de salud recién estaban siendo desarrolladas en 2002; el gasto total de salud/PIB disminuyó de 10,1% en 1991 a 8,9% en 1996 y 6,5% en 1999-2000 (OPS 2004a, 2005; OMS 2004), pero aumentó a 7,2 % o 8,6% en 2001 (el primer estimado es de OMS 2004 y el segundo de OPS 2004b).[183] La serie más completa del gasto público-seguro social/PIB indica que estuvo virtualmente estancado en alrededor de 4,7% en entre 1990 y 1999, pero aumentó gradualmente desde 2000 hasta alcanzar 5,7% en 2003 (Trejos 2004). La proporción del subsector público en el gasto total ha disminuido (debido a la transferencia de funciones al seguro social), mientras crecieron las proporciones del seguro social y especialmente el privado por las familias (esta última por el proceso de delegación del seguro social a proveedores privados). Entre 1993 y 2001 el gasto público declinó de 17,1% a 6,3%, el del seguro social aumentó de 57,9% a 62,2% y el privado total de 25% a 31,5%, el gasto de familias creció de 22,5% a 29% y el de seguros prepaga e INS se estancó en 2,5%, pero éste también se da como 2,9% en 2001 (Programa Estado 2002; OMS 2004; Cuadro 14**)**.[184]

Cuba. El gasto total de salud/PIB aumentó de 5,3% en 1989 a 7,8% en 1993, luego descendió a 5,7% en 1996 y después aumentó gradualmente a 6,1% en 2001 y 6,3% en 2002 (Benítez 2003; ONE 2003). La OMS (2005) reporta 7,2% en 2001, una cifra que no concuerda con las fuentes oficiales cubanas. El gasto de salud público (no hay seguro social) aumentó de 83,7% a 86,2% entre 1997 y 2001, mientras que el gasto privado, que es fundamentalmente el de las familias pues no hay seguro ni práctica privada, descendió de 16,3% a 13,8%, el más bajo en la región (OMS 2004). El gasto nominal anual por habitante aumentó 75% entre 1989 y 2001, de 96,66 a 169,00 pesos (Benítez 2003; ONE 2004). No hay cifras a precios constantes para todo el período pero sí para 1989-1998: el gasto por habitante descendió de 59,20 pesos en 1989 (antes de la crisis) a 14,90 pesos en 1993 (el punto peor de la crisis) y luego creció a 40,50 en 1998, aún 32% por debajo del nivel de 1989 (Mesa-Lago 2003a).[185]

Chile. El gasto total de salud/PIB aumentó de 3,3% en 1984 a 6,6% en 1997 y 7% en 2001 (OMS 2004), mucho más que al comienzo de la reforma pero el incremento ha ocurrido durante los gobiernos democráticos.[186] En 2003 la distribución del gasto total era: 46,2% subsector público y 53,8% privado, del cual 27,5% era de las ISAPRES (22,4%) y otros seguros (5,1%), y 26,3% gasto de las familias (Urriola 2005). El gasto combinado sólo de los dos subsectores (FONASA e ISAPRES), muestra una disminución en la brecha entre ambos: en 1990 FONASA cubría 73,7% de la población y tomaba 61,5% del gasto combinado, mientras que las proporciones respectivas de

---

183 Hay otras tres estimaciones distintas del gasto público-seguro social y dos de ellas exhiben un declive en el decenio de los años noventa: promedió 6,9% en 1990-1996 y descendió de 7,9% a 6,5% entre los dos años (OPS 2004a); promedió 5,7% en 1990-1999 y declinó de 6% a 5,3% entre 1993 y 1999 (Banco Mundial 2003); y no varió en 1991-2001 y era 5,5% en el último año. De hecho hay cuatro estimados para 2001 que fluctúan entre 4,6% y 5,9% (Programa Estado 2002).

184 Otra fuente para 2001 da: 4,8% público, 64,6% seguro social y 30,6% privado, del cual 27,7% por las familias y 2,9% seguros (Programa Estado 2002; OPS 2005). Otras distribuciones del gasto total entre 1991 y 2001 confirman la caída en la participación del subsector público, el aumento del seguro social y el incremento aún mayor del subsector privado (Banco Mundial 2003; Martínez y Mesa-Lago 2003; OPS 2004b, 2005).

185 Al cambio no oficial del peso por el dólar, el gasto per cápita anual cayó de $8,46 en 1989 a $0,20 en 1993 y aumentó a $1,93 en 1998, aún 77% por debajo del nivel de 1989.

186 Otras series dan cifras menores, por ejemplo, 6% en 1997 (OPS 2004a); 4,9% en 1999 y 5,6% en 2003 (Urriola 2005).

ISAPREs eran 16% y 38,5% (basado en OPS 2005a); en 2003 FONASA cubría 67% y gastaba 67,3%, mientras que las proporciones de las ISAPREs eran 17,7% y 32,6% respectivamente (basado en Urriola 2005). Las series de FONASA en precios constantes indican un crecimiento sostenido de la proporción del gasto público/PIB en 1990-2002, así como un salto del aporte fiscal al doble (FONASA 2004). Otro autor estima que el aporte fiscal directo aumentó 280% entre 1993 y 2003 (Urriola 2005). El gasto privado (incluyendo ISAPRES, familias y seguros) cayó de 65% del gasto total en 1985 a 53,8% en 2003, mientras que el gasto de las ISAPRES descendió de 32,6% a 22,4% entre 1999 y 2003 (OPS 2004a; Inostroza 2005a).[187] Del gasto del subsector público en 2002, 77% fue en servicios de salud, del cual 60% en atención institucional y 17% en libre elección privada. Esta última recibe una proporción mayor del número de prestaciones y del gasto en relación con su población atendida que la atención institucional, especialmente en las intervenciones quirúrgicas donde la libre elección absorbe alrededor del 90% de la cantidad y gasto y la institucional sólo alrededor de 10% (FONASA 2004). Esto sugiere que en este tipo de prestación los afiliados al sistema público prefieren la atención privada aunque ella conlleve un pago de bolsillo.

Ecuador. El gasto de salud/PIB declinó de 5.3% en 1990 a 4.6% en 1995 y 3.7% en 1999, pero aumentó a 4,6% en 2001, inferior al nivel antes de comenzar la reforma (OPS 2004a, 2004b; OMS 2004). El gasto del subsector público/PIB sufrió una caída sostenida de 1,1% en 1995 a 0,5% en 1999 con un aumento a 0,8% en 2001; el gasto del seguro social descendió ligeramente de 1% a 0,9% entre 1995 y 1998, mientras que el del subsector privado declinó de 2,5% a 1,8% en el mismo período (basado en OPS 2005a). La distribución del gasto total por subsectores entre 1997 y 2001 mostró los cambios siguiente: el público disminuyó de 35,8% a 27,5%, el seguro social ascendió de 17,5% a 22,8% y el privado total aumentó de 46,7% a 49,7%, el de las familias creció de 34,7% a 36,6% y el de seguros de 3,6% a 3,9% (OMS 2004). Un problema es que queda un residuo en "otros" muy alto (8,4% en 1997 y 2001), que no puede ser explicado por la ayuda externa que no es de esa magnitud; si "otros" fuese agregado al gasto de familias éste crecería considerablemente; la propia OMS (2005) estima el gasto de familias en 52,6% en 1998 (versus 49,7% en el mismo año por OMS 2004), el primero fue el tercero más alto en la región (OMS 2005)**.** En 1997, el gasto per cápita anual en el régimen general del seguro social fue ocho veces mayor al del seguro campesino y más de cuatro veces el correspondiente al ministerio; el gasto per cápita combinado de los programas de las fuerzas armadas y policía era más del doble que el del ministerio y cuatro veces el del seguro campesino (estimados del autor basados en población cubierta y gasto por subsector de OPS 2005a).

El Salvador. El gasto total de salud/PIB aumentó de 5,5% en 1994 a 7,3% en 1996 y 8,2% en 1998, luego se estancó en 8% en 1999-2001, al tiempo de comenzar la reforma (OPS 2004a, 2004b, 2005; OMS 2004), puede haber ocurrido una disminución en 2002 pues el gasto real creció 6,6% en 2001 pero sólo 1,5% en 2002 (Mesa-Lago 2003b). El porcentaje del gasto total por subsectores exhibió los cambios siguientes entre 1997 y 2001: el público aumentó de 21,9% a 25,9%, el seguro social creció de 16,8% a 20,8%, y el privado total declinó de 61,3% a 53,3%, siendo la reducción mayor en el gasto de familias, de 58,5% a 50,6% (aún así el segundo más alto de la región),[188] mientras que el de seguros bajó ligeramente de 2,7% a 2,6% (OMS 2004). El gasto per cápita del seguro social cuadriplica al del subsector público, y los programas separados de las fuerzas armadas y los maestros gastaron 1,4% y 0,9% respectivamente del gasto total en 1998 (MSPAS 2001a; OPS 2005a).

[187] La distribución del Cuadro 14 para 2001 es consistente con estas tendencias: 44% público-seguro social, 56% privado, del cual 33,4 familias y 22,6% ISAPRES y seguros.

[188] Otro estimado mayor de subsector privado en 2001 es 57,2% (OPS 2004b).

Guatemala. El gasto total de salud/ PIB bajó de 3,3% en 1990 a 2,2% en 1996 (al comienzo de la reforma) y aumentó gradualmente a 4,8% en 2001 (OMS 2004; OPS 2005a).[189] El gasto público real de salud aumentó 45,6% entre 1983 y 1988, pero disminuyó 9,4% entre 1988 y 2000, después de la reforma (Durán y Cercone 2001). Sin embargo, la distribución porcentual del gasto total entre 1998 y 2001, indica que el público aumentó ligeramente de 21,2% a 22,2%, pero el del seguro social descendió de 26,6% a 26,1%; el privado declinó ligeramente de 52,6% a 51,7%, del cual el de familias se redujo de 49% a 44,3%, mientras que el de seguros, etc. ascendió ligeramente de 2,4% a 2,7% (OMS 2004). A pesar de que uno de los objetivos de la reforma era incrementar el nivel del gasto público de salud[190] y expandir las fuentes de su financiamiento, las cifras anteriores indican que el aumento no ocurrió o ha sido muy pequeño.

Haití. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 3,7% en 1990 a 2,4% en 1993, ascendió a 5,6% en 1996 y cayó a 4,9% en 1998 manteniéndose virtualmente estancado en 1999-2001; no se ha implementado la reforma (OPS 2004a; OMS 2004, 2005). El porcentaje de Haití en 1998 era el más bajo de toda la región empatado con Ecuador, y el per cápita era el más bajo; en 2001 el porcentaje estaba entre los cuatro más bajos (OMS 2005; Cuadro 14). La distribución del gasto por subsector entre 1997 y 2001 mostró un pequeño incremento en el público (de 51,7% a 53,4%) y un ligero descenso en el privado total (de 48,3% a 46%), del cual el de familias se estancó (20,8% y 21%); queda un residuo de casi 25 puntos porcentuales y se reporta que la ayuda externa representó 36,5% del gasto total de salud en 1997 y 42,9% en 2001 (OMS 2004). El marco de cooperación de los donantes externos (ICF) tiene como meta reducir el gasto de las familias especialmente entre los grupos vulnerables, pero no ofrece estimados sobre el mismo (Republic 2004).

Honduras. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 7,3% en 1991 a 4,5% en 1994 y aumentó a 5,1% en 1998, manteniéndose estancado en 1999-2001 (cuando comenzó la reforma), considerablemente por debajo del nivel de 1991 (OPS 2004a, 2004b; OMS 2004). El gasto del subsector público se estancó en 2,6% del PIB entre 1990 y 1994, aumento a 3,1% en 1995 y cayó sostenidamente a 1,8% en 1998 (Durán 2003); el porcentaje del gasto privado/PIB fue el mayor y virtualmente no cambió entre 1991 y 1998, mientras que el del seguro social cayó de 1% a 0,4% en el mismo período (OPS 2004a). No hay información posterior. La distribución del gasto total entre 1998 y 2001 exhibe una caída en el público de 45,5% a 43,9%, un aumento del seguro social de 8,3% a 9,2% y un ligero aumento del gasto de familias (41,1% a 41,7%), mientras el de seguros se estancó en 3,5% (OMS 2004).[191] El gasto per capita en 1998 era el cuarto más bajo en la región (Cuadro 14).

México. El gasto total de salud/PIB era 6% en 1980 antes de comenzar la reforma, disminuyó a 5,4% en 1990, aumentó a 6,5% en 1994, cayó y se estancó en alrededor de 5,6% en 1997-1999 y aumentó a 6,1% en 2001, el mismo nivel que antes de la reforma (OPS 2004a, 2004b, 2005; OMS 2004). El gasto público/seguro como porcentaje del PIB disminuyó de 3,4% en 1980 a 2,6% en 1998 y era 2,7% en 2001, mientras que el gasto privado/PIB mostró una tendencia ascendente en esos años: 2,6%, 3% y 3,4% (OPS 2004a, 2005; SSA 2005). La distribución del gasto total entre 1998 y 2001 indica un estancamiento en el público (14,9% y 14,8%), una caída en el seguro social de 31.7% a 29.5%, un aumento del gasto de familias de 53,4% a 55,7% y un ascenso del gasto de seguros de 2,1% a 2,7% (OMS 2004). Dentro de los seguros sociales, el IMSS que cubría a 35,7% de la población recibió 58,6% del gasto público en 2000 (el programa Solidaridad

189 Otra serie de OPS (2004a) estima que el gasto total/PIB estuvo virtualmente estancado entre 1990 y 1999, promediando 5,2% el período y con igual cifra en 1998.

190 Los Acuerdos de Paz firmados en 1996 se comprometieron a incrementar en 50% el gasto público de salud en relación con el PIB, una meta que obviamente no se cumplió.

191 Otras fuentes dan distribuciones distintas del gasto en 1998-1999 como sigue: 40,3% público, 8,3% seguro social, 41,1% familias y 10,3% seguros privados (Durán 2003), y 31,9% público, 5,6% seguro social, 50% por las familias y 12,5% por seguros (OMS 2005).

protegía a 11% y recibió sólo 2,8%); mientras que la SSA que debía atender a 41,3% recibió 26,2% y PEMEX que cubría 0,7% recibió 3,2% (cálculos del autor basados en OPS 2005a). La reforma en el último quinquenio no ha tenido un impacto significativo en la distribución del gasto del subsector público entre el gobierno federal y los estados: el primero experimentó un ligero descenso, de 85,4% a 84%, mientras que el de los estados aumentó poco, de 14,6% a 16% (cálculos del autor basados en SSA 2005).

Nicaragua. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 7,8% en 1991 a 5,8% en 1999 (al tiempo de implantarse la reforma), pero ascendió a 7,1% en 2000 y 7,8% en 2001, recuperando el nivel original de 1991 (OPS 2004a, 2005; OMS 2004).[192] El gasto público se estancó en 4,6% del PIB en 1990-1999 (CEPAL 2002a). La distribución del gasto entre 1998 y 2001 exhibe una caída del público de 46,4% a 33,3%, un aumento del seguro social de 13.9% a 15,2% y un ascenso notable del gasto de familias de 38,5% a 47,9%, mientras que el de los seguros aumentó de 0,7% a 2,1% (OMS 2004). Otra fuente estima el porcentaje de seguros, etc. en 10,3% en 1998-1999 (Durán 2003).

Panamá. El gasto total de salud/PIB aumentó de 6,3% en 1993 a 7,2% en 1996 (al comenzar la reforma), promedió 7,5% en 1997-2000 y descendió a 7% en 2001 (OPS 2005a; OMS 2004, 2005).[193] La distribución del gasto entre 1997 y 2001 no muestra cambios importante: el público aumentó de 26,9% a 29%, el seguro social disminuyó de 41,4% a 40%, el privado de las familias menguó de 31,7% a 31%, y el de seguros, etc. aumentó de 5,4% a 5,8% (OMS 2004). Una distribución del gasto en 2004 correspondió exactamente con la distribución de la población a cargo: el seguro social 62% de la población y del gasto, y el subsector público 38% en ambos (CSS/MINSA 2005).

Paraguay. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 9,2% en 1996 (el año de la reforma) a 7,3% en 1999 y aumentó a 7,9% en 1999-2000 y 8% en 2001, aún por debajo del nivel de 1996 (OMS 2004; Ramírez 2004; OPS 2005a).[194] La distribución del gasto entre 1998 (en el comienzo de la reforma) y 2001 cambió como sigue: el público disminuyó de 20,6% a 19,8%, el seguro social aumentó de 16,8% a 18,5%, el privado de las familias descendió de 47,8% a 44,2% y el de seguros ascendió de 14,8% a 17,5% (OMS 2004).

Perú. El gasto total de salud/PIB disminuyó de 4,2% en 1991 a 3,8% en 1993, aumentó a 4,4% en 1996-1998 y 4,9% en 1999, y promedió 4,7% en 2000-2001, algo mayor que al inicio de la reforma (OPS 2004a, 2004b, 2005; OMS 2004, 2005). El gasto público/GDP disminuyó de 4,2% en 1996 a 1,3% en 1997-1999 (OPS 2005a). El gasto de salud per cápita declinó 9% entre 1995, al inicio de la reforma y 2002 (MINSA 2005b). Entre 1998 y 2001 el gasto público descendió de 31,2% a 26,5%, el del seguro social aumentó de 23,6% a 28,5%, el privado de las familias se estancó (36,9% y 36,8%) y el de seguros, etc. descendió ligeramente de 7,5% a 7,2% (OMS 2004).

República Dominicana. El gasto total de salud/PIB aumentó de 5,3% en 1991 a 8,2% en 1995, descendió a 5,7% en 1999 y ascendió a 6,1% en 2001, el año que se inició la reforma (OPS 2004a, 2004b; OMS 2004). El gasto del subsector público aumentó de 1,2% en 1991 a 2% en 1994-2002 y cayó a 1,2% en 2003 debido a la crisis económica (Lizardo 2004; OPS 2004a). Entre 1997 y 2001 el gasto público aumentó de 23,4% a 27,9% del gasto total, mientras que el del seguro social descendió de 8,6% a 8,2%, el privado de las familias menguó de 68% a 63,9% (aún así era el mayor

[192] Otras fuentes dan: 13% en 1995, 13,3% en 1996, 10,2% en 1997-1998 y 11,5% en 2000 (OPS 2004a, 2004b, 2005).

[193] Otras tres series de la OPS (2004a, 2004b, 2005) estiman que el gasto total/PIB cayó de 7,6% en 1990 a 6,6% en 1994, aumentó a 7,7% en 1996 y descendió a 6,6% en 2000, o promedió 6,5% en 1997-1999.

[194] Otra serie de la OPS (2004a) estima que el gasto aumentó de 6,6% en 1991 a 7,5% en 1996 (año de la reforma) y descendió a 6,2% en 1997 pero ascendió a 8,4% en 2000.

de la región) y el de los seguros, etc. se reportó inferior a 1% (OMS 2004).[195] Sin embargo, las "igualas" son muy importantes y otro estimado para 1998 dio como 13,6% el gasto de seguros y ONG's (OMS 2005). El mayor incremento promedio anual del gasto entre 1996 y 2001 fue de 22% en las fuerzas armadas, versus 12% en el ministerio y 5,8% en el seguro social (Rathe 2004).

Uruguay. El gasto total de salud/PIB aumentó de 6,7% en 1987 a 9,3% en 1990, creció hasta 10,1% en 1997 y 10,9% en 2001. El gasto público y seguro social combinados respecto al PIB aumentó de 1,8% en 1987 a 3,5% en 1997 y luego bajó a un promedio de 2,8% en 1999-2002; mientras que el gasto privado (incluyendo las IAMC) creció de manera sostenida de 4,5% a 8,1% en 2001 (Ferreira-Coimbra y Forteza 2004; OMS 2004; OPS 2004a, 2004b; Presidencia 2004). La distribución del gasto total entre 1997 y 2001 muestra los cambios siguientes: el público aumentó de 22,2% a 29,7%, el del seguro social disminuyó de 18,6% a 16,6%, el privado de familias cayó de 19,8% a 16,3% (el segundo más bajo en la región) y el de seguros (principalmente IAMC) descendió de 39,6% a 37,4% (OMS 2004).El porcentaje de los IAMC en el gasto total ha declinado.[196]

Venezuela. El gasto total de salud/PIB se mantuvo casi sin cambio entre 1991 y 1995, promediando 9,6%, pero descendió a un promedio de 5,5% en 1997-1999 y a 5% en 2001, la mitad del promedio de 1991-1995 (OPS 2004a, 2004b, 2004c; OMS 2004, 2005). Entre 1997 y 2001 el gasto público aumentó de 45,2% a 49,6%, el seguro social tuvo un ligero incremento de 11,9% a 12,5%, el gasto privado de las familias subió de 33,7% a 36,2%, y el de seguros, etc. bajó de 2,1% a 1,7% (OMS 2004).[197]

2. Fuentes de financiamiento

El Cuadro 15 resume las fuentes de financiamiento del sistema de salud en los 20 países en 2004: cotizaciones salariales, aportes del Estado y copagos de asegurados para el seguro social, fondos de solidaridad o compensación, y cuotas de uso en el subsector público. El seguro social (combinado en algunos países con el subsector público) se financia con cotizaciones de empleadores (salvo en Brasil y Chile) y trabajadores (excepto en Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador y Perú); al menos cinco países exigen copagos al asegurado, (Argentina, Colombia, Chile, Perú y Uruguay—a las IAMC). En la mayoría de los países el Estado debe contribuir al seguro social ya sea a través de una cotización sobre la nómina salarial o una suma fija o con impuestos; los sistemas públicos de Brasil y Cuba se financian, respectivamente con impuestos específicos y directamente por el presupuesto estatal. Los pensionados deben abonar un porcentaje de su pensión al menos en 8 países y en otros dos se financia con cotizaciones de empleadores y trabajadores en activo, así como aportes estatales. El subsector público (fundamentalmente el ministerio) se financia con asignaciones presupuestarias, cuotas de uso en la mayoría de los países y recursos externos. En varios países (especialmente en los federativos) hay transferencias del gobierno federal a los estados y cofinanciamiento por estos. En sólo 5 países existe un fondo de compensación que recauda y transfiere recursos, con varios objetivos solidarios.

---

[195] En 2001 la distribución sólo del gasto combinado público-seguro social, entre las diversas entidades, fue: 65,2% el ministerio, 19,8% el seguro social 5% la presidencia, 4,5% las fuerzas armadas, 2% la empresa financiera pública y 3,5% el resto (Rathe 2004).

[196] Una distribución del gasto entre 1995 y 1997, desglosada de manera diferente a la del texto, muestra algunas tendencias diversas: el público (ministerio) bajó de 16,7% a 13,5%; el de otros públicos (seguros sociales) aumentó de 15,7% a 16,8%; el privado de IAMC disminuyó de 49,6% a 39,9%, y otros privados (familias, seguros) creció de 18% a 29,8% (Quijano 2002).

[197] Otra comparación entre 1995 y 1999 muestra una caída de 49,7% a 39,9% en el público, un aumento de 14,8% a 21% en el seguro social, y un crecimiento del privado total de 33,5% a 39,1% (D'Ella 2002)**;** otra distribución en 2001 era 60,3% público-seguro social y 39,7% privado (OPS 2004b). Hay tres distribuciones completamente diferentes para 1998: público 43%, seguro social 19,8% y privado 37,2% (D'Ella 2002); 37,9%, 15,2% y 46,9% respectivamente (OMS 2005), y 44,3%, 10,1% y 45,6% (OMS 2004).

CUADRO 15
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD, 2004
(Cotización en porcentajes)

Países	Cotización sobre el salario, ingreso o pensión en el seguro social (%)						Copago seguro Social	Fondo Solidaridad[a]	Cuotas de uso (público)
	Trab.	Patrono	Estado	Total	Independientes	Pensionados			
Argentina	3 + 3 [b]	6 + 2 [b]	Sí	14 [l]	[m]	2	Sí [s]	Sí	Sí
Bolivia	0	10	0	10	10	3	n.d.	No [v]	Sí
Brasil	0	[f]	Sí [f]	[f]	0	0	No	Sí	No
Colombia	4	8	Sí [h]	12	12	6,75	Sí [s]	Sí	
Costa Rica	5,5	9,25	0,25 [i]	15	4,75-7,75[n]	5	No [t]	No	n.a.
Cuba	0	0	Todo	0	0	0	0	No	No
Chile	7	0	Sí	7	7		Sí	Sí	No
Ecuador	0	4.71	Sí [i]	4.71	4.71	[r]	No	No	Sí
El Salvador	3	7.5	Sí [i]	10.5	n.a. [ñ]	7.8	No	No	Sí [x]
Guatemala	2	4	2 [i]	8	n.a. [ñ]		No	No	Sí
Haití	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a. [ñ]	n.a.	n.a.	No	n.d.
Honduras	2,5	5	0,5	8	7,5 [o]	n.d.	n.d.	No	Sí
México	0,7[c]	7,5[c]	4,2[c]	12,4[c]	[c]	1,5[c]	No	No [c]	Sí [y]
Nicaragua	2,25	6	0,25	8,5	8,25 [o]	n.a.	No	No	Sí
Panamá	0,5	8	Sí [j]	8,5	8,5	6,75	No	No	n.d.
Paraguay	3,5 [d]	5,5 [d]	1,5 [d]	9,0 [d]	n.a. [ñ]	6	No	[w]	Sí
Perú	0	9	0	9	9 [p]	4	Sí	No	No
R. Dominicana	3	7	[j]	10	3 [q]	0	No [u]	No	Sí
Uruguay	3 [g]	5 [g]	[g]	8	[g]	1-3	Sí [g]	Sí [g]	Sí
Venezuela	1,56[e]	4,69[e]	[e]	6,25	6,25 [e]	n.d.	No	No	Sí [e]
Promedios	2,1	6,0	0,3	8,4	7,4	4,4			

Fuentes: Ver el texto.

n.a.= no aplicable. n.d.= no disponible

[a] Fondos nacionales de compensación.

[b] OS nacionales: los trabajadores 3% más 3% para financiar la OS de jubilados y pensionados (más 1.5% por cada dependiente cubierto), los empleadores 6% y 2% respectivamente.

[c] Cotizaciones promedio en IMSS; hay cotizaciones diversas en los otros seguros sociales pagadas por el trabajador y el Estado o sólo éste; la cotización para cubrir a los pensionados se paga por empleadores, trabajadores en activo y Estado (para independientes ver texto); hay un fondo nutrido con transferencias federales pero no realmente un fondo compensatorio.

[d] La cotización total del empleador al IPS aumentó en 2,5 puntos porcentuales en 2005 y parte puede haberse asignado a enfermedad-maternidad; el aporte estatal es para todos los programas pero nunca se ha pagado; hay cotizaciones diferentes para otros grupos de asegurados dentro del IPS.

[e] Basado en el proyecto de ley de salud de 2005; el Estado actualmente debe aportar 1,5% pero no lo hace, el proyecto estipula que debe aportar al sistema pero sin especificar y que las cuotas de uso serán eliminadas.

[f] La cotización sobre los salarios se dedica desde 1993 a las pensiones; en su lugar hay contribuciones sobre la facturación y la ganancia neta de las empresas, pagados por los empleadores, así como un impuesto a las transacciones financieras, más recursos ordinarios del Estado.

[g] Programa de enfermedad; el empleador debe pagar un complemento a la cuota mutual cuando el trabajador tiene un ingreso bajo y muchos dependientes; el Estado financia el déficit en enfermedad y todo el programa de maternidad; los independientes aportan una suma fija; los copagos son a las IAMCs; hay un fondo nacional que financia la atención de alta complejidad de toda la población.

[h] Aportes de petróleo, lotería, departamentos, municipios y asignaciones familiares.

[i] En Costa Rica, además financia el costo de atención de la población pobre no asegurada; en Ecuador para financiar cobertura de campesinos, ciertos pensionados y jefas del hogar, pero usualmente no se cumple; en El Salvador debe pagar una suma fija; en Guatemala no se cumple.

[j] Aporte para gastos administrativos.

[k] Aporta parte del financiamiento en régimen contributivo-subsidiado y todo en el régimen subsidiado.

[l] Las cotizaciones totales de las OS provinciales fluctúan entre 10% y 14,5%.

[m] Pagan una cuota fija y otro tanto por sus familiares, más 5% del ingreso presunto para la OS de jubilados y pensionados.

[n] El Estado cotiza 1,25% a 3,25%; los voluntarios no remunerados 5,75% a 13,75% y el Estado 2,25% a 3,75%.

[ñ] Excluidos de cobertura. [o] Facultativo que puede incluir independientes y otros grupos.

[p] Máximo para servicios iguales a los de los asalariados, puede ser menor con menos servicios, según diversos planes.

[q] El Estado financiará el resto en el régimen contributivo-subsidiado aún no en vigor.

[r] El jubilado con cargo al aporte del Estado, los pensionados por orfandad hasta los 6 años, y las viudas con cargo a su pensión.

[s] No sobre el paquete básico pero sí sobre prestaciones adicionales o complementarias.

[t] Legalmente no, pero hay formas ilegales de cobro.

[u] No en la actualidad pero sí bajo la reforma.

[v] El Fondo Nacional Solidario establecido en 2003 provee recursos adicionales para financiar sólo el SUMI y no es realmente un fondo de compensación.

[w] La ley de reforma estipuló la creación del Fondo como parte del Consejo Nacional de Salud, pero no se pudo obtener información.

[x] Hay cuotas voluntarias en los SIBASI; no está claro si sólo éstas o todas las cuotas fueron eliminadas a mediados de 2002.

[y] En el seguro social popular sólo 6% de los usuarios pagan las cuotas.

Las reformas de salud uniformaron en varios países las múltiples cotizaciones al seguro social, pero en otros subsisten varias cotizaciones, especialmente cuando hay varios seguros sociales o grupos separados, por otra parte aumentó la diversidad debido a la introducción de copagos, primas a los seguros privados, etc. El rango del porcentaje de cotización total al seguro social es 5-15% distribuido como sigue (los países se ordenan de mayor a menor): 12-15% en cuatro (Costa Rica, Argentina, México y Colombia); 8-11% en la mayoría (El Salvador, Bolivia, República Dominicana, Paraguay, Perú, Panamá, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Uruguay), y 5-7% en tres (Chile, Venezuela y Ecuador). Las cotizaciones tan bajas en países pioneros como Chile (7%) y Uruguay (8%) se explican por los fuertes subsidios fiscales en ambos países al subsector público-seguro social (en Uruguay el Estado financia todo el programa de maternidad), y los copagos de 19-30% de la población afiliada a proveedores privados. Excluyendo estos dos países, el porcentaje de cotización salarial tiende a aumentar con la cobertura y la antigüedad del sistema. También hay transferencias fiscales de la nación a las OS nacionales de de Argentina y de los gobiernos provinciales a sus respectivas OS. La cotización sobre el salario o suma fija que legalmente debe pagar el Estado no se cumple en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Venezuela, por el contrario, en México el Estado ha aumentado dicha cotización y la cumple. Los programas separados (fuerzas armadas, policía, etc.) se financian enteramente por el Estado o reciben fuertes subsidios fiscales; en Argentina, Bolivia y otros países hay cotizaciones diversas entre los seguros sociales, por ejemplo entre las OS provinciales argentinas, los 14 seguros sociales de Bolivia, los cinco de México, y varios grupos ocupacionales en Paraguay, Perú y Venezuela.

La cotización del trabajador independiente equivale a la suma de los porcentajes de cotización del trabajador y el empleador en ocho países (Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela). En tres de esos países el trabajador asalariado no cotiza, por lo que el independiente cotiza el porcentaje asignado sólo al patrono, en los países donde el asalariado cotiza, el porcentaje del independiente es 3-4 veces mayor (17 veces mayor en Panamá), lo cual es el principal obstáculo para su cobertura. Hay dos excepciones solidarias: en Costa Rica el independiente tiene una banda de cotización, la inferior es menor que la del asalariado, y el Estado aporta un subsidio que disminuye con el ingreso; en la República Dominicana la cotización es igual para los dos trabajadores y el Estado subsidiará el equivalente de la cotización del empleador en el régimen contributivo-subsidiado. En Colombia hay una cotización de solidaridad (1%) que pagan los asegurados de alto ingreso en el régimen contributivo y se transfiere al régimen subsidiado; en Ecuador el seguro social campesino se financia con la transferencia de una cotización de 1% sobre la nómina salarial de los asegurados; en Perú el asegurado que se cambia a una prepaga sólo puede traspasarle 25% de la cotización y el restante 75% se queda en el seguro social. Por el contrario, en Chile el asegurado en el subsector público-seguro social que se pasa al privado se lleva por completo su cotización.

En mayoría de los países el seguro social recauda sus cotizaciones para el programa de salud o enfermedad-maternidad, no obstante, en al menos seis países (Bolivia, Chile, El Salvador, Nicaragua, Colombia y Perú) el empleador retiene las cotizaciones (para salud, pensiones, etc.) y las transfiere directamente a las diversas administradoras o proveedoras, por ejemplo, en Chile a FONASA, las ISAPRES y las administradoras de pensiones (AFPs), lo cual es un problema engorroso y costoso para las empresas pequeñas y algunas medianas. Los trabajadores independientes o facultativos individuales aportan sus cotizaciones directamente al seguro social o entidad proveedora; en algunos países (Costa Rica, México, Perú) las cooperativas o asociaciones o sindicatos de independientes o campesinos u otros trabajadores sin empleador son los agentes recaudadores.

En cinco países hay fondos públicos solidarios o de compensación pero con distinto ámbito de aplicación, funciones y solidaridad: en Colombia (FOSYGA) se aplica a todo el sistema y es financiador y compensador solidario, asigna un per cápita a las aseguradoras, las que generan excedentes deben devolverlos al fondo y las que tengan déficit son cubiertos por el fondo; en Chile (FONASA) financia sólo el subsector público-seguro social y tiene una función solidaria, asigna subsidios totales a los pobres y decrecientes según aumenta el ingreso de sus afiliados, un nuevo fondo

de compensación entre las ISAPRES intenta reducir discriminación por riesgo de edad y género; en Argentina (FSR) inicialmente compensaba desigualdades entre regiones pero ahora se dedica a garantizar que el paquete básico se recibe por los asegurados y sus familiares; en Brasil (FAEC) intenta reducir desigualdades regionales financiando las atenciones de alta complejidad, y en Uruguay (FNR) también financia las acciones de alta complejidad a toda la población y tiene una función compensadora entre grupos de ingreso. El fondo "solidario" de Bolivia (FSN) tiene ámbito nacional pero sólo provee recursos adicionales para financiar el paquete básico (SUMI) a aquellos municipios cuyos recursos son insuficientes, de manera que no es realmente un fondo de compensación. La ley aún no ejecutada de la República Dominicana crea una Tesorería de Seguridad Social que recaudará cotizaciones y aportes fiscales y asignará recursos a la proveedora pública y a las privadas.

En al menos 12 países se cargan cuotas de uso a los usuarios del subsector público, sólo tres países no las cargan (Chile, Cuba y Perú, no hay información de Colombia, Haití y Panamá). En varios países se cobran las cuotas contra la ley (Argentina, Bolivia, El Salvador) o de manera informal contra la ley (Brasil, Costa Rica, Cuba). En varios países se exime a los pobres del pago de las cuotas y éstas se cargan según el ingreso (México, Uruguay) en otros se fija un tope en relación al costo de los servicios (República Dominicana). En los países donde no se exime a los pobres y grupos de bajo ingreso, las cuotas tienen un fuerte impacto regresivo y constituyen una fuerte barrera para el acceso a los servicios públicos (Ecuador, Paraguay). Sigue el análisis detallado de los países.

Argentina. Los porcentajes de cotización cargados por las OS nacionales se han uniformado: el trabajador asalariado cotiza 3% por su cobertura, más 1,5% adicional por cada dependiente cubierto y 3% para la OS de jubilados y pensionados; el empleador cotiza 6% por sus trabajadores y 2% a la OS de jubilados y pensionados, para un total mínimo de 14%, y el pensionado cotiza 2% de su pensión (aparentemente, la doble cotización que antes tenía 17% de la población ha sido eliminada).[198] De estas cotizaciones se descuenta entre 10% y 20% (según el salario y con diferentes valores en las OS sindicales y de personal de dirección) para el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Las cotizaciones de las OS provinciales varían de manera notable: 3% a 5% el trabajador, 4% a 9% el empleador, y 1% a 6,4% el pensionado, para un total de 10% a 15,4%; no hay descuento para el FSR pues no los cubre. La Superintendencia es financiada con un aporte máximo de 3% de los recursos del FSR. La cotización de los trabajadores independientes (autónomos "monotributistas") y los servidores domésticos para las OS es una suma fija mensual (alrededor de US$7) por el afiliado y otro tanto para el conjunto de los familiares dependientes, lo que les da acceso al paquete básico pero no financia éste, además es una suma fija independientemente del ingreso, de manera que pagan lo mismo si perciben menos de US$4,000 o más de US$24,000; también pagan 5% de su ingreso presunto para la OS de jubilados y pensionados. El Tesoro nacional también hace transferencias a las OS nacionales, mientras que los gobiernos provinciales hacen transferencias a sus OS. Los asegurados en OS que tienen convenios con las EMP deben hacer copagos mensuales que varían entre US$18 y US$68 para los trabajadores y entre US$34 y más de US$200 para los familiares dependientes; los copagos aumentaron 13% entre 2001 y 2004, forzando a muchos trabajadores a regresar a las OS de origen. Además, un estudio de 88 OS en 2004 demostró que entre 33% y 55% de los afiliados a estos planes no cumple con sus aportes al FSR (Torres 2004; SSS 2005). Los servicios públicos de salud de las provincias se financian en su mayoría con recursos provenientes de la coparticipación federal así como lo suyos propios; los municipios reciben transferencias de la Nación y de las provincias, a más de sus propios recursos.

[198] La OS de jubilados y pensionados se financia en 70% con las transferencias de trabajadores activos y empleadores, y en 30% con las cotizaciones de los propios pasivos; sus afiliados no pertenecen al FSR (Torres 2004).

Bolivia. El seguro social se financia con una cotización de 10% sobre la nómina pagada por los empleadores (los trabajadores no contribuyen) y 3% de sus pensiones por los jubilados y pensionados. El subsector público se financia en parte por el presupuesto estatal, pero también contribuyen los municipios (Guerrero 2000). Una fuente importante de financiamiento es la ayuda externa que en parte se canaliza a través de ONG's, así como para programas focalizados en los grupos más vulnerables (Tavares 1999). La distribución del financiamiento de todo el sector por fuente circa 2000 era: 44,8% del subsector privado, 32,1% de los hogares, 16,9% del gobierno y 6,2% de cooperación externa (OPS 2002c). Desde 2003 el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se financia con 10% de las transferencias del gobierno central a los municipios que se depositan en una cuenta ad hoc y se distribuyen en base a un per capita (fondos de coparticipación); los municipios utilizan esta cuenta para reembolsar los servicios provistos por entidades públicas, seguros sociales y privadas (NGOs, iglesias y proveedores con ánimo de lucro). Además, el Fondo Solidario Nacional (FSN) también creado en 2003 recibe 10% de la Cuenta del Diálogo Nacional establecida con recursos de la reducción de la deuda externa; cuando los recursos de la cuenta municipal son insuficientes para satisfacer la demanda de servicios, los municipios pueden acudir al FSN para obtener recursos adicionales, los cuales no se distribuyen a todos los municipios en base a un per capita. Problemas apuntados son: incentivos limitados para contener los costos, riesgo de uso ineficiente de los recursos y desigualdades en su distribución, incertidumbre sobre si los recursos transferidos por el gobierno y el FSN serán suficientes para financiar el SUMI y sus prestaciones adicionales, y necesidad de estudios de costos y monitoreo cuidadoso (Banco Mundial 2004)

Brasil. La constitución de 1988 estableció que al menos 30% del presupuesto de la seguridad social (un porcentaje de la nómina dedicada a financiar salud, pensiones y asistencia social) fuese asignado a la salud, pero el mandato nunca se implementó, más tarde se introdujeron nuevos tributos para el financiamiento de la salud. Las cotizaciones sobre salarios pagadas por empleadores y trabajadores, constituían la fuente principal de ingresos hasta 1993 en que fueron asignadas sólo para pensiones. Después las fuentes principales han sido las "contribuciones sociales": al aporte sobre la facturación bruta de las empresas (COFINS), el impuesto social a la ganancia neta de empresas comerciales, industriales y bancarias (CSLL), el impuesto sobre las transacciones financieras (CPMF; iniciado en 1996 como provisional y prorrogado en 2001, continúa hoy); también los recursos ordinarios de los presupuestos.[199] En 2003 la distribución de los ingresos fue: 32,4% CPMF, 27,4% CSLL, 21,1% COFINS, 13,1% recursos ordinarios y 6% otros. Los servicios propios de las fuerzas armadas reciben un fuerte subsidio del presupuesto, y los funcionarios públicos reciben un per cápita mensual del gobierno para financiar totalmente su aseguramiento privado (Piola 2005). Las fuentes financieras de los estados son los impuestos y transferencias federales, pero la transferencia mayor se hace a los municipios. La participación de la salud en los ingresos del sector público se mantuvo alrededor de 11,8% entre 1990 y 1999, pero la participación del gobierno federal disminuyó de 15,4% a 10,2%, mientras que la de los estados aumentó de 5,3% a 8,5% y la de los municipios creció de 10,4% a 15,9% (Medici 2002a). Una enmienda constitucional de 2000 fijó proporciones que se incrementan gradualmente hasta 2004 en los gastos mínimos de salud en relación con los ingresos propios de los estados (hasta 12%) y municipios (hasta 15%) a los efectos de cumplir sus funciones descentralizadas; el gobierno federal debió aumentar su gasto de 1999 ajustado cada año con el crecimiento del PIB, pero es debatible si realmente ocurrió ese incremento o no. En los tres niveles todos los ingresos y desembolsos se hacen a través del Fundo Nacional de Saúde (FNS) y los fondos estatales y municipales. El FNS hace transferencias a los fondos de los estados y municipios, incluyendo un tercio del financiamiento de los gastos del Programa de Salud de la Familia (a los municipios) que varían de

[199] Los recursos del Fondo de Estabilización Fiscal (FEF), separados en 1995-1999, desde 2000 se incluyen en los recursos ordinarios; los préstamos del Fondo de Amparo al Trabajador ya no son fuentes de financiamiento; y el Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza tuvo importancia en 2001-2002 pero luego se ha dedicado por completo a la Bolsa de Alimentación (Piola 2005).

acuerdo con la cobertura de la población (de US$9,000 por 5% cubierto a US$18,000 por más de 70% cubierto); el PSF también se financia con aportes estatales y municipales. Pero las transferencias federales requieren una fuerte supervisión, auditoría y evaluación a fin de asegurar resultados adecuados (Barros 2002; Medici 2002a; Biasoto 2004a, 2004b; Coelho y Moreno 2004).

Colombia. El régimen contributivo se financia principalmente con la cotización sobre el salario de los trabajadores dependientes o asalariados, la cual se uniformó e incrementó de 7% a 12% (8% está a cargo del empleador y 4% del trabajador[200]); 1% de la cotización total se transfiere en solidaridad al régimen subsidiado; la cotización es en función de la capacidad de pago del afiliado independientemente de su riesgo de salud. Los trabajadores independientes que ganan más de dos salarios mínimos deben cotizar 12%, lo cual es una carga desproporcionada comparada con la de los asalariados que sólo cotizan 4%. En 2000 la cotización promedio anual en las EPS privadas equivalía a 2,1 salarios mínimos, en las EPS públicas 1,9 salarios mínimos (pero 4 salarios mínimos en Caprecom) y el promedio general eran dos salarios mínimos, la base que se utiliza para la cotización de los trabajadores independientes. La otra fuente principal de financiamiento del régimen contributivo son las transferencias del fondo de compensación de FOSYGA (ver abajo). El régimen subsidiado tiene diversas fuentes de financiamiento: 1% de la cotización de solidaridad; 5% a 10% de las recaudaciones de las cajas de compensación familiar; 25% de la participación de los municipios en los ingresos de la nación; el llamado "situado fiscal" que es el 20% de las transferencias fiscales de la nación a los departamentos; contribuciones adicionales voluntarias de municipios y departamentos; parte de los royalties de petróleo, de los ingresos por lotería y de los impuestos a ganancias por juego, y los recursos transferidos por la cuenta de solidaridad de FOSYGA (ver a continuación). El FOSYGA recibe todos los recursos y funciona de la forma siguiente: las aseguradoras (EPS y ARS) reciben del mismo una unidad per capita (UPC) por cada afiliado, ajustada por edad, género y localidad; en 2004 era de US$150 anual en el régimen contributivo y US$83 en el régimen subsidiado AISS 2004), porque el POS del contributivo es superior al POSS del subsidiado; las dos UPC deberían gradualmente acercarse hasta que se igualasen en 2001 (cuando el POS y el POSS también serían iguales), pero desde 1999 la brecha se amplió porque la UPC del subsidiado ni siquiera se ajustó a la inflación por lo que disminuyó en términos reales. El exceso de la UPC sobre el costo del POS debe ser transferido por las aseguradoras al FOSYGA para financiar a las aseguradoras con déficit porque no pueden financiar el POS con la UPC asignada (Málaga y otros 2000; Felizzola 2002; Martínez y otros 2003; OPS 2005a). Las fuentes utilizadas para cubrir los costos de salud en 2003 eran como sigue: los recursos propios aún constituían el 55% del total, las entidades de seguridad social en las cuales estaban los afiliados el 42%, la secretaría de salud o alcaldía el 4%, y otras fuentes el 16%; las proporciones rurales de financiamiento por recursos propios eran mayores que las urbanas (56,9% versus 54,6%), mientras que lo opuesto ocurría con las entidades de seguridad social (34,4% versus 44,6%) (*Salud Colombia* 2003, N° 73). A fines de 2004 había cuatro proyectos de ley en discusión para reformar el sistema y sus finanzas; el del gobierno propone redistribuir las fuentes actuales de financiamiento, de hecho creando un nuevo régimen subsidiado, establecer un nuevo plan colectivo de salud que sustituya al actual, aumentar los recursos y crear formas distintas de subsidios (AISS 2005).

Costa Rica. El trabajador asalariado cotiza 5,5% al programa de enfermedad-maternidad del seguro social (CCSS), el empleador 9,25% y el Estado 0,25% (el total de 15% es el más alto en la región). El trabajador independiente afiliado voluntariamente cotiza 4,75% a 7,75% (según categorías ocupacionales) y el Estado aporta 1,25% a 3,25% (0,25% como aporte general y entre 1% y 3% en substitución por la cotización patronal, según el ingreso y calificación del

[200] Antes de la reforma había doble cotización entre grupos de ingreso medio-alto y medio que tenían cobertura adicional a la del seguro social. La doble cotización no ha sido eliminada, especialmente para grupos de alto ingreso que no están satisfechos con el POS y compran paquetes adicionales a las aseguradoras (Yepes 2000; Castaño y otros 2001).

independiente); este aporte es único en la región salvo en la República Dominicana cuando el régimen contributivo-subsidiado comience a funcionar. Los otros afiliados voluntarios no remunerados cotizan 5,75% a 13,75% y el Estado 2,25% a 3,75%. Los pensionados cotizan 5% de su pensión, el Estado aporta 0,25% y 8,75% proviene del fondo de pensiones. El Estado además aporta 14% del ingreso de referencia de los trabajadores independientes (a través del programa de asistencia DESAF), para financiar la atención de los indigentes en la CCSS (Martínez y Mesa-Lago 2003). El ingreso por cotizaciones constituyó 87% del total en 2001, el resto provino de las transferencias del Estado y una pequeña parte del interés de los bonos con los que el Estado financió la deuda acumulada por el incumplimiento de sus obligaciones en el pasado. Aunque legalmente no hay copagos, en la práctica se ha visto que hay copagos informales a través del "biombo" (ver sección B-1)**.** Las áreas de salud reciben un per cápita que deberá estar ajustado al uso de servicios según tasa de mortalidad infantil, sexo y estructura de edades de los usuarios, mientras que los hospitales son pagados de acuerdo con una unidad homogénea de producción hospitalaria (UPH) conectada con la estancia hospitalaria, avanzando luego a otras formas más complejas como *case mix* o GRD (Sojo 2001a). El ministerio se financia fundamentalmente con asignaciones del presupuesto nacional. La ayuda externa para la reforma de la salud ha sido cuantiosa: US$171 millones entre 1992 y 2001 pero reducida significativamente después. Hay muy pocos seguros privados prepaga que cobran primas; las proveedoras privadas se financian con pago directo por los usuarios o pagos per capita de la CCSS negociados para la atención a los asegurados (Programa Estado 2002; La Forgia 2005). Los altos precios de los servicios privados han sido criticados por los usuarios, la Defensoría de los Habitantes y la Contraloría General (OPS 2005a).

Cuba. La atención de salud es gratuita; todos los gastos de salud son financiados por el presupuesto del Estado (salvo algunas excepciones como medicinas para los no hospitalizados que son pagados de bolsillo). No hay cotización de los trabajadores o las empresas o los jubilados y pensionados, ni tampoco copagos, dichas cotizaciones y copagos no se contemplan en el futuro (OPS 2005a). Un problema serio es la reducción del financiamiento en divisas para compras en el exterior que descendió de US$227 millones en 1989 a US$68 millones en 1993; aunque se informa de un incremento desde 1994 no se ha dado una cifra (Benítez 2003).

Chile. La reforma uniformó la cotización del trabajador y la aumentó de 4% de su salario o ingreso en 1981 a 7% en 1986 y no había cambiado hasta mediados de 2005; hay un tope salarial para dicha cotización. El empleador no cotiza[201], y el trabajador independiente y el jubilado pagan una cotización igual al trabajador asalariado o dependiente (el programa especial para las fuerzas armadas es o bien totalmente financiado por el Estado o recibe subsidios cuantiosos de éste).[202] La cotización del trabajador dependiente es descontada por el empleador y transferida a FONASA o a la ISAPRE cuando así lo solicita el trabajador; el independiente paga su cotización directamente. No obstante el tope salarial a la cotización obligatoria, el precio o prima del contrato firmado por el trabajador con las ISAPRES no tiene límite legal y hasta 2005 éstas tenían libertad de aumentar las primas anuales por encima de dicho tope (Bitrán y Almarza 1997). Además, mientras FONASA no discrimina en su cotización por riesgo, las ISAPRES si lo hacen, de forma que la prima aumenta con el riesgo. "La creación del sistema previsional privado de salud y la eliminación de los aportes patronales a la salud fueron determinantes en el dramático incremento de la brecha de recursos para el financiamiento de la salud pública y privada" (MINSAL 2004). A partir de 2004 la prima

[201] Los empleadores cotizan voluntariamente y generaron 2,6% del ingreso de las ISAPRES en 2002 (SI 2004). No se reportan cotizaciones de los empleadores al sistema público (FONASA 2004).

[202] Antes de la reforma había varias formas de financiamiento: el SNS (obreros, independientes e indigentes) por aportes fiscales (61% de los ingresos), cotizaciones de empleadores y trabajadores (26%; los trabajadores agrícolas y del servicio doméstico pagaban cotizaciones muy bajas), y pagos de bolsillo de los que tenían derecho a libre elección de un médico privado; el SERMENA (empleados) por cotizaciones de empleadores y empleados (67%) y pagos de bolsillo (30%); y el programa de las fuerzas armadas y policía principalmente por el fisco, lo cual no había cambiado a mediados de 2005.

universal que financia el paquete mínimo de prestaciones introducidos por las leyes de ese año, se fija por el Estado y no puede cambiarse sino después de tres años (Ley 19,966 2004). Además la ley de 2005, regula las alzas de precio por las ISAPRES estableciendo al reajuste anual un máximo determinado por una banda de precios (-30% y +30%) respecto al promedio de las variaciones de precios de los planes de las ISAPRES (Ley 20,015 2005)**.**

El Estado financia casi totalmente los bienes públicos de salud y la cobertura de los pobres y otorga subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados reduciendo dicho subsidio según aumenta el ingreso, a ese efecto los beneficiarios se dividen en cuatro grupos de ingreso: (A) pobres o indigentes (36,6% del total en 2003, no pagan, sólo tienen acceso al sistema público y la atención es gratuita); (B) ingresos inferiores a 1 salario mínimo (32,3% del total, pagan la cotización, la atención es gratuita en el sistema público y tienen libre elección con un copago); (C) ingresos superiores a 1 salario mínimo pero inferiores a 1,45 salarios mínimos (17,7% del total, pagan la cotización más un copago de 10% por la atención en el sistema público y tienen libre elección con un copago), y (D) ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos (13,4% del total, pagan la cotización más un copago de 20% por la atención en el sistema público y tienen libre elección con un copago)[203] (FONASA 2004; Inostroza 2005a). Hay personas que no son beneficiarios de FONASA pero usan sus servicios, deberían pagar enteramente por estos pero no siempre lo hacen (Bitrán y otros 2000). En 2002 las ISAPRES se financiaban en 97% con las cotizaciones y copagos, más 3% de contribuciones voluntarias de empleadores, pero en 1995 recibían 4,7% de subsidios fiscales, después eliminados (Bitrán y Almarza 1997; SI 2004). En FONASA, la participación del aporte fiscal en el financiamiento creció de 41% en 1990 a 51% en 2002, mientras que la participación de las cotizaciones disminuyó de 45% a 35%, los copagos se estancaron en el 8% y los otros ingresos en alrededor del 6% (FONASA 2004). Entre 1981 y 1997, se duplicó la razón de las cotizaciones más copagos hechos a las ISAPRES en relación con las cotizaciones hechas a FONASA (Barrientos 2000). La reforma ha forzado al sistema público a continuar financiando al 68% de la población que es la de mayor riesgo pero con menos recursos que el sistema privado que cubre sólo el 18% de la población (Titelman 2000).

Las propuestas chilenas de reforma debatidas en 2002-2003 incluían un Fondo Solidario con recursos fiscales para financiar las cotizaciones de indigentes a FONASA, a fin de desvincular el acceso y costo de los seguros de la capacidad de pago de las personas y su riesgo individual, a más de materializar la solidaridad ("Mensaje..." 2002). Otra propuesta creaba un Fondo de Compensación para financiar la atención y el subsidio de maternidad (a los afiliados en FONASA y las ISAPRES) y compensar a las aseguradoras por el costo de estos beneficios, lo cual mejoría la solidaridad si bien los dos sistemas continuarían separados, sin transferencias entre ellos, ni tocaría las cotizaciones asignadas a cada uno; a más de un descuento de 0.6 puntos de la cotización del 7% asignada al subsidio de maternidad, el Fondo recibiría copagos para los grupos de ingreso C y D, y recursos fiscales (Gómez 2003; Sojo 2003). Estas dos propuestas no fueron aprobadas debido a la oposición de las ISAPRES, el Colegio Médico de Chile y los partidos políticos conservadores, por lo que el gobierno tuvo que ceder a fin de llegar a un compromiso factible (Borzutzky 2006). En su lugar, la Ley de 2005 creó un Fondo de Compensación Interisapres (FCI) con el fin de reducir la actual discriminación por riesgo basada en género y edad, introduciendo un mecanismo de solidaridad colectiva respecto a las prestaciones básicas de GES, además hace obligatoria la inclusión de la atención de parto en el paquete mínimo que deben ofrecer las ISAPRES Todos los asegurados pagarán la prima universal que financia GES pero recibirán prestaciones de acuerdo con su riesgo, de forma que el costo no aumente para las mujeres en edad fértil y el adulto mayor. El FCI compensará

[203] Aquellos que no pueden sufragar el copago dentro del sistema público tienen acceso a un crédito y, de acuerdo con la constitución, el Estado nunca puede negar la atención. FONASA otorga un bono para la atención en el sector privado cuando se usa la libre elección, con tres niveles que dependen de la calidad del profesional y el establecimiento.

entre sí a las ISAPRES abiertas por la diferencia entre la prima universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda; la Superintendencia de Salud determinará los montos de compensación para cada ISAPRE, lo cual permitirá en el tiempo homogeneizar los riesgos de salud en las ISAPRES (Inostroza 2005a, 2005b; Ley 20,015 2005).[204] Las ISAPRES tienen libertad para fijar los copagos o primas y aumentarlos cuando se renuevan los contratos de los "cautivos" (tercera edad y/o afectados por enfermedades crónicas o catastróficas) y hay una enorme diferencia entre dichos copagos. A partir de 1996 la Superintendencia de ISAPRES fijó un índice de precios así como tasas máximas para los planes de cautivos y la ley de 2005 limita el alza de primas anuales de las ISAPRES fijando una banda de precios (Sojo 2003; García y Niklander 2005; Ley 20,015 2005).

Ecuador. Los trabajadores asalariados no cotizan al programa de enfermedad-maternidad del seguro social que desde 2003 se financia con una cotización de 4,71% de los empleadores. Los trabajadores independientes y otros de afiliación voluntaria cotizan 4,71% de un ingreso presunto que se calcula en relación al salario mínimo (más 0,8% para los gastos de administración de todos los programas), los trabajadores azucareros temporales cotizan 8,25% y los servidores domésticos aportan US$8.81 mensual, estos aportes tan pesados contrastan con la falta de cotización de los asalariados, lo cual explica en gran medida la baja cobertura de los referidos tres grupos de trabajadores. Los pensionados por vejez e invalidez no cotizan pero las pensionadas por viudez cotizan 4,7% de su pensión (IESS 2005). De acuerdo con la ley de reforma de 2001, el Estado debe financiar la atención de los pensionados y el IESS debe otorgarla aún si el gobierno no la paga; también el gobierno debe aportar a un seguro colectivo para financiar la atención de pensionados huérfanos, jefas de hogar y campesinos, pero el Estado usualmente no ha cumplido con sus obligaciones y adeuda una suma enorme al IESS (LSS 2001). Antes de la ley de reforma, el seguro campesino (SSC) se financiaba con la transferencia de una cotización de 1% al IESS sobre la nómina salarial, dividida en partes iguales entre el trabajador, el empleador y el Estado, así como un aporte nominal de 1% del salario mínimo agrícola por los jefes de familia cubiertos. Los programas de las fuerzas armadas y policía se financian con cargo al presupuesto público y la venta de servicios a los no afiliados. El ministerio se financia con asignaciones del presupuesto y cuotas de uso, la ley del sistema nacional de salud de 2002 estipula que el plan básico estará a cargo de fondos públicos y que el Estado creará fondos específicos para atender a las enfermedades catastróficas; la Beneficencia de Guayaquil recibe transferencias considerables de la lotería nacional y un pequeño aporte del presupuesto estatal; la Lucha contra el Cáncer recibe parte del impuesto sobre transacciones financieras así como un aporte fiscal directo. El subsector privado cobra por sus servicios y las pocas compañías prepaga cargan una prima (LOSNS 2002; OPS 2005a).

El Salvador. Los trabajadores asalariados cotizan 3% al programa de enfermedad-maternidad del seguro social (ISSS), los empleadores 7,5% (hay tope al salario imponible para la cotización) y el Estado debe aportar una suma fija; los pensionados cotizan 7,8% de su pensión. El subsector público se financiaba en 1998: 80% por asignación presupuestaria, 8% por ingresos propios (cuotas de uso) y 12% de ayuda externa (OPS 2005a). Los SIBASI locales se financian principalmente por el ministerio (el 63% del presupuesto de 2003 se asignó a hospitales para impulsar y fortalecer los SIBASI, una de las tres prioridades del subsector; República 2002); la segunda fuente son las cuotas voluntarias de los usuarios (que tomaron 2-4% del ingreso familiar en 5 SIBASI; APSAL 2002) y la tercera la ayuda internacional; en 2001 las respectivas proporciones

[204] Las ISAPRES se opusieron a la ley argumentando que el FCS discriminaría contra familias numerosas y hombres jóvenes, y que subsidiaría a un grupo de mujeres y adultos mayores que tiene alto ingreso. La Asociación de ISAPRES apoyaba la ley siempre que el FCS comenzase a operar cuando la prima universal para GES representase 30% de su costo promedio, frente a un 15% establecido en la ley (García 2005). La ley fue finalmente aprobada en mayo de 2005 con algunos cambios respecto al proyecto original.

eran: 92%, 7,8% y 0,2% (MSPAS/GTZ 2002). El subsector privado se financia por primas a los seguros y pagos directos por el uso de servicios.

Guatemala. Los trabajadores asalariados cotizan 2% de sus salarios al programa de enfermedad-maternidad del seguro social (IGSS) y los empleadores 4%; el Estado debe por ley aportar 3% de la nómina salarial, pero nunca ha cumplido con esa obligación. Los funcionarios públicos y los jubilados y pensionados del Estado reciben atención del IGSS pero no cotizan al mismo (Mesa-Lago y otros 1997a; Durán y Cercone 2001). El paquete básico se financia por los municipios con recursos de asignación específica de la coparticipación tributaria que reciben del Estado; el paquete tiene un costo prefijado por usuario y la asignación de recursos se hace por capitación. Al inicio del programa faltó una partida presuipuestaria inicial, y posteriorente se redujeron los recursos asignados por el Estado para incrementar la cobertura; el costo del paquete no fue ajustado a la inflación en 1997-2002; el Estado ha demorado los pagos a las ONG's proveedoras creando problemas a éstas para comprar insumos clave como medicinas (Sojo 2003; La Forgia 2005; OPS 2005a).

Haití. El seguro social carece de importancia y se desconocen las cotizaciones. El subsector público se financia con el presupuesto (pobre e ineficientemente utilizado) y la considerable cooperación internacional que también se canaliza a través de ONG's. El paquete básico se financiará por un per cápita de US$10 anuales entregado a los proveedores que tengan contratos con el ministerio (BID 2003). No hay seguros o planes privados. La ayuda externa se suspendió después del golpe de estado de 1991, al que siguió un embargo internacional; después de 1994 se restauró la ayuda externa pero la crisis política de 2000 provocó una nueva suspensión. En 2004, 26 agencias multilaterales y bilaterales, entre ellas las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el BID y la Comisión Europea, firmaron un marco de cooperación para 2004-2006 (ICF) a fin de canalizar la ayuda externa, una de cuyas prioridades es la salud (Republic 2004).

Honduras. Los trabajadores asalariados cotizan 2,5% de sus salarios al seguro social (IHSS), los empleadores 5% y el Estado 0,5% pero no cumple esta obligación; los asegurados voluntarios (independientes, etc.) cotizan 7,5%; no hay información sobre aportes de los pensionados ni si se requieren copagos. Los topes de cotización sobre el salario imponible del seguro social estuvieron congelados por muchos años pero a partir de 2001 se han incrementado; el 22% de las personas que tienen aseguramiento privado también cotiza al IHSS. Los SILOSS se financian con cuotas absolutas fijas a los tres niveles de atención, de espalda a los objetivos de programas basados en gestión de riesgos, costo-efectividad y satisfacción del usuario (Durán 2003). El financiamiento del subsector público en 1998 fue: 62% de asignación presupuestaria, 37% del aporte externo y sólo 1% de cuotas de uso (OPS 2005a).

México. Hay cotizaciones diversas en los seguros sociales: (a) en IMSS la reforma de 1997 redujo la cotización del trabajador, aumentó la del Estado y disminuyó la del empleador, aunque ésta se incrementa gradualmente hasta 2007; las cotización total actual es 12,4% distribuida: 7,5% por el empleador, 4,2% por el Estado y 0,7% por el trabajador;[205] hay cotizaciones adicionales para financiar las prestaciones monetarias de salud (1%) y la atención de los pensionados (1,5%) que se pagan por trabajadores, empleadores y Estado; la cotización del seguro de salud para la familia (SSF) es 22,4% del salario mínimo del distrito federal (smdf) pagada por el trabajador más 16,8% del smdf por cada familiar adicional con un aporte del gobierno federal; (b) el programa IMSS- Oportunidades se financia

[205] El empleador y el Estado cada uno comenzó pagando 13,9% del salario mínimo del distrito federal indizado al IPC (smdf), elevándose gradualmente dicha cotización hasta 20,4% entre 1997 y 2007; el asegurado con menos de 3 smdf no paga, sobre el excedente hay una cotización decreciente de 8% a 1,5% entre 1997 y 2007 (75% es pagada por el empleador y 25% por el trabajador). En 1997 se intentó introducir en el IMSS la opción que el asegurado pudiese elegir un proveedor externo, subrogante del IMSS, y traspasarle su cotización total o parcialmente, pero hubo fuerte oposición y no tuvo éxito (Brachet-Márquez 2001).

totalmente con trasferencias federales, el IMSS lo administra y las comunidades aportan trabajo; (c) en ISSSTE el empleador (gobierno federal o estados) cotiza 6,75% y el empleado 2,75%, los servicios a los pensionados se financian por aportes (basados en el monto de la pensión) por el ISSSTE y el Estado, éste también cubre cualquier déficit resultante; (d) el programa de los petroleros es financiando totalmente por el empleador (PEMEX) y el de las fuerzas armadas totalmente por el Estado. Los empleadores deben retener las cotizaciones de sus trabajadores (cuando procede) y transferirlas con las suyas propias a la entidad aseguradora correspondiente; en IMSS las cooperativas y asociaciones de trabajadores independientes se encargan de recaudar la cotización de sus miembros. Los seguros sociales no cargan cuotas de uso (Dávila y Guijarro 2000; Brachet-Márquez 2001; AISS 2003b; IMSS 2005a). El ministerio federal (SSA) se financia por el gobierno federal; los estados con transferencias federales (depositadas desde 1998 en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud: FASSA) y sus propios recursos; el cofinanciamiento despliega enormes diferencias entre los estados, los cuales en teoría deben aportar 30% pero algunos dependen casi 100% de las transferencias federales (Arredondo 2005). El seguro popular de salud (SPS) se financia con transferencias frescas del gobierno federal a los estados que comenzaron en 2004, basadas en la capacidad socioeconómica de aquellos y un per cápita por familia, así como aportes de los estados y cuotas de los beneficiarios, pero 94% de estos está exento porque se encuentran en los dos quintiles de ingreso más pobre, el restante 6% aporta la cuota según su nivel socioeconómico (el rango de la cuota entre los estados varió entre US$0,03 y US$7,70 por familia). La ley dispone la creación de un fondo con 8% de los ingresos anuales para cubrir enfermedades de alto costo (que parece ser insuficiente para su objetivo, contrastado con 78% del gasto dedicado al paquete), y un fondo interestatal de compensación con 3% del ingreso. En 2004 la distribución del financiamiento era 68% por el gobierno federal (39% fondos frescos y 29% fondos que ya recibían los estados), 29% por los estados (con gran diversidad entre ellos) y 3% por los beneficiarios; el costo del SPS se estimó en US$625 anuales por familia, pero el autor ha calculado US$269 basado en el promedio para todas las familias y el cambio del peso en 2004. Un fuerte golpe al SPS fue el rechazo por el congreso de la reforma fiscal a fines de 2003, la cual se proyectaba aportaría cuantiosos fondos federales para el SPS; al inicio de 2004 el ministro de salud declaró que las metas de cobertura no podrían ser cumplidas debido a un corte de 40% de los fondos proyectados (Nigenda 2004; distribución del financiamiento estimada por el autor; ver sección F- 5).

Nicaragua. Los trabajadores asalariados cotizan 2,25% de sus salarios (con un tope) al seguro social (INSS), los empleadores 6% y el Estado 0,25%; los asegurados voluntarios (independientes, etc.) cotizan 8,25% y el Estado aporta 0,25%; los pensionados no están generalmente cubiertos y, por tanto, no cotizan; no se exige copago a los asegurados en las EMP.[206] El subsector público se financia con asignaciones del presupuesto estatal que disminuyeron de 46,8% a 28,8% entre 1995 y 2001, aportes externos que declinaron de 19,2% a 7,7% y pagos privados (principalmente de hogares) que aumentaron de 34% a 63,5% (Rossman y Valladares 2003).[207] Con el aporte externo se creó en 1999 un Fondo Social Suplementario para combatir la pobreza y amortiguar el impacto del ajuste estructural en los grupos vulnerables, que incluye un componente de salud, principalmente nutrición; el FSS estaba aún en operación en 2004 (OPS 2005a), pero la reducción proporcional y absoluta de dicho aporte tiene que haber afectado dicho fondo y sus servicios. Hay subsidios cruzados del subsector público a los asegurados del INSS porque estos usan servicios del ministerio en atenciones o patologías no cubiertas por las EMP, mientras que el ministerio también tiene subsidios internos debido a su estructura diferenciada de servicios y pagos. Las EMP se financian con un per capita mensual que les abona el INSS y que

[206] Es interesante que un estudio dirigido en parte a los trabajadores comenta que la falta de copago contribuye a incentivar la demanda al eliminar la responsabilidad del usuario en el costo de los servicios (Rossman y Valladares 2003).

[207] Un distribución porcentual diferente entre 1995 y 1999 muestra que: las asignaciones presupuestarias estatales aumentaron de 61% a 76%, las cuotas de uso diferenciadas en los hospitales descendieron de 6% a 5%, y los aportes externos declinaron de 33% a 19% (cálculos del autor basados en OPS 2005).

debería ser ajustado anualmente pero usualmente se hace con retraso y con una tendencia a reducir su monto: era US$12.80 en 2005, inferior en términos reales a 1995. El per capita no se ajusta por riesgo, lo cual incentiva a las EMP a una selección adversa, o sea, intentar atraer a los asegurados más saludables. Las EMP también reciben ingresos por la venta de servicios a la población con recursos. La nueva ley de seguridad social de 2005 añade un pago por evento a las EMP (Rossman y Valladares 2003; La Forgia 2005; "Detallan..." 2005).

Panamá. Los trabajadores asalariados cotizan 0,5% de sus salarios al seguro social (CSS) y los empleadores 8%; los trabajadores independientes cotizan 8,5% de su ingreso y los pensionados 6,75% de su pensión; el Estado no aporta. El subsector público se financia con el presupuesto del gobierno central. Una parte de los no asegurados recibe atención en la CSS y ésta es reembolsada (compensada) por el subsector público, mientras que una pequeña proporción paga directamente por sus servicios. Del total de gastos de la CSS de salud en el período 1999-2003, 94% procedió de reembolsos del ministerio y sólo 6% del pago directo de no asegurados. De igual forma, la CSS debe compensar al ministerio y otros proveedores del subsector público por servicios prestados a sus asegurados mediante convenio, pero argumenta que la calidad y costo de sus servicios es superior a los públicos, por lo que pierde en estas compensaciones. En 2003 del costo total de servicios provistos a asegurados de la CSS, 83,8% fue en instalaciones propias y 16,2% por proveedores externos: 10,5% por el ministerio, 4,7% por otros públicos y 1% por proveedores privados (CSS 2004). El Hospital de San Miguelito tiene un financiamiento especial: una entidad autonoma recibe asignaciones presupuestarias del ministerio y la CSS, y a su vez compra al hospital servicios para todos los usuarios del area; el hospital subcontrata todos sus servicios con empresas privadas a las cuales paga y recibe de la entidad autonoma reembolsos basados en tarifas prefijadas por cada servicio (La Forgia 2005).

Paraguay. Los trabajadores cotizan 3,5% y los empleadores 5,5% al programa de enfermedad-maternidad del seguro social (IPS), y el Estado por ley debería aportar 1,5% a todo el IPS pero no ha cumplido dicha obligación en 57 años.[208] Hay cotizaciones menores diversas para otros grupos afiliados al IPS, por ejemplo, en el servicio doméstico el trabajador cotiza 2,5% y el patrono 5,5%; en el magisterio las aportes respectivos son 5,5% y 2,5%, y los funcionarios de un ente descentralizado (ANDE) cotizan 6% y 12% (IPS 2005). En los programas separados de las fuerzas armadas y la policía, la atención de salud se financia por el Estado, y los funcionarios públicos tienen derecho a un seguro privado con subsidios fiscales. En el subsector público el ministerio se financia con el presupuesto del gobierno central, cuotas de uso y ayuda externa; los departamentos y municipios tienen recursos propios y reciben transferencias del gobierno central. Los seguros y prepagas cargan primas que oscilaban entre US$40 y US$140 mensuales; los microseguros con cuotas de los miembros, y las mutuales del Chaco con cotizaciones sobre los salarios (OPS 2005a; Ramírez 2005a).

Perú. El seguro social (EsSalud) se financia con una cotización de 9% a cargo de los empleadores; los trabajadores asalariados; si los trabajadores deciden escoger una entidad proveedora (EPS), se traspasa 25% de la cotización patronal (2,25%) a la EPS.[209] Los empleadores deben transferir el 9% a EsSalud y el 2,25% a la EPS en su caso; si los empleadores tienen servicios de salud propios o contratan con entidades proveedoras (EPS), pueden deducir 25% de su aporte (2.25%) con un tope igual a la suma gastada. Los trabajadores afiliados a una entidad proveedora (EPS) están sometidos a copagos con un tope de 2% de su ingreso mensual por la atención ambulatoria y 10% por hospitalización. Los trabajadores agrícolas y pescadores independientes

[208] La cotización total del empleador al IPS había aumentado en 2,5 puntos porcentuales en 2005 y es posible que parte de la misma se haya asignado a enfermedad-maternidad, pero no se pudo obtener información (IPS 2005).

[209] Antes de la reforma el trabajador cotizaba 3% pero ésta se pasó al programa de pensiones y se aumentó la cotización patronal de 6% a 9%.

deben financiar por completo su cobertura (4% y 9% respectivamente del salario mínimo); la organización social o armador artesanal de los pescadores debe abrir una cuenta en el banco de la nación y encargarse de las recaudaciones. Los afiliados voluntarios deben financiar su protección de acuerdo con el plan que han escogido y pagar directamente sus cotizaciones; los independientes y los choferes pagan 9% del salario mínimo, las amas de casa entre 5% y 9%, otros aportan una suma fija. Los pensionados cotizan 4% del monto de sus pensiones. El seguro social (EsSalud) debe llevar cuentas y fondos separados de cada régimen que administra. El ministerio y el paquete básico (SIS) se financian con aportes presupuestarios; el presupuesto del SIS en 2004 era sólo 8% del presupuesto total de MINSA. En 1998-1999 la ayuda externa fue de US$452 millones, se proyecta aumentar la cooperación internacional para ayudar a financiar el SIS. El programa de las fuerzas armadas y de la policía está totalmente a cargo del Estado (LCSSS 1997; LMSSS 1997; MS 2002; EsSalud 2004, 2005; MINSA 2005).

República Dominicana. Bajo la reforma, los trabajadores cotizarán 3% y los empleadores 7% al régimen contributivo (actualmente hay doble cotización porque los asegurados en el IDSS también están afiliados a "igualas"); el Estado aportará parte del financiamiento en el régimen contributivo-subsidiado y todo el costo del régimen subsidiado; los independientes en el régimen contributivo-subsidiado pagarán una cotización y el Estado financiará el resto, mientras que aquellos cubiertos por el régimen subsidiado no pagarán nada; los pensionados tampoco aportarán; en la actualidad no hay copago en el seguro social pero lo habrá cuando se implemente la reforma. Los otros programas de seguro social separados (varios grupos de funcionarios públicos, maestros, médicos, enfermeras, etc.) tienen cotizaciones distintas del trabajador y el empleador o Estado y deben abonar un copago; el programa de las fuerzas armadas se financia enteramente por el Estado. El subsector público se financia con asignaciones presupuestarias, impuestos de destino específico, también a las ganancias de juegos de azar y a las utilidades de las aseguradoras y proveedoras, aportes de la lotería nacional, venta por servicios del ministerio, cuotas de uso y ayuda externa.[210] El paquete básico se financia por un per cápita, igual para toda la población independientemente del régimen de afiliación; la ARS pública (SENASA) asignará el per cápita a los servicios regionales de salud, también el ministerio les transferirá recursos para otros servicios no incluidos en el paquete básico. El Estado financia o subvenciona otras entidades claves en la reforma. Los afiliados en las "igualas" pagaban en 2000 una prima mensual de US$22 en el plan individual y US$49 en el plan familiar; las ONG's reciben subsidios fiscales (Lizardo 2004; OPS 2005a; ver sección F-5).

Uruguay. La cotización al programa de enfermedad del seguro social (BPS) es 3% por el trabajador y 5% por el empleador (éste también debe financiar la diferencia necesaria para cubrir la cuota a las IACM de trabajadores de bajo ingreso con varios familiares dependientes); los pensionados cotizan entre 1% y 3% de su pensión; el Estado financia el déficit; el programa de maternidad es financiado enteramente por el Estado (BPS 2003). Los trabajadores independientes cotizan una suma fija (ficto) de US$32 mensuales que es menor que la prima de una prepaga. Las IAMCs se financian con cuotas que les paga el BPS por capitación por afiliado, complementos de los empleadores a los asegurados cuya cotización es insuficiente para financiar la cuota, y copagos por medicinas y consultas ("órdenes" y "tickets") por los afiliados, todos los cuales mostraron una tendencia creciente entre 1992 y 2003; los afiliados individuales voluntarios pagan enteramente la cuota y los copagos; el Estado fija un máximo mensual a las cuotas (MSP/BM 2004a; ver sección F-5**).** La recaudación no está completamente centralizada: la mayoría de la población está asegurada en el BPS y los empleadores le transfieren las cotizaciones; en otros seguros sociales el Estado deduce las cotizaciones y hace sus aportes propios, los copagos a las IAMC se hacen de manera directa, compartida por los asegurados y sus empleadores; los pagos a seguros parciales y otros

[210] La distribución porcentual de las fuentes combinadas de financiamiento de los subsectores público y de seguro social en 1999 fue: 68% público, 12,3% por el seguro social, 15,2% por los hogares y 4,5% de ayuda externa (Rathe 2004).

seguros privados se efectúan directamente por los asegurados. El Fondo Nacional de Recursos (FNR), que paga a las IMAE por la atención de alta complejidad, se financia con aportes fijos mensuales (US$2.50) del BPS por cada afiliado en las IAMC y beneficiarios materno-infantiles, por aportes similares de los afiliados individuales a las IAMC y seguros parciales, y por el ministerio para cubrir a la población a su cargo. El ministerio se financia con asignaciones presupuestarias del Estado y el cobro de cuotas de uso (ver abajo); el hospital universitario se financia con transferencias del presupuesto estatal; los servicios de salud de los municipios se mantienen a través de impuestos. Los seguros parciales y las emergencias cobran primas de los asegurados (AISS 2003a; MSP/BM 2004b).

Venezuela. La cotización al programa de enfermedad-maternidad (FAM) del seguro social (IVSS) es 6,25%; la distribución actual entre trabajadores y empleadores varía según tres categorías, la ley orgánica de la seguridad social de 2002 no especifica las cotizaciones, pero el proyecto de ley de salud en debate en 2005 distribuye la cotización de 6,25% entre 25% por el trabajador (1,56%) y 75% por el empleador (4,69%). El Estado debe aportar 1,5% de los salarios cotizados, para gastos de administración, mantenimiento, renovación de equipo y construcción de instalaciones (en 2003 el aporte estatal por este concepto equivalió a 4,7% del ingreso); el déficit creciente del referido programa se ha cubierto con transferencias del programa de pensiones y del Estado (ver sección F-5). El proyecto de ley de salud no hace referencia a la cotización estatal del 1,5% y estipula de manera general que el Estado aportará al sistema público nacional de salud (SPNS), sin especificar como y las fuentes. El proyecto también dispone que el trabajador independiente y otros no asalariados deberán pagar la cotización total de 6,25%, aunque la ley orgánica de seguridad social introducía un aporte estatal potencial para los independientes de bajo ingreso. Los programas separados (fuerzas armadas, maestros, universidades, petróleo) son financiados por el Estado y el asegurado con fuertes subsidios fiscales, pero todos salvo las fuerzas armadas, serán integrados al SPNS. Los funcionarios de instituciones, empresas y universidades públicas reciben una póliza colectiva que se financia por vía fiscal y por aportes de los beneficiarios; estas pólizas serán rescindidas 10 años después de entrar en vigor la ley de salud. En la actualidad el ministerio se financia por asignaciones presupuestarias y los estados reciben asignaciones presupuestarias centrales y el "situado constitucional" que en parte se dedica a la salud en los estados descentralizados, pero el proyecto recentraliza a los estados. La constitución de 1999 prescribe que el Estado integrará las cotizaciones de seguridad social, los aportes fiscales y cualquier otra fuente de financiamiento. La Tesorería de la Seguridad Social (estipulada por la ley orgánica de 2002) estará encargada de recaudar de manera centralizada todas las cotizaciones y aportes, invertirlos y distribuirlos, pero no se había establecido a mediados de 2005, por lo que el IVSS y los otros programas separados continuaban sus propias recaudaciones. El proyecto dispone que hasta tanto no sea creada la Tesorería, las cotizaciones a la salud del IVSS se depositarán en un fondo especial que luego se transferirá al Fondo de Asistencia Médica (FAM) administrado por la Tesorería, el cual financiará a todos los establecimientos del SPNS; como el proyecto a su vez requiere un reglamento, tomará bastante tiempo en establecer la Tesorería y el FAM. Los seguros privados y medicina prepaga se financian por los asegurados; hay también pólizas colectivas en grandes empresas financiadas por aportes de empleadores y trabajadores; los programas solidarios son mantenidos por aportes de los particulares; algunas ONG's reciben apoyo externo (D'Ella 2002; LOSSS 2002; RBV 2004).

Otra fuente de financiamiento son las cuotas de uso o ticket moderador que se aplican al menos en 12 (última columna del Cuadro 15)**.** Las cuotas pueden ser neutrales si son muy bajas para que no excluyan a los pobres; también pueden ser progresivas si eximen a los pobres de su pago y se fijan en una escala creciente según los ingresos de los usuarios, pero estos mecanismos son complejos y difíciles de implementar (OMS 2000). No hay duda que las cuotas de uso son útiles para recabar recursos pero hay debate sobre si controlan el consumo excesivo (por ejemplo de medicinas), sus partidarios afirman que sí, mientras que la OIT considera que no influyen en el

comportamiento del paciente. En América Latina aún donde los servicios de salud son gratuitos, es posible que se carguen cuotas de uso por falta de control de los proveedores (OIT/AISS 2001b).

En algunos países se cargan cuotas de uso en contra de la ley o más altas que las legales. En Argentina las cuotas en los hospitales públicos de Buenos Aires se fijan informalmente a espaldas de las normas estatales, sin sistemas de protección a los grupos vulnerables (Lloyd-Sherlock 2003). En Bolivia se cargan cuotas de uso en el seguro básico de salud a pesar de que los servicios deben ser gratuitos. En Brasil no hay cuotas de uso en el SUS, a veces se cobran de manera informal e ilegal, se puede denunciar esta violación y hay sanciones (Piola 2005); tampoco hay cuotas en Cuba aunque se reportan cobros informales. En Costa Rica legalmente está prohibido cobrar cuotas por los servicios del seguro social pero hay algunas formas ilegales practicadas (ver sección B-1); por otra parte en una encuesta de 1999, 70% de los usuarios del seguro social dijo que estaría dispuesto a pagar más si mejorasen los servicios (Banco Mundial 2003). En El Salvador, 80% de los hospitales públicos cobran cuotas (de acuerdo con el nivel socioeconómico del usuario), los SIBASI también cobran cuotas voluntarias que se perciben como obligatorias, pero la constitución establece que el Estado debe dar asistencia gratuita a los pobres y a la población en general[211] (Mesa-Lago 2001b; APSAL 2002). En Guatemala el Código de Salud de 1997 autorizó el cobro de cuotas de uso, especialmente en hospitales de patronato, aunque al mismo tiempo establece la obligación del ministerio de proveer servicios gratuitos a los que no tienen recursos para pagar total o parcialmente por los servicios (OPS 2005a). En México las cuotas fueron generalizadas y normalizadas en 1998 en todos los hospitales públicos de la federación y los estados, cargándose de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, y eximiendo a los pobres que son certificados por un trabajador social cada seis meses, algunos servicios básicos y zonas deprimidas; IMSS-Solidaridad/Oportunidades tampoco carga cuotas en las zonas rurales; el nuevo seguro social popular exime de las cuotas a los beneficiarios pobres y sólo 6% del total de beneficiarios pagan una cotización para afiliarse al programa (AISS 2003b; Nigenda 2005). En Nicaragua se están definiendo los servicios que serán pagados por los usuarios (laboratorio, rayos X), exceptuando a los programas priorizados para la madre y el niño y enfermedades crónico-degenerativas (OPS 2002b).En Ecuador y Paraguay las cuotas cargadas por los hospitales públicos son una importante barrera para el acceso a los servicios en la población de escasos recursos, salvo en área materno-infantil en el primero (Ramírez 2005; OPS 2005a). En Perú había cuotas de uso en el subsector público hasta 2001 cuando se creó el paquete básico gratuito (SIS) focalizado en los pobres (MINSA 2005a); no se tiene información sobre si se cobran cuotas informales. En la República Dominicana la reforma establece cuotas fijas en diagnóstico y variables en otros servicios del paquete básico, pero no pueden exceder del 30% del costo de los mismos, tanto para desincentivar el uso excesivo como para asegurar la rentabilidad de las aseguradoras, todavía no se habían fijado a mediados de 2004 (Lizardo 2004). En Uruguay las cuotas de uso en el subsector público son legales y se fijan de acuerdo con los recursos del usuario, eximiendo a los pobres; el ministerio emite carnés gratuitos y dos con bonificaciones, que reducen las cuotas a 30% y 60% dependiendo del ingreso (OPS 2005a). En Venezuela se cobran actualmente cuotas de uso en el subsector público pero el proyecto de ley de salud las elimina (RBV 2004).

3. Evasión, morosidad, riesgo moral y desviación de recursos

Es difícil encontrar estadísticas sobre evasión y morosidad en el seguro social, especialmente homologadas para permitir comparaciones entre los países, y mucho menos sobre corrupción o desviación de recursos. Las dos últimas columnas del Cuadro 16 muestran el porcentaje de los asalariados que cotizaron a todos los programas de seguro social, no sólo al de enfermedad-maternidad, entre 1990 y 2002: en los 10 países en hay cifras para ambos años el

[211] A mediados de 2002 las cuotas fueron eliminadas, no está claro si sólo las de los SIBASI o en todo el sistema de salud pública.

porcentaje disminuyó en 7 y aumentó en 3, una indicación de que o bien había menos trabajadores asegurados o evasores o que había aumentado la morosidad. En 2002 el porcentaje cotizante en 12 países, ordenados de mayor a menor era: 98% en Uruguay; 74-76% en Costa Rica, Chile y Panamá; 65-67% en Brasil, Colombia y Honduras; 52-58% en Venezuela, Argentina y Perú, 47% en Ecuador y 29% en Paraguay. Con pocas excepciones los países del grupo pionero-alto exhiben los porcentajes superiores, y los del grupo tardío-bajo y los menos desarrollados del grupos intermedio exhiben los inferiores; una importante excepción es Argentina cuyo porcentaje cayó durante el período de la reforma y descendió aún más debido a la crisis económica.

Las dos primeras columnas del Cuadro 16 comparan la escasa información disponible y no normalizada de 7 países sobre evasión y de 10 países sobre morosidad. No se pudo obtener cifras de ocho países (Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana)**.** Además, en tres (Argentina, Chile, Ecuador y Panamá) hay información sobre morosidad pero no sobre evasión, mientras que lo opuesto ocurre en Paraguay; en Cuba no debe haber evasión o morosidad porque el sistema es universal y financiado por el Estado. En los países en que hay varios seguros sociales las cifras se refieren al principal. Auque las estadísticas no son siempre comparables, la evasión (de mayor a menor) estimada como porcentaje del total de asalariados fue: 73-77% en Paraguay y Honduras; 49-57% en Venezuela y Colombia; 40% en Uruguay, y 19-20% en Costa Rica y México (en el último se refiere al IMSS). La morosidad como porcentaje del total de asalariados, afiliados o ingresos fue: 59% Argentina, 37-42% Chile, Colombia y Uruguay; 16-23% México, Ecuador y Venezuela, y 5-7% Panamá y Costa Rica. La crisis en Argentina ha tenido un impacto devastador en la morosidad y probablemente también en la evasión.

Las causas de la evasión y morosidad son múltiples: la expansión del sector informal y proliferación de contratos o subcontratos (temporales, parciales, a comisión), así como de las microempresas ilegales que no cubren a los trabajadores (Colombia, Honduras, México); el aumento de la cotización por la reforma a trabajadores y empleadores que ha generado desincentivo para el pago (Colombia, República Dominicana—el aumento fue más del doble); la complejidad y el alto costo de la tramitación de pago para los empleadores (Honduras); la carencia (o deficiencia) de un adecuado sistema de información, registro y recaudación de empleadores y trabajadores para detectar la población afiliada, la morosidad patronal y ejercer un control adecuado (Colombia, Honduras, República Dominicana); la ausencia o escaso desarrollo de métodos de medición y monitorero de la evasión y la morosidad, la no aplicación de sistemas de control contributivo a las empresas pequeñas y medianas, y la no comprobación de los derechos de los que solicitan servicios lo cual es un desincentivo al cumplimiento (Costa Rica); la carencia de una unidad recaudadora central o cuando ésta existe relega las cotizaciones del seguro social de salud (un tercio del total) para recaudar impuestos más fáciles y lucrativos (Argentina, Perú); la falta de un eficiente sistema de inspección y de autoridad para acceder a las nóminas de las empresas y entidades públicas a fin de verificar el cálculo de las cotizaciones (Bolivia); los procesos administrativos pocos eficientes para firmar convenios de pago con las empresas morosas, los procedimientos de ejecución inadecuados y lentos, y los trámites judiciales excesivamente burocráticos y prolongados (Bolivia, Panamá), y los recargos y multas muy bajos a los que incumplen las obligaciones (Panamá).

El Estado no cumple con sus obligaciones al seguro social como empleador, como tercero cotizante sobre la nómina salarial o como transferente de recursos para atender a la población pobre cubierta en seis países: Costa Rica, Ecuador (en 1985-2004 acumuló una deuda de US$2,500 millones), Guatemala, Honduras, Panamá y Venezuela. En Colombia el gobierno central solo aportó parte de su contribución legal del 1% de toda la nómina salarial para financiar el régimen subsidiado y muchos municipios tampoco hicieron los aportes legales. El gobierno, el seguro social y/o las aseguradoras tienen deudas cuantiosas con los hospitales públicos a los que no han reembolsado sus servicios en Argentina y Colombia (en el último US$2,726 millones en 2002).

En ocho países se reporta corrupción o fraude (Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú): cobros por empleos ficticios, fraccionamiento de compras para evadir licitaciones, reclasificación de pacientes para cobrar procedimientos más caros, afiliados calificados como indigentes que no lo son y reciben servicios gratuitos, uso del carné de identidad por personas que no son aseguradas, enfermos que se afilian y esperan unos meses o pagan varios meses de cotización para recibir atenciones de alta complejidad, etc.

Seis países han promulgado leyes o tienen proyectos legales en discusión que incluyen medidas para enfrentar problemas de evasión y morosidad. La ley de 2001 de Costa Rica tipifica el "delito de seguridad social" (evasión, morosidad, subdeclaración) y prescribe fuertes sanciones al incumplimiento, obliga estar al día en las cotizaciones para poder contratar con el Estado y optar por incentivos fiscales, refuerza la inspección y otorga la facultad de solicitar información sobre salarios a la oficina tributaria, prescribe efectuar controles cruzados con la oficina de impuestos, así como el cierre de empresas. La ley de 2004 de Chile ordena a la tesorería retener, de la devolución del impuesto sobre la renta, los adeudos por cotizaciones a FONASA y traspasar a éste dichos fondos. La ley de reforma de Ecuador ordena el bloqueo por el contralor de los fondos del Estado y otras entidades públicas que hayan incurrido en morosidad y el descuento y transferencia de las cantidades adeudadas; la suspensión de la matrícula en las cámaras de empleadores a aquéllos que son morosos, así como de la certificación para participar en subastas públicas y otras actividades; la imposición de un interés sobre el monto de la morosidad igual al máximo permitido por el banco central más 4 puntos, la obligación de una empresa sucesora de pagar los adeudos por mora de la precedente, y el deber del seguro social de revisar cada tres meses la mora patronal y determinar cual es incobrable. La ley de seguridad social de 2005 de Nicaragua ordena al ministerio de hacienda transferir directamente al seguro social las cotizaciones de los empleados públicos, otorga al asegurado el derecho a ser atendido aunque el patrono sea moroso, y prohíbe hacer concesiones especiales a los deudores que han firmado convenios de pago. La ley de 2001 de Perú dispone que el empleador moroso no pueda hacer deducciones de su cotización y que sus empleados mantengan el derecho a las prestaciones y so costo es cargado al empleador. El proyecto de ley de 2005 de Venezuela manda la organización de un sistema centralizado de recaudación así como un sistema único de información y registro. Otros cuatro países están implantando medidas en la misma dirección o para recuperar adeudos (Argentina, Brasil, Honduras y Panamá). Sigue el análisis detallado de los países.

CUADRO 16
EVASION Y MOROSIDAD, 1997-2003, Y COTIZANTES EN EL SEGURO SOCIAL, 1990 Y 2002
(en porcentajes, según se especifica)

Países [a]	Evasión	Morosidad	Asalariados que cotizan [b]	
			1990	2002
Argentina	n.d.	59% de los afiliados [c]	61,9	52,3
Brasil	n.d.	n.d.	74,0	67,2
Colombia	49% de la PEA ocupada	38% de los ingresos	62,6	66,1
Costa Rica	20-26% de los ingresos	4.6% de los ingresos	78,5	75,5
Chile	n.d.	42% de afiliados asalariados [c]	79,9	74,3
Ecuador	n.d.	24% de los afiliados [c]	55,1	46,7
Honduras	73% de los asalariados	n.d.	n.d.	n.d.
México	19,4% de los asalariados	18,6-26,3% de los asalariados [c]	58,5	65,2
Panamá	n.d.	6,6% de los ingresos totales	n.d.	74,3
Paraguay	77% de los asalariados	n.d.	n.d.	29,1
Perú	n.d.	n.d.	53,6	51,6
Uruguay	40% de los asalariados	36,8% de los asalariados [c]	82,6	98,2
Venezuela	57% de los asalariados	16% de los afiliados [c]	70,6	58,4

Fuentes: Dos últimas columnas de OIT 2003**;** resto ver texto. n.d.= no disponible.

[a] No hay cifras de evasión y morosidad en Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana; en los países donde hay más de un seguro social se refiere al principal (FONASA en Chile); en Cuba el sistema es universal y financiado por el Estado por lo que no debe haber evasión y morosidad.

[b] Porcentaje del total de asalariados que cotiza a todos los programas de seguro social, no sólo al de enfermedad-maternidad; en Colombia 2000, en Paraguay 2001.

[c] Porcentaje que no cotiza activamente.

Argentina. La proporción de los trabajadores asalariados que cotizó a los seguros sociales cayó de 61,9% en 1990 a 52,3% en 2002 la tercera más baja reportada entre 12 países de la región (Cuadro 16). La información sobre evasión y mora no es clara. La Superintendencia reportó 7,9 millones de "titulares" (afiliados) a fines de 2004; por otra parte la agencia recaudadora de las cotizaciones para las OS informó que el número de cotizantes en 2003 era de 3,2 millones, lo que indica que sólo 41% de los afiliados era cotizante activo (INARSS 2003; ISSS 2005). Por otra parte se reporta que entre 14% y 15% de las cotizaciones no se recaudan efectivamente (OPS 2005a; Vassallo 2005). El monto acumulado por morosidad entre 1995 y 2002 equivalió a 1.4 veces la recaudación total del sistema en 2003, y el acumulado por evasión a 1,9 veces dicha recaudación. Las acciones para intentar reducir la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos han dado poco resultado, en gran medida porque la agencia recaudadora de la seguridad social (AFIP) también cobra otros impuestos y tiene pocos incentivos para detectar, ejecutar y procesar judicialmente las deudas, ya que éstas representan sólo un tercio de la recaudación total; por ello relega las deudas del sistema de salud frente a la prioridad de recaudar otros impuestos más fáciles y lucrativos. Un problema es la deuda a hospitales públicos por uso de sus servicios por afiliados a OS y EMP, la proporción de lo reclamado que se ha pagado descendió de 86% en 2000 a 30% en 2002 pero aumentó a 75% en 2003 (Torres 2005b). Medidas introducidas o en proceso para resolver los impagos incluyen el número único de registro en todo el sistema de salud, el registro de hospitales públicos de gestión descentralizada, la autorización a estos para cobrar a las OS por servicios prestados, y un sistema de pago automático de los servicios debidos que se descuentan de los ingresos por cotizaciones que reciben las OS y otras entidades proveedoras, controlado por la Superintendencia. El 70% de las OS nacionales paga directamente por los servicios recibidos y en otras ha avanzado el pago automático (la OS de jubilados y pensionados es la principal pagadora por este sistema), pero las OS provinciales, las de las fuerzas armadas, congreso, poder judicial y universidades nacionales, así como las EMP y seguros médicos continúan siendo grandes deudores. Otro problema es el riesgo moral ("moral hazard") entre los servidores domésticos, ya que pueden afiliarse pagando una cotización fija relativamente baja independientemente del ingreso, 70% de los que se afiliaron en 2003 eran mayores de 70 años e hicieron uso de atención de alta complejidad en los cuatro meses siguientes a su afiliación (Torres 2004). Se reporta la persistencia de niveles de corrupción elevados, estructurales y de creciente habitualidad en las OS (OPS 2005a: 20).

Bolivia. Se reporta una elevada evasión y morosidad dentro del seguro social (sin cifras), alta acumulación de deudas por cotizaciones no pagadas y subdeclaración del salario mediante planillas ficticias concertadas por los empresarios con sus empleados; no existe un sistema de inspección ni hay competencia legal para acceder a la documentación de las empresas y entes públicos, ni tampoco un instrumento de control de pago y verificación del cálculo de las cotizaciones; los procedimientos de ejecución son inadecuados y lentos en hacer las reclamaciones facilitando la acumulación de deuda (la principal caja recurre a abogados privados para la cobranza) y no hay un procedimiento para moratoria y firma de convenios de pago (Guerrero 2000)

Brasil. El porcentaje de los asalariados que cotizó a los seguros sociales disminuyó de 74% a 67,2% entre 1990 y 2002 (Cuadro 16). Sin embargo, esto probablemente se refiere a las pensiones porque en el sistema de salud no debe haber evasión y morosidad o si la hay debe ser baja porque las "contribuciones sociales" son realmente impuestos. Pero un problema serio son los fraudes cometidos por proveedores públicos y privados en el reclamo de reembolsos por el gobierno federal (reclasificación de pacientes para procedimientos más caros, falsificación de autorización de internación hospitalaria), a fin de compensar las bajas tarifas del ministerio. A partir de 1999 el ministerio creó un mecanismo para ejercer mayor control sobre dichos fraudes y se reporta una disminución (Medici 2002a).

Colombia. El porcentaje de trabajadores asalariados que cotizaba a los seguros sociales aumentó de 62,6% en 1990 a 66,1% en 2000 (Cuadro 16). No obstante, la evasión y la mora son graves en el régimen contributivo.[212] En 1993 la evasión del ISS se estimaba en 21% y la evasión y mora generales han aumentado durante la reforma aunque los estimados varían: (a) 65% por evasión en 1996 (FOSYGA sólo recaudó 35% de la cotización de solidaridad de 1%), aún en el sector formal era 32% y entre independientes (combinando evasión y subdeclaración) era 93% (Felizzola 2002); (b) 49% de la población ocupada evadía en 1997, la mora era 38% de los ingresos por cotización del ISS y 26% de los afiliados a las EPS eran morosos,[213] no había evidencia que los cotizantes hubiesen sobrepasado el nivel de 1993 (Jaramillo 1999), y (c) la evasión se aproximaba a lo recaudado por el régimen contributivo en 1999 y los evasores con recursos acudían a los hospitales públicos y no pagaban (Málaga y otros 2000). Las causas del incremento de la evasión y la mora son: (a) el aumento de la cotización que ha generado desincentivo para el cumplimiento de los empleadores y trabajadores; (b) la crisis económica y el aumento del desempleo abierto; (c) la expansión del sector informal y la proliferación de contratos o subcontratos que eluden el pago de la cotización y subdeclaran el salario o ingreso; (d) la cotización mucho mayor que las prestaciones (POS) recibidas por los afiliados de alto ingreso, que hace inoperante el principio de equivalencia; (e) la pobre regulación y falta de medidas coercitivas y sanciones para lograr el cumplimiento, y (f) las EPS no han tenido interés alguno en controlar la sub-cotización de los afiliados de mayores ingresos quienes tienden a declarar ingresos inferiores a los reales. La fragilidad financiera de las EPS e IPS ha provocado inestabilidad institucional y descrédito frente a la población. El plan de desarrollo de 2002-2006 tiene entre sus objetivos disminuir en 80% la evasión y la morosidad, pero no se conocen los resultados. Se reportan casos de corrupción con costo inmensos (Jaramillo 2000; Málaga y otros 2000; Medici 2000; Felizzola 2002; OPS 2005a).

Además en Colombia, ha ocurrido un incumplimiento y desviación de recursos del Estado. En 1994-1995 el gobierno detuvo la puesta en marcha del régimen subsidiado, generando una acumulación de recursos en dicho régimen, lo se utilizó como pretexto para hacer un enorme recorte en las transferencias del presupuesto nacional a dicho régimen. La ley de 1993 obligaba al gobierno de la nación a hacer un aporte al régimen subsidiado equivalente a la cotización del 1% de solidaridad transferido del régimen contributivo, pero esta norma no se cumplió y el gobierno sólo hizo un aporte parcial e interpretó que podía no aportar; luego se estableció que el aporte de la nación no podría ser menor de 0,25% ni mayor del 0,50%, pero otras modificaciones posteriores redujeron el referido aporte fiscal. Por otra parte los municipios deben destinar a salud 25% de sus ingresos de la nación pero sólo asignaron 18% en 1994 y 20% en 1995 aunque 26% en 1996 (pero muchos municipios no cumplieron esta obligación).[214] En 1997 las ARS habían recibido sólo 40% de los recursos que les correspondían, mientras que 45% de los municipios pagó con retrasos de uno a tres meses y 21% con retraso de más de tres meses. En 2000 sólo se había materializado el 36% de los recursos previstos para el régimen subsidiado; en 2002 se estimó que las EPS y el gobierno debían a los hospitales y clínicas US$2,726 millones (Homedes y Ugalde 2003). El FOSYGA utilizó parte de sus recursos para otros fines que los legales, con lo cual ocurrió una desviación de recursos incurriendo en deficiencias que la reforma pretendía corregir (ver abajo). La carencia de buenos sistemas de información y de una buena caracterización de la población afiliada en las EPS y ARS no permiten ejercer un control adecuado de cómo se invierten los recursos de salud (Jaramillo 1999; Málaga y otros 2000; Felizzola 2002).

---

212 Antes de la reforma había considerable evasión y mora, especialmente en el seguro social (ISS).

213 El principal problema del ISS y la EPS públicas era la mora en sus pagos a las IPS privadas y públicas que las tenía al borde de la quiebra, algunas EPS privadas también eran morosas en sus pagos a las IPS (Jaramillo 1999).

214 La distribución legal del aporte de los municipios sigue el principio de equidad: 40% de acuerdo con el número de habitantes con necesidades insatisfechas, 20% según la incidencia de pobreza, 12% por indicadores de eficiencia, 6% por calidad de vida, etc. (Málaga y otros 2000).

Costa Rica. El porcentaje de los asalariados que cotizaba al seguro social disminuyó de 78,5% en 1990 a 75,5% en 2002, pero era la segunda proporción más alta en la región (Cuadro 16). La evasión en el seguro social fue estimada en 20% de los ingresos en 1998, de la cual 14% fue por no asegurados y 6% por subdeclaración de salarios;[215] la evasión es mayor en las empresas pequeñas y medianas, así como en establecimiento agrícolas de menos de 10 empleados. En el sector público el incumplimiento del pago se convierte en deuda pero en el sector privado la evasión resulta en pérdida de ingresos. La morosidad es menor y aumentó de 2,8% a 7% de los ingresos en 1995-1997, pero descendió a 4,6% en 2000 (Herrero y Durán 2001). Una forma de calcular la morosidad es comparando los ingresos que deben recibirse por cotizaciones ("reglamentarios") con la recaudación efectivamente recibida en cada año: la diferencia aumentó de 9,9% en 1999 a 11,8% en 2001 y bajó a 10,4% en 2003 (CCSS 2005). El Estado tradicionalmente no ha cumplido con sus aportes a la CCSS: en 2000 sólo cotizó 51,6% de su aporte como empleador, y el programa asistencial DESAF sólo transfirió 0,4% del costo de atención de los indigentes (Programa Estado 2002). La Ley de Protección al Trabajador de 2001 dedicó una sección entera a los delitos de seguridad social (evasión, morosidad, subdeclaración) que incluye: fuertes sanciones al incumplimiento, obligación de estar al día en las cotizaciones para poder contratar con el Estado, optar por incentivos fiscales, etc., reforzamiento de la inspección y otorgamiento de la facultad de solicitar información sobre salarios a la oficina tributaria, poder a la CCSS para efectuar controles cruzados con la oficina de impuestos, así como ordenar el cierre de establecimientos, etc. Aún así se apuntan tres obstáculos para reducir el incumplimiento: poco desarrollo de los sistemas de medición y monitoreo de evasión; no aplicación de los sistemas de control contributivo a la empresas pequeñas y medianas, y deficiente validación de los derechos en los puntos de acceso a los servicios, por lo que no opera como mecanismo compulsivo para hacer efectivo el cumplimiento (Banco Mundial 2003). Hasta 2003, no se había efectuado una evaluación sobre la ejecución de las medidas de la ley y su impacto en la evasión y morosidad (Martínez y Mesa-Lago 2003). En 2004 hubo varios casos de corrupción que llevaron a prisión preventiva a altos funcionarios, incluyendo un ex presidente ejecutivo de la CCSS (Martínez 2005).

Chile. El porcentaje de los trabajadores asalariados que cotizó a los seguros sociales declinó de 79,9% en 1990 a 74,3% en 2000, aún así la tercera más alta en la región (Cuadro 16). Se estimó que 683,647 trabajadores asalariados no pagaban sus cotizaciones obligatorias a FONASA en 1995, equivalente a 42% de los afiliados asalariados que eran cotizantes; además, 502,061 trabajadores independientes no cotizaban ni a FONASA ni a las ISAPRES. Alrededor de 67% de todos estos trabajadores pertenecían al grupo A y no tenían que pagar cotizaciones, ellos y sus familiares dependientes probablemente usaban los servicios de FONASA. Los independientes pueden evitar cotizar mientras están sanos, afiliarse como voluntarios y pagar un mes cuando están enfermos, y recibir al menos cobertura por la mitad del costo de la atención (Bitrán y Almarza 1997). También se encontró que había afiliados clasificados como indigentes en el grupo A que en realidad no lo eran y recibían servicios gratuitos sin cotizar, así como que no afiliados a FONASA se atendían en hospitales públicos y sus pagos eran 25% inferiores al costo de los servicios recibidos, estos dos grupos obtenían subsidios fiscales. El segundo grupo entraba como "polizón" porque no declaraba estar afiliado a una ISAPRE o usaba una identificación prestada por un afiliado de FONASA. Estos abusos y violaciones se redujeron más tarde con la introducción de nuevos sistemas de control, por ejemplo, una cinta magnética suministrada periódicamente a los hospitales con un listado de los afiliados a las ISAPRES (Bitrán y otros 2000). La ley de Garantías de Salud de 2004 ordena a la Tesorería a retener, de la devolución de impuestos a la renta, los adeudos por contribuciones de los asegurados en FONASA, y traspasar a éste dichos fondos (Ley 19,966 de 2004).

[215] El Banco Mundial (2003) calcula 26% de evasión: 16% por no aseguramiento y 10% por subdeclaración. También se estima que 40% de la fuerza de trabajo ocupada recurre a modalidades de aseguramiento que implican mecanismos de evasión (Herrera y Durán 2001).

Ecuador. El porcentaje de los trabajadores asalariados que cotizó a los seguros sociales declinó de 55% en 1990 a 46,7% en 2002, la segunda más baja en la región (Cuadro 16). El Estado acumuló una deuda con el seguro social de US$2,492 millones en el período 1985-2004, por no pago de sus cotizaciones como empleador y tercera parte, incluyendo sus aportes al seguro campesino[216] (IESS 2005). En 1991 la evasión y morosidad patronal privada ascendía a US$39 millones equivalente a 17% del gasto total del IESS; en 2000 se estimó que 24% de los afiliados al IESS no eran cotizantes activos (Mesa-Lago 1993; Chiriboga 2000). La ley de reforma del seguro social dedica una sección a la mora patronal con las medidas siguientes: a solicitud del IESS el bloqueo por el contralor general de los fondos del Estado y otras entidades públicas que hayan incurrido en mora y el descuento y transferencia de las cantidades adeudadas; la suspensión de la matrícula en las cámaras de empleadores a aquéllos que son morosos, así como de la certificación para participar en subastas públicas y otras actividades; la retención del pago de prestaciones monetarias de seguridad social al patrono deudor; la imposición de un interés sobre el monto de la mora igual al máximo permitido por el banco central más 4 puntos; y la obligación de una empresa sucesora de pagar los adeudos por mora de la precedente. El IESS debe revisar cada tres meses la mora patronal y determinar cual es incobrable (LSS 2001).

Guatemala. La deuda por morosidad en 1995 equivalió a 123% de los ingresos totales del seguro social en ese año: 76% por el Estado y 24% por empleadores privados, municipios y la principal universidad del país; también hay una notable subdeclaración de salarios y los aumentos no cotizan (Mesa-Lago y otros 1997a). Se reportan varios casos de corrupción que llevaron a la renuncia de altos dirigentes del seguro social, conflictos de interés, nombramiento de empleados basados en conexiones políticas y cobros por empleos ficticios, fraccionamiento de compras para evadir licitaciones y oferentes en licitaciones que pertenecen a la misma compañía (Balsells 2002).

Honduras. La encuesta de 1999 demostró que 73% de los trabajadores asalariados que están legalmente cubiertos de manera obligatoria por el seguro social, no lo estaban de hecho por evasión. Parte del problema se debe a la proliferación de formas de contratación de la mano de obra sin obligación de afiliarse al seguro social, incluso tolerado en el sector público de la economía, pero también a deficiencias en los sistemas de afiliación de asegurados, inscripción patronal, recaudación, identificación y control de los evasión y la morosidad, así como altos costos de tramitación de pago para los patronos cumplidores que generan desincentivos, todo lo cual provoca fraude y pérdida de ingresos (Durán 2003). En 2001 se reportó una morosidad de US$235,000, 64% del Estado y 36% de la empresa privada; a través del Plan de Modernización de 2002-2006 se ha recuperado más de la mitad de la morosidad privada, se está negociando el pago de la deuda estatal y se está diseñando un sistema centralizado y de captura electrónica de recaudación de cotizaciones, así como de cuentas por cobrar (IHSS 2003).

México. El porcentaje de los asalariados que cotizaba a los seguros sociales aumentó de 58,5% a 65,2% entre 1990 y 2002 (Cuadro 16), pero se estimó que 38% de la población potencial del IMSS no cotizaba en 2000, 19,4% por evasión y 18,6% por morosidad; otro estimado del mismo año es 26,3% por morosidad. La evasión resulta por la flexibilización laboral, mediante subcontratación o contratación de trabajadores temporales, pago por comisión y microempresas que operan ilegalmente; mientras mayor es la empresa y más urbanizada es la zona menor la evasión y viceversa. ISSSTE aduce que todos sus afiliados son cotizantes porque se trata de entidades federales o estatales, pero hay demoras en los pagos y la institución carece de poder para ejecutar el cobro de entidades deudoras. La evasión y morosidad no existe en PEMEX y las dos entidades de las fuerzas armadas (Dávila y Guijarro 2000; AISS 2003b).

[216] Las estadísticas aclaran si esta deuda es la actual o se ha reducido por pagos posteriores del Estado, así también se cita una deuda estatal de US$107 millones en 2004 (IESS 2005).

Nicaragua. El seguro social identifica la evasión de los empleadores como uno de sus problemas principales pero no da cifras (no obstante, identifica al Estado como el mayor moroso), mientras que el monto de 1,230 convenios de pago por morosidad firmados equivalían a 2,7 veces el ingreso del programa de enfermedad-maternidad en 2002 y 91% del total del ingreso de todos los programas del INSS. Se reportan procesos positivos de actualización del registro de empleadores, depuración del sistema de facturación, recaudación de convenios en línea, así como de ejecución judicial, pero de 166 juicios contra empleadores morosos sólo se resolvieron 49 en el período 2000-2001, lo cual es insignificante en vista a la enorme magnitud de la mora acumulada (basado en INSS 2003). Las EMP niegan la atención a los asegurados cuyos patronos retienen las cotizaciones y se reporta que también esto ocurre aún cuando el patrono ha cumplido su obligación pero han habido errores o retrasos en la transmisión de la información a las EMP. Foros de discusión y análisis han identificado la corrupción como un problema central en los hospitales públicos, a través de desviaciones de insumos médicos y material de reposición periódica que han sido denunciados públicamente. Además es frecuente el fraude en el uso del carné de identidad por personas que no son aseguradas activas o dependientes (Rossman y Valladares 2003). La nueva ley de seguridad social de 2005 incluye tres disposiciones contra la morosidad: el ministerio de hacienda debe transferir directamente al INSS las cotizaciones de los empleados públicos; el asegurado tendrá derecho a ser atendido aunque el patrono sea moroso; el INSS iniciará proceso de cobro contra el empleador que no pague puntualmente las cotizaciones, y se prohíbe hacer concesiones especiales y formar convenios de pago como se hace actualmente ("Detallan..." 2005).

Panamá. El porcentaje de los asalariados que cotizó al seguro social era de 74,3% en 2002 la tercera más alta en la región (Cuadro 16). La morosidad en el pago de cotizaciones al seguro social (CSS) por los empleadores era relativamente pequeña, US$56 millones en 1998 (sólo 6,6% de los ingresos); 26% de ella era del Estado y otras entidades públicas, a pesar del mandato legal que obliga a incluir dichas cotizaciones en los presupuestos; el 74% restante era de empleadores privados y buena parte era morosidad incobrable por haber desaparecido las empresas; antes se exigía para participar en licitaciones públicas que las empresas privadas demostraran estar al día en sus pagos a la CSS, pero se suspendió dicha obligación. Los procedimientos administrativos y judiciales para firmar convenios de pago (que cubren sólo 5,6% de la morosidad) eran muy lentos y poco efectivos, los recargos adecuados pero las multas bajas (Mesa-Lago 2000b). En 2004 la CSS estaba negociando con el Estado el pago de la morosidad del gobierno central e instituciones descentralizadas antes de fin de año; además, una nueva unidad creada para depurar el archivo de morosidad privada estimó que en noviembre había aumentado a US$86 millones (equivalente a 27% del ingreso en 2003), sin saberse aún cuanto es cobrable y cuanto no, en esa fecha sólo se había recuperado 6% pero la meta era recuperar 60% a fines de 2004 pero no se logró; por último se creó una instancia especial judicial para ejecutar los cobros. Por otra parte, en noviembre de 2004 se estimó que toda la CSS debía más de US$75 millones por concepto de cuentas por pagar a proveedores y otros (CSS 2004). El proyecto de ley de reforma presentado al congreso en mayo de 2005, estipula que el seguro social debe difundir por los medios de comunicación nacional, al menos dos veces al año, una lista de los empleadores morosos (Proyecto 2005).

Paraguay. Sólo 29% de los asalariados cotizó a los seguros sociales en 2002, no hay cifras anteriores (Cuadro 16). La evasión en el seguro social (IPS) se estimó en 77% de los afiliados potenciales en 2002; muchos patronos retienen la cotización de sus trabajadores y no la transfieren al IPS (no se obtuvo cifras sobre la morosidad). Causas de este problema son las altas cotizaciones y baja calidad de los servicios de salud, unidas al pobre control de pagos y ejecución de la ley. Se reporta una "arraigada y perjudicial impunidad y corrupción que transformó al IPS en codiciado botín de los políticos", la cual no se había superado plenamente en 2003 (Saldaín 2003).

Perú. El porcentaje de los trabajadores asalariados que cotizó a los seguros sociales declinó de 53,6% en 1990 a 51,6% en 2002, el tercero más bajo en la región (Cuadro 16). El seguro social (EsSalud) ejerce la cobranza coactiva de las cotizaciones impagas, recargos, intereses y multas

relacionadas con la evasión y morosidad en la afiliación y recaudación; el empleador que incurre en mora no puede hacer deducciones de su cotización y los trabajadores de su empresa mantienen el derecho a las prestaciones, cuyo costo es cargado al empleador por EsSalud o la EPS (LMSSS-Reglamento 1997). En 2003 se dio como una de las causas de la contracción del ingreso la falla en la fiscalización de la recaudación y la deuda pública y privada; ésta se estimó en US$461 millones en mayo de 2005 (52% privada y 48% pública), equivalente a 51% del gasto total de EsSalud en 2003 (EsSalud 2004; Manrique 2005). En 2002 el ministro de salud informó de casos de corrupción y la necesidad de combatirla (Carbone 2002; MS 2002).

República Dominicana. El incremento por la reforma de las cotizaciones totales del empleador y el trabajador al seguro social a más del doble constituye un incentivo para la evasión y la mora, un peligro que se acrecienta por el actual sistema inadecuado de identificación, registro y control de la recaudación, aunque la centralización de las mismas por la tesorería de la seguridad social pudiera ayudar cuando esté el sistema plenamente establecido (Mesa-Lago 2000).

Uruguay. El porcentaje de los trabajadores asalariados que cotizó a los seguros sociales aumentó de 82,6% en 1990 a 98,2% en 2002, la más alta en la región, y la brecha de cotización entre los sectores formal e informal no era muy notable (Cuadro 16; AISS 2003a). Sin embargo, según otros estimados de 2002, sólo 63,2% de los ocupados cotizaba al seguro social, con diferencias notables entre grupos ocupacionales: 99% los empleados públicos, 77% los asalariados privados, 36% los independientes con local y 9% los independientes sin local; también había diferencias por el tamaño de la empresa: 47% en las que tenían menos de 5 empleados pero 93% en las que tenían más de 50 (Bucheli 2003). Un seminario auspiciado en 2004 por el ministerio y el Banco Mundial reportó que 40% de los trabajadores no son afiliados por sus empleadores en el seguro social (BPS) y están en el mercado negro, así como que existe considerable morosidad en los pagos de los empleadores afiliados (MSP/BM 2004a). Los pagos atrasados (morosidad) se sancionan con multas crecientes de 2,5% a 20% según la demora, más recargos (BPS 2004).

Venezuela. El porcentaje de los asalariados que cotizó a todos los seguros sociales descendió de 70,6% en 1995 a 58,4% en 2002 (Cuadro 16). La situación es peor dentro del IVSS porque el porcentaje de la PEA que cotizaba al mismo en 2000 era sólo 25%, en el sector formal asalariado aumentaba a 47% de la PEA y 57% de los asalariados evadía; además 16% de los trabajadores asegurados no cotizaba, o sea, que ellos o sus empleadores eran morosos; el porcentaje de la facturación que se recaudó efectivamente era 82,8% en 1997 y en algunos años sólo llegó a 60%; para 2004 se dieron cifras del monto facturado pero fue imposible unificar las cifras fragmentadas del total efectivamente recaudado. El Estado no siempre ha pagado sus obligaciones con el seguro social (IVSS) por conceptos de empleador, aporte del 1,5% de los salarios y reembolso por la atención de los funcionarios públicos. A fines de 1999 la deuda total acumulada al IVSS equivalía a US$334 millones al cambio de 2005, pero era varias veces mayor en 1999 debido a la subsiguiente devaluación del bolívar; 65% era del sector privado y 35% del sector público. Un importante desincentivo para la evasión a al mora fue la apertura en 2000 del IVSS a la población no asegurada (D'Ella 2002). En 2004 el IVSS reportó que 200 entidades públicas eran deudoras pero no dio cifras del número de empresas privadas morosas ni del adeudo total acumulado; también informó sobre el recobro de deudas por convenios de pago con los morosos, anunció un plan de depuración de cifras, control y seguimiento de la morosidad e inició un proceso electrónico de emisión de certificados de solvencia (RVB 2005). Cuando se establezca la recaudación centralizada por la proyectada Tesorería de la Seguridad Social, así como el sistema único de información, estos mecanismos unidos a los recién introducidos deberían ayudar a combatir la evasión y morosidad. Por el contrario, el acceso universal y gratuito a la salud por el proyectado SPNS, combinado con el mantenimiento de cotizaciones para los asegurados en el régimen de salud del seguro social, reforzarán los desincentivos para la afiliación y pago de dichos aportes, de ahí que la carga fiscal se incrementará.

4. Subsidios a la oferta versus subsidios a la demanda

Un objetivo de las reformas ha sido cambiar la tradicional asignación de recursos o subsidios a la oferta hacia la demanda. Los primeros se asignan a los establecimientos basados en el presupuesto histórico, el cual no relaciona ingresos y resultados, por lo cual incentiva el incremento de recursos sin mejorar la eficiencia y la calidad. Mientras que los segundos se asignan al usuario, basados en fórmulas con indicadores demográficos, epidemiológicos y sociales, pagos asociados a diagnósticos (un valor determinado por cada diagnóstico), pagos prospectivos por prestaciones (atención efectivamente realizada), etc. La OPS considera que esta es "una de las más importantes estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud, pero...pocos países en la región han logrado avances en este campo" (OPS 2002a: 155).

En ocho países la asignación de recursos continúa basada en el presupuesto histórico o en la oferta, en vez de la demanda: Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá,[217] Paraguay, Uruguay y Venezuela. Ha habido algunos intentos y avances en otros seis países pero, aunque no se carece de información precisa reciente, no parece haberse logrado tampoco en ellos el cambio esperado: en Argentina los hospitales continuaban con presupuestos centralizados en 2001; en Brasil el gobierno federal debía eliminar el pago por servicios prestados y reembolso de cargos de hospitales y médicos, lo cual no se había alcanzado en 2002 y en la práctica había una yuxtaposición de ambos tipos de subsidios; en Colombia la mitad de los hospitales aún recibían subsidios a la oferta en 2000 como antes de la reforma; en Chile sólo 20% de los recursos presupuestarios se asignaba a los servicios de salud de acuerdo con pagos asociados a diagnósticos en 2001; en México el seguro popular de salud es el primer programa que ha intentado cambiar hacia subsidios a la demanda, pero por razones políticas se decidió no transformar totalmente la tradicional asignación a la oferta y sólo los fondos federales frescos se asignan a la demanda, fondos que fueron reducidos en 2004; en Perú sólo se había hecho el cambio en 1% del total de hospitales en el país en 1998 y el resto continuaba con la asignación presupuestaria.

Argentina. La reforma tampoco ha cambiado sustancialmente los subsidios a la oferta financiados con recursos generales del Estado; a pesar de la supuesta autonomía de los hospitales públicos descentralizados, se mantuvo el presupuesto fijado de manera centralizada y los hospitales siguen recibiendo subsidios estatales que cubren parte de su costo (Giordano y Colina 2000).

Brasil. Buena parte de las transferencias federales a los estados y municipios todavía se basan en series históricas de utilización de recursos (oferta), el poder de presión para negociar y otros factores, en vez de fórmulas que incorporan indicadores demográficos, epidemiológicos y sociales. Se suponía que el gobierno federal eliminaría el pago por servicios prestados y reembolso de cargos de hospitales y médicos, pero esto no se había logrado en 2002. El gobierno federal paga directamente a los proveedores reembolsando el costo de servicios médicos prestados a los usuarios los cuales no saben si el pago que ellos reciben corresponde con la atención prestada. En la práctica se yuxtaponen dos formas principales de financiamiento: subsidios a la demanda representados por la atención básica (promoción, prevención, paquete básico, programa de salud de la familia) y el primer nivel de complejidad media, y subsidios a la oferta en los otros servicios que se pagan por procedimientos de acuerdo con la tabla de tarifas del SUS dado que las series históricas condicionan un techo financiero colocado a disposición del gestor (Biasoto 2002a; Medici 2002a).

Colombia. La reforma tenía como objetivo sustituir los subsidios a la oferta, que recibían los hospitales públicos a través de asignaciones presupuestarias tradicionales, por subsidios a la demanda a los pobres y población de bajo ingreso, a fin de extender la cobertura y contribuir al

[217] A fines de 2004 se iniciaron conversaciones entre los subsectores público y de seguro social para estimar la demanda real de servicios futuros de sus usuarios, el costo de los mismos y diseñar una planificación conjunta para satisfacer las necesidades con la calidad y oportunidad debidas (CSS 2004).

financiamiento del POSS.[218] Pero este proceso se paralizó en 1994-1996 debido al déficit de muchos hospitales públicos, muchos de los cuales presionaron con éxito para obtener incrementos de sus presupuestos que no correspondían a aumentos de productividad. En 1998-1999, el FOSYGA desvió recursos de su cuenta de solidaridad para cubrir el referido déficit, lo cual combinado con falta de información resultó en duplicidad de pagos a muchos hospitales que recibieron subsidios a la oferta y a la demanda. Entre 1993 y 1997 se incrementó notablemente el presupuesto de los hospitales: la planta médica se duplicó y los salarios se triplicaron. Según el plan original, los subsidios a la oferta serían terminados en 2000 y todos esos recursos destinados a subsidios a la demanda para cubrir a toda la población potencial, pero en 1998 el gasto público de salud estaba distribuido por partes iguales: 45% a subsidios a la oferta y 45% a subsidios a la demanda. Como resultado, el grueso del financiamiento continúa siendo las transferencias de la nación sin conexión con la productividad. Esto lo prueba la distribución de los ingresos por fuente de financiamiento en el régimen subsidiado entre 1997 y 2000: las transferencias de FOSYGA disminuyeron de 46% a 35%, mientras que las transferencias combinadas de la nación y el "situado fiscal" crecieron de 44% a 52%. En 1997 sólo un 33% de los hospitales de primer nivel se habían convertido en ESE y aunque 97% de los hospitales de segundo y tercer nivel se habían transformado en ESE en el papel, muchos de ellos seguían operando como antes de la reforma: dependían de subsidios y transferencias incondicionales, no estaban descentralizadas ni eran entidades autónomas con criterio gerencial. En 2000 la mitad de los hospitales aún recibían subsidios a la oferta como antes de la reforma (Sojo 2001a; Felizzola 2002).

Los problemas que han impedido en Colombia la transformación de los subsidios a la oferta a subsidios a la demanda son: (a) la confusión existente respecto a que hospitales son responsables de proveer POSS; (b) la obligación de los hospitales de proveer servicios gratis a los "vinculados", así como servicios no cubiertos por el POSS vía subsidios a la oferta; (c) la concentración de las IPS privadas en servicios de baja calidad y costo, dejando a los hospitales los servicios de alta complejidad y costo; (d) las demoras en los pagos a los hospitales por las EPS (especialmente ISS y Caprecom hasta su reciente disolución) y ARS, a pesar de que estas últimas gozan de superávit; (e) la falta de una descentralización efectiva que impidió a los municipios hacer sus aportes legales, y (f) los ajustes salariales impuestos por el gobierno de la nación que aumentaron los costos de los hospitales. El retraso en la referida transformación ha tenido efectos negativos: pospuso el cambio de los hospitales públicos en las ESE estipuladas por la reforma, retrasó la extensión de la cobertura a través del régimen subsidiado, forzó la "vinculación" de los no afiliados a los hospitales tradicionales e impidió que el POS y el POSS fuesen igualados (Sojo 2001a; Felizzola 2002).

Chile. Tradicionalmente las transferencias de recursos de FONASA a los establecimientos públicos de salud se basaban en presupuestos históricos y, debido a que la inercia presupuestaria premia un mayor gasto y castiga el ahorro, se aumentaba el incentivo para aumentar los gastos independientemente de la calidad. Una meta de la reforma era el cambio de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda. En el decenio de los añoas ochenta se asignó 36% de los recursos de acuerdo con el desempeño (por ejemplo, el número de prestaciones realizadas), y también se introdujeron incentivos para controlar los salarios. Pero se reporta que los sindicatos se opusieron al incremento de dicho porcentaje y la mayor parte de los recursos continuó asignándose sin considerar el desempeño real, así 50% fue para presupuestos de puestos inamovibles y salarios determinados por ley (Cifuentes 2000: 65). En 1994 se dictó una ley para mejorar la situación laboral del personal sanitario en los municipios que a la par intentaba establecer compromisos de gestión con respecto a los niveles de

[218] El cambio de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda enfrenta el problema que las asignaciones presupuestarias tienen la ventaja que imponen un techo al gasto agregado, así antes de la reforma en Colombia, el gasto de salud era moderado pero más que se duplicó entre 1990 y 1998, debido al otorgamiento de ambos subsidios, de forma que hay que eliminar los subsidios a la oferta y controlar el sobre uso (Jack 2000).

servicios, y se organizaron mesas regionales que hacían seguimiento a dichos compromisos. No obstante la ejecución de dichos compromisos quedó al libre albedrío de los servicios de salud (Sojo 2001a). En el decenio de los años noventa, 17 de los 27 servicios del SNSS iniciaron experiencias para cambiar el sistema de facturación por atención prestada en los establecimientos por otros instrumentos: pagos asociados a diagnósticos y pagos prospectivos por prestaciones; también para sustituir en la atención primaria municipal los pagos realizados sobre la base de un listado de prestaciones por pagos capitados prospectivos sobre la base de la población inscrita. Sin embargo, en 1999, entre 70% y 80% de los recursos continuaban siendo asignados por presupuestos históricos y 36% de los mismos iba al pago de salarios determinados por la antigüedad en vez del desempeño (Titelman 2000). En 2001 sólo 20% de los recursos presupuestarios se asignaba a los servicios de salud de acuerdo con pagos asociados a diagnósticos (OPS 2005a). No se pudo obtener información sobre los pagos capitados. La ley de Autoridad Sanitaria de 2004 establece convenios de gestión entre los Servicios de Salud y las entidades administrativas municipales o con establecimientos de atención primaria; y convenios entre los establecimientos autogestionados y FONASA y los Servicios de Salud (Ley 19,937 de 2004).

Costa Rica. La reforma ha promovido un cambio gradual de los presupuestos históricos y la demanda hacia la oferta: el nivel central del seguro social asigna los recursos a los establecimientos del primer nivel (del seguro social o privados) por capitación para ofertar un conjunto homogéneo de servicios basado en las necesidades de la población, a través de compromisos de gestión, y los recursos de los hospitales de segundo y tercer nivel se asignan por compra de "unidades de producción hospitalaria" ya sea dentro del seguro social o a proveedores privados (OPS 2005a).

México. Todos los programas del ministerio se han caracterizado por ser financiados con subsidios a la oferta; el seguro popular de salud (SPS) es el primer programa en el país que ha intentado cambiar el financiamiento hacia subsidios a la demanda, pero se consideró políticamente inviable transformar totalmente la tradicional asignación de fondos por presupuestos históricos, de ahí que los nuevos subsidios a la demanda son sólo resultado de los fondos federales frescos añadidos para el SPS, pero estos fueron recortados substancialmente en 2004 (Nigenda 2005).

Perú. Hasta 1996 el presupuesto se asignaba por tendencia histórica pero en 1997 comenzó a hacerse según resultados esperados; en 1998 había pilotos en 5 subregiones y 5 hospitales equivalente a sólo a 1% del total de hospitales en el país, por lo que continuaba la asignación presupuestaria en la inmensa mayoría de las instalaciones (Sanabria 2001; OPS 2005a).

5. Balance financiero y actuarial

El Cuadro 17 exhibe la información disponible sobre el balance financiero de los subsectores del seguro social y privado en 1999-2004; el déficit del subsector público usualmente se cubre por el Estado. No se pudo obtener información alguna de cinco países (Bolivia, Brasil, Cuba--todo el sistema se financia por el presupuesto estatal, Haití, Paraguay,[219] ni del balance en Argentina. Sólo se pudo obtener información completa de los dos subsectores en Chile y Uruguay, en el resto de los países sólo del seguro social y en Argentina sólo del subsector privado, lo cual es un serio vacío de información en un área vital para la sostenibilidad del sistema de salud en la región. En el seguro social únicamente cuatro países generaron un superávit, entre 6% y 30% de los ingresos, por orden de mayor a menor: Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala (en dos de ellos el superávit exhibió una tendencia decreciente). Nueve países arrojaron déficit entre 2,8% y 167% de los

[219] El seguro social (IPS) debe realizar y publicar un estudio actuarial de todos sus programas pero no lo ha hecho; al menos hasta 2003 no había información sobre el balance del programa de enfermedad-maternidad; hubo transferencias del programa de pensiones a EM hasta 2002, lo cual ha afectado la calidad de los servicios de salud (Saldaín 2003).

ingresos, de menor a mayor: Chile, Costa Rica, Perú, Panamá, México (sólo IMSS), Uruguay (BPS-enfermedad), República Dominicana, Ecuador y Venezuela. En el subsector privado Chile generó un superávit de 1,8% de los ingresos (pero decreciente de 7,7% en 1990), Colombia un déficit de 5,7% y Uruguay un déficit de 7,3% (en las IAMC).

CUADRO 17

BALANCE FINANCIERO EN LOS SUBSECTORES DE SEGURO SOCIAL Y PRIVADO, 1999 A 2004

(En porcentajes del ingreso)

Países [a]	Balance Financiero (% del Ingreso)		
	Año	Seguro Social [b]	Privado
Colombia	2000		-5,7 [g]
Costa Rica	2003	-4,1 [c]	
Chile	2002	-2,8	1,8
Ecuador	1999	-50,0	
El Salvador	2001	11,3	
Guatemala	2000	6,1 [d]	
Honduras	2002	11,3	
México	2003	-13,6 [e]	
Nicaragua	2002	30,0	
Panamá	2003	-7,6	
Perú	2002	-5,6	10,3 [h]
R. Dominicana	2004	-45,0	
Uruguay	2003	-24,9	-7,3 [i]
Venezuela	2000	-166,8 [f]	

Fuente: ver el texto.

[a] No se pudo obtener información alguna de Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Haití y Paraguay.
[b] En el programa de enfermedad-maternidad, al menos que se especifique; en Chile es el subsector público-seguro social.
[c] Basado en los ingresos actualmente recaudados, si se basa en los ingresos que debieron recibirse hay un superávit de 6,3%.
[d] Se proyectaba un déficit para 2002.
[e] Sólo IMSS.
[f] En 2003 el déficit total del seguro social equivalió a 387% del ingreso.
[g] En el régimen contributivo.
[h] Proveedoras (EPS).
[i] IAMCs.

Se logró obtener alguna información sobre el balance actuarial de seis países: en Costa Rica se proyectan tres escenarios hasta 2050, el de base y el optimista estiman un superávit de 15-26% mientras que el optimista un déficit de 28% (que parece ser el más realista en vista al déficit financiero actual y la cotización actual de 15% es la más alta de la región); en México se proyecta que la cotización actual de 12,4% (IMSS) tendría que elevarse a 147% en 2039; en Panamá la cotización de 8,5% tendría que aumentarse a 10% para evita un déficit actuarial de US$1.000 millones en 2014; en Perú la cotización de 9% (ya aumentada de 6%) es insuficiente para financiar las prestaciones del seguro social más los costos de atenciones de alta complejidad; Venezuela la actual cotización de 6,25% se proyectó que tenía que elevarse a 13% en 1994 pero en 2004 tendría que ser mucho más debido al deterioro del programa.

Las causas del desequilibrio varían según los países, pero hay varias comunes: envejecimiento de la población y transformación epidemiológica (especialmente en los países del grupo pionero-alto, salvo Costa Rica); aumento de la informalidad, la evasión y la morosidad en la mayoría de los países; filtraciones/corrupción en varios países; traspaso de toda o parte de la cotización del seguro social a aseguradoras o proveedoras externas (Chile, Perú); crisis económica y/o fiscal (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay); reducción de la cotización del empleador e imposición de un tope a las cotizaciones (Argentina); insuficiencia del aporte estatal para financiar ciertos programas (indigentes en Costa Rica, régimen subsidiado en Colombia); deuda estatal que resulta en menores ingresos fiscales (en siete países); fallo en entregar los fondos prometidos por el Estado o demora en su transferencia o recorte de fondos (Colombia, México-SPS, República Dominicana); incrementos en los costos de medicinas, equipo e insumos (en virtualmente todos los países); aumento del costo del paquete básico (República Dominicana); costo insostenible de las proveedoras (Uruguay-IACM); costo altísimo del programa de pensiones de los funcionarios del seguro social (México-IMSS). En varios países el déficit se financió por un tiempo con trasferencias del programa de pensiones, pero esta práctica contribuyó a su desequilibrio y se ha suspendido, lo cual ha agravado el déficit del programa de enfermedad-maternidad.

Debido a la diversidad de tipos de reforma, no es posible establecer una relación entre ésta y el resultado del balance financiero, pero es significativo que más de dos tercios de los países sobre los que se dispuso de información sobre el seguro social sufrieron déficit, y dos de tres países también arrojaron déficit en el sistema privado, lo que indica que la reforma no ha cumplido su objetivo de sostenibilidad financiera. En Perú, la información estadística del seguro social antes de la reforma mostraba una situación financiera sólida, pero déficit después de ésta. Tampoco se ha cumplido el objetivo de mayor eficiencia para reducir los gastos del sistema. A continuación se analizan en detalle los países.

Argentina. Los pasivos consolidados en todas las OS nacionales ascendieron a US$700 millones en 2003.[220] Varias causas contribuyeron al deterioro financiero de las OS: la evasión y mora estimadas respectivamente en 1,9 y 1,4 veces la recaudación del año 2003; la reducción de la cotización del empleador en 1%; el establecimiento de un tope de US$4,800 anuales a las cotizaciones, y la pérdida de más de la mitad de las cotización de los empleadores a la OS de pensionados y jubilados. Entre fines de 1995 y fines de 2001 la caída de los ingresos por estos conceptos equivalió a cinco recaudaciones promedio en esos seis años y el pasivo de 2001 constituyó el 15% de esa suma perdida. La crisis de 2001-2002 agravó la situación (Torres 2004).

Colombia. Según una fuente el sistema generó, al menos hasta 1998, un superávit neto creciente que le permitió cubrir el déficit del ISS y otras aseguradoras públicas, así como el de cuatro aseguradoras privadas; en 2000, 90% de lo recaudado por superávit se gastó en cubrir el déficit. Otra fuente detectó superávit en la gestión del POS en 1994-1995 pero déficit en 1996-1997 (Jaramillo 1999; OIT 2000b; Felizzola 2003). Cifras limitadas a las EPS en el régimen contributivo muestran un déficit de 5,7% de los ingresos en 2000, 65% del cual lo generaba el ISS. La sostenibilidad financiera del sistema está amenazada por múltiples factores: la crisis económica, el incremento del desempleo y la informalidad, así como la crisis fiscal; la disminución de los cotizantes, la reducción del ingreso base de cotización, la subdeclaración, la evasión y la mora; la afiliación fraudulenta y las multi-afiliaciones; la corrupción en la administración de las aseguradoras del régimen subsidiado; el incumplimiento de la entrega de fondos del petróleo y la privatización; las demoras en la transferencia oportuna de los recursos provenientes del aporte

[220] Antes de la reformas había diferencias enormes entre las 300 OS en cuanto a su estabilidad financiera, las más ricas gozaban de superávit enormes y las pobres sufrían severos problemas financieros; la OS de los jubilados y pensionados tomaba 26% del gasto total de las OS, su gasto per capita era 60% superior al promedio de todas las OS, y sufría déficit crónicos que exigían transferencias crecientes (Montoya 1997; Tafani 1997; Flood 1997; Médici 2002d).

solidario y de las cajas de compensación familiar; la altísima carga de los eventos catastróficos o de alto costo; la incapacidad de los hospitales públicos para recuperar el costo de servicios prestados, lo cual los tiene inmersos en la crisis mas grave en la historia del país; la exclusión de grupos privilegiados que no cotizan al sistema; y la falta de diagnóstico y registro de las enfermedades ocupacionales que son cubiertas por el sistema de salud en vez de por el sistema de riesgos profesionales (OPS 2005a). El ministerio ha realizado una evaluación integral del equilibrio financiero del sistema de salud con una nueva metodología, para tomar decisiones sobre los ajustes periódicos del paquete básico y el per capita en ambos regímenes, identificar problemas y proponer medidas concretas para resolverlos, y desarrollar escenarios para el sistema en el corto, mediano y largo plazo (MINSALUD 2002). Uno de los objetivos del plan de desarrollo 2002-2006 es lograr el equilibrio financiero del per capita, pero no se conocen los resultados.

Costa Rica. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social (CCSS) generó superávit por varios años, pero descendió de 15% de los ingresos efectivamente recaudados por cotizaciones en 1994 a 7,8% en 2000, y se convirtió en un déficit de 2% de dichos ingresos en 2001 el cual aumentó a 4,1% en 2003; si se usasen los ingresos que debieron recaudarse ("reglamentarios") habría superávit aunque declinado de 17,6% a 6,3% de de dichos ingresos entre 1999 y 2003 (Herrera y Durán 2001; CCSS 2001, 2005). Un factor negativo en el equilibrio es la insuficiencia del aporte estatal para financiar la atención de los indigentes, 5% del ingreso total por cotizaciones, pero el gasto atención de dicho grupo (que tiene una mayor incidencia de enfermedad que el resto de la población) es siete veces mayor, y la CCSS de hecho financia 15,5% del referido costo, por lo que ocurre un subsidio de los asegurados cotizantes a los pobres a "cargo del Estado". Una proyección actuarial del programa de enfermedad-maternidad para 1997-2050, hecha en 1998 por un funcionario de la CCSS pero no de manera oficial, se basó en tres escenarios (base, optimista y pesimista) dando los resultados siguientes: el escenario base, una disminución del superávit (como porcentaje del ingreso) hasta 2020 y aumento posterior hasta regresar al nivel inicial (15%); el optimista, un superávit creciente en todo el período que casi se duplica en 2050 (26%); pero el pesimista arrojó un déficit de 7,2% en 2010 creciente hasta 28,5% en 2050 (los déficit de 2001 y 2003 parecen sugerir que el último escenario es el más realista). La sostenibilidad a mediano y largo plazo dependerá principalmente de los niveles de salarios e ingresos por cotizaciones, la capacidad de reducir la evasión y la morosidad, y la posibilidad de controlar los gastos y mejorar los resultados (citado por el Banco Mundial 2003). Hay una reserva considerable acumulada e invertida y la ley de protección del trabajador de 2001 le otorgó mayor flexibilidad a la CCSS para invertir dichas reservas con mejor rendimiento en instrumentos alternativos a los bonos estatales en que ahora está, a más de introducir fuertes sanciones para combatir la evasión y la morosidad (ver sección F-3). Pero no fue posible obtener información de la CCSS sobre el monto de dicha reserva, la situación financiera actuarial y si se han cambiado los instrumentos de inversión y con que resultados, a fin de dilucidar la actual controversia sobre si la reserva es excesiva y, en ese caso, invertir parte de ella en infraestructura y equipo a fin de reducir la costosa provisión privada. Dos amenazas que pudieran resquebrajar la sostenibilidad financiera a largo plazo del programa son la deuda estatal, y los pagos a servicios privados (especialmente en los dos primeros niveles de atención) por los asegurados de ingreso medio y alto debido al deterioro de la calidad en la CCSS, lo cual crea desincentivo a la cotización y puede explicar en parte la evasión, subdeclaración y morosidad (Martínez y Mesa-Lago 2003).

Cuba. El Estado cubre todos los gastos de salud que toman un porcentaje creciente del PIB y no tienen en cuenta el ingreso de la población. Este peso se agravará en el futuro debido a que Cuba tiene ya la tasa de crecimiento demográfico más baja de la región y para 2025 tendrá la población más envejecida; el porcentaje de la población mayor de 60 años aumentó de 9% en 1970 a 14,5% en 2001 y se proyecta a 25% en 2025 y 32% en 2050. Las reformas para mejorar la eficiencia y reducir los costos en los 90 no lograron dichos objetivos ya que el gasto de salud creció

de de 5,7% del PIB en 1996 a 6,3% en 2003, seguirá aumentando y se acelerará (Benítez 2003; Mesa-Lago 2003a).

Chile. El balance presupuestario del subsector público en 1995-2002 arrojó déficit excepto en 1997;[221] el déficit aumentó de 1,8% del ingreso en 1995 a 3,7% en 2000 y luego descendió a 2,8% en 2002 (FONASA 2004). El 7% de cotización es insuficiente para financiar el subsector público, la mitad de cuyo presupuesto es cubierto con subsidios fiscales. No obstante, alrededor de 3% es una proporción relativamente pequeña y el país tiene capacidad económica para financiar dicho déficit, aunque el reto mayor es encarar los cambios futuros demográficos y epidemiológicos que aumentarán los gastos de salud (OPS 2005a). El balance del sistema privado exhibe un superávit (utilidad) que se redujo de 7,7% del ingreso en 1990 a 1,8% en 2002 (SI 2004). El intento en 2003 de crear un fondo de compensación que ayudase a financiar el gasto público (especialmente el paquete básico y el costo del subsidio de maternidad) mediante un incremento del IVA no tuvo éxito (Borzutzky 2006).

Ecuador. No hay cifras desagregadas recientes del programa de enfermedad-maternidad del seguro social pero tuvo un déficit del 50% de sus ingresos en 1999 y el seguro campesino un déficit de 5% del ingreso en 1998 (Chiriboga 2000; Comisión Interventora 1999). En 2001 el balance general de ingresos y egresos del IESS generó un superávit equivalente a 41,3% del ingreso, para 2002-2003 hay información por Internet de los ingresos pero no de los egresos. Sin embargo, la reserva general cayó 91% entre 1996 y 2003 (de US$70.8 millones a US$6.6 millones), en parte por la deuda acumulada del Estado (IESS 2005; ver sección F-3). No hay información de los otros dos subsectores.

El Salvador. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social generó superávit decreciente de 10,2% de los ingreso en 1997 a 1,6% en 1999, pero luego aumentó a 11,3% en 2001. No se ofrece información sobre las causas de estas oscilaciones (ISSS 2002).

Guatemala. Los ingresos del programa de enfermedad-maternidad (EM) del seguro social (IGSS) aumentaron 73% en 1996-2000, mientras que los egresos crecieron en 117% y el superávit se redujo de 25% del ingreso a 6% en dicho período; el programa de pensiones ha transferido recursos al programa EM pero a pesar de ello se proyectaba que ocurriría un déficit en EM en 2002 (Durán y Cercone 2001).

Honduras. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social sufrió un déficit de 1,9% de los ingresos en 1995, luego generó superávit en 1996-1999, regresó el déficit en 1999-2001 (11,6%, 40,1% y 18,5% respectivamente) y en 2002 se reportó un superávit de 11,3%. Esto último resultó del incremento de los topes de cotización desde 2001; no obstante el costo de expansión de la cobertura a los hijos entre 6 y 11 años (la menos costosa entre grupos de edad), combinada con la potencial extensión de la atención por enfermedad a la cónyuge, generarán un aumento considerable de egresos que se reflejará en el mediano plazo. También se han separado los fondos de los programas y prohibido la transferencia entre ellos (Durán 2003; IHSS 2003).

México. El programa de enfermedad-maternidad del IMSS ha sufrido un déficit histórico que se financió hasta mediado de los años noventa con transferencias del programa de pensiones; el déficit subió sostenidamente de 0,7% de los ingresos en 1998 a 13,6% en 2003, crece con rapidez y sobrepasará 100% de los ingresos del programa alrededor de 2039. La causa principal del déficit es el costo ascendente del régimen de jubilaciones y pensiones de los empleados del IMSS (RJP) que en 2003 tomó 48,8% del gasto total, más que el gasto en medicamentos y material de curación, y 3,7 veces la inversión en infraestructura, equipos, etc. La segunda causa es el envejecimiento de la

[221] En 1978, antes de la reforma, los programas del SNS y SERMENA generaban un pequeño superávit combinado, pero tenían varios problemas financieros y el costo fiscal era alto y creciente (Mesa-Lago 1985; Titelman 2000).

población, el aumento de la esperanza de vida de los pensionados y de la proporción de estos en relación al total de beneficiarios del IMSS, todo lo cual incrementa el costo de la atención; la cotización necesaria para equilibrar el gasto de este grupo tendría que elevarse de la actual de 1,5% de los salarios a 17,5% en los próximos 50 años, de no hacerse esto el costo proyectado a precios constantes tomará entre 8% y 12,5% del PIB en 2050. La tercera causa es el alza en los precios de los medicamentos superior al crecimiento de los salarios y la inflación. Para resolver el desequilibrio en los próximos 50 años, la actual cotización de 12,4% tendría que elevarse en 147% pero, sin no hubiera las obligaciones del RJP podría reducirse dicha cotización a 8,7%. El IMSS ha propuesto la eliminación del tope salarial sobre la cotización o un ajuste de las tasas de cotización en otros dos seguros dentro el IMSS (riesgos de trabajo e invalidez y sobrevivientes) a fin de mantener el equilibrio de estos pero pasar el excedente a enfermedad-maternidad lo cual mantendría el equilibrio por 50 años (IMSS 2003, 2004, 2005a, 2005b). No parece que estos cálculos toman en cuenta el costo del RJP, cuya evaluación hecha por el autor en 2000 concluyó: la jubilación es con 27 o 28 años de servicios independientemente de la edad (lo que permite retirarse a los 47 o 48 años de edad, versus 65 años para los asegurados del IMSS); las pensiones se ajustan automáticamente a los incrementos de salario del personal en actividad, la pensión en el primer año es superior entre 8% y 36% del salario del último año de actividad; en diez años de proyectó que el costo del RJP será igual a la nómina total de los empleados del IMSS; la cotización actual para financiar el RJP es 22% (19% la aporta el IMSS y 3% el empleado) pero ha sido insuficiente en los últimos 20 años, para equilibrarlo se requeriría un aumento de la cotización actual de 22% a 90-100%; las reservas requeridas se estiman entre US$11,750 y US$19,500 millones, pero no garantizarían el equilibrio a largo plazo, y de no reestructurarse radicalmente el RJP, ocurrirá un colapso financiero del IMSS amenazando la atención de salud de todos sus asegurados (Mesa-Lago 2000f). Los otros seguros sociales son total o parcialmente financiados por el Estado que absorbe su déficit cuando resulta éste. En el subsector público, el seguro popular de salud (SPS), a fin de cumplir con sus metas de cobertura, se proyectaba requeriría una inversión creciente hasta US$7,100 millones en 2010, tres veces el presupuesto del ministerio en 2003 y 0,8% del PIB proyectado para 2010; para ello se esperaba que contaría con US$1,100 millones anuales de fondos generados por la reforma fiscal que no se aprobó y, por ello, su presupuesto fue reducido en 40% en 2004.[222] La sostenibilidad financiera del SPS demanda, por tanto, una reforma fiscal que aportase los fondos requeridos, cuya viabilidad política parece ser nula al menos en el corto y mediano plazo, así como enfrentar costos crecientes por el envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico, el aumento de la demanda de los usuarios y la ampliación del paquete (Nigenda 2005).

Nicaragua. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social generó un superávit equivalente a 29% de su ingreso en 1995-1996, que aumentó a 40% en 2000 y disminuyó a 30% en 2002 (cálculos del autor basados en La Forgia 2005). Dicho superávit es resultado de una cotización excesiva y se transfería a otros programas del seguro social (especialmente pensiones, algo inusual en la región donde las transferencias son a la inversa), pero esa práctica se prohibió en 2002. El INSS reporta que se hicieron cálculos actuariales en 1998 y 2000 para determinar el per capita a pagar por el INSS a las EMP, y que en 2001 estaba en proceso un estudio de costos para determinar el punto de equilibrio de dichas empresas a fin de determinar la cantidad mínima necesaria para financiar sus gastos operativos (Quintanilla 2001). En 2002 el per cápita real era 17% inferior al de 1994 (La Forgia 2005). En 2003 aún no se había desarrollado una metodología estandardizada para ajustar el per capita cada año, y no se reportan los montos per capita efectivamente pagados. Además, el retraso y reducción del per capita, combinado con decisiones unilaterales por el INSS de extender las prestaciones que deben entregar las EMP e incluso añadir nuevas como el paquete básico al adulto mayor, sin el necesario aumento del per capita, crean presiones y desequilibrio en las EMP (Rosseman y Valladares 2003).

[222] No obstante, se informó que contaba con US800 millones anuales a partir de 2005 (Bard 2005).

Panamá. La OIT (1998) proyectó dos escenarios de equilibrio financiero-actuarial del programa de enfermedad-maternidad (E-M) del seguro social en 1998-2050: uno pesimista predijo un déficit financiero en 2004, el agotamiento de la reserva en 2010 y la necesidad de aumentar la cotización de 8,5% a 9.2% para restablecer el equilibrio; otro optimista, proyectó que no ocurriría un déficit financiero por lo que no habría que aumentar la cotización (después de un fuerte debate de este escenario, la OIT admitió que la cotización del 8,54% sería suficiente siempre que no ocurriese una explosión de costos por un rápido aumento de los salarios del personal). Ambos escenarios excluían el costo de la infraestructura de E-M que tradicionalmente había sido financiada por el programa de pensiones, por lo que si E-M se hiciese autosuficiente en dicha infraestructura (una fuerte recomendación de la OIT) la situación sería peor a la proyectada. Un segundo estudio de la OIT (2001a) reiteró que E-M enfrentaba riesgos financieros en caso de incrementos salariales, por lo que sugirió un ahorro de 10% en los costos de personal a fin de dedicarlo a la inversión en la infraestructura; la proyección indicó que en 2002 la reserva líquida (descontando el valor no líquido de muebles e inmuebles) caería por debajo de la reserva mínima necesaria (25% del gasto corriente de salud en el año) y la brecha crecería hasta 2023. A fines de 2004 la CSS hizo un balance financiero de E-M en 1999-2003 y una proyección actuarial para 2004-2014, que muestran una situación mucho peor que la del escenario pesimista de la OIT y confirman su temor al efecto desequilibrante de un rápido aumento del gasto de personal: (a) los ingresos de E-M aumentaron a un promedio de 2,8% en 1999-2003, pero los gastos crecieron a un ritmo de 7,6% debido al incremento en 48% del personal administrativo y de sus salarios, así como la adición de un nuevo hospital, la compra y remodelación de otros dos, y la expansión de la atención ambulatoria, todo esto sin tener en cuenta la evolución de los ingresos; (b) E-M generó un déficit financiero en 2002 (en vez de 2004 en el escenario pesimista) y con tendencia creciente; (c) la reserva "contingente" o líquida de E-M se agotará en 2005 (en vez de en 2010 en el escenario pesimista) y ocurrirá un déficit actuarial creciente a partir de 2006 que superará US$1,000 millones en 2014. Nótese que estas proyecciones son a 2014 mientras que las de la OIT fueron a 2050 por lo que el déficit será muchísimo mayor a esa fecha. Todo lo anterior indica que, para restablecer el equilibrio, la cotización para EM tendría que aumentarse del actual 8,5% a entre 9,5% y 10%. La CSS identifica como el primer objetivo en la nueva administración "garantizar la estabilidad y viabilidad financiera de la institución para lograr el nivel de capitalización que demanda la ley" (CSS 2004; Mesa-Lago 2005a).

Perú. El antiguo seguro social de enfermedad-maternidad generó un superávit creciente de 14,6% a 23,7% de los ingresos entre 1993 y 1996, y una evaluación externa concluyó que "goza de solidez financiera" (Ferreira 1998: 4-6). EsSalud tuvo un superávit en los primeros años pero arrojó un déficit de 5,6% del ingreso en 2002 y un superávit de 1,8% en 2003, o sea, una situación financiera peor que la del seguro social anterior que obliga a reducir servicios y bienes y postergar inversiones en infraestructura, equipos y remodelaciones.[223] El desequilibrio se explica de una parte por la caída del ingreso resultante de la contracción en 30% del empleo formal y del salario promedio real por asegurado, transferencia del 75% de la cotización a las EPS, y morosidad más deuda público-privada; por otra parte ha ocurrido un aumento del gasto debido al creciente costo del régimen de pensiones del personal, así como del costo de los bienes, equipos y servicios, el predominio de la medicina curativa sobre la preventiva, la carga de las prestaciones monetarias de los afiliados en las EPS, y la atención de personas sin derecho ("filtraciones"). Para resolver la situación se propone: controlar el gasto, mejorar la eficiencia, financiar con el Estado los servicios de alta complejidad, los crecientes gastos de pensiones del personal y pagar las deudas acumuladas, y flexibilizar la relación laboral para aumentar su productividad (EsSalud 2004). Las reservas de

[223] Estas cifras se basan en el ingreso disponible que toma en cuenta el gasto considerable del plan de pensiones del personal; en 2004 se reportó un superávit, pero con dos cifras diferentes: 8,3% del ingreso presupuestario ejecutado y 0,6% del ingreso según la auditoría (EsSalud 2005), ambos inferiores a los superávit de 1993-1996.

EsSalud deben ser como mínimo equivalentes al 30% del gasto de los servicios durante el año anterior y sólo pueden ser utilizadas en caso de emergencia por acuerdo del consejo directivo (LMSSS-Reglamento 1997), no se sabe si se ha hecho uso de la reserva. Un análisis de la superintendencia en 1999 evaluó si las transferencias del 25% de la cotización patronal del 9% a las EPS son suficientes para financiar el costo de los servicios de "capa simple" dados por estas a los trabajadores y sus familiares, más el costo administrativo y un margen de ganancia (que se fijó muy alto en 30%); los resultados mostraron que sólo pueden financiar dicho costo los trabajadores que ganan alrededor de US$1,000 (o sea, estos son los que pueden pasarse) de lo contrario se necesitan copagos (SEPS 1999). La información sugiere que el 9% de la cotización patronal, aumentada de 6% por la reforma, no es suficiente ni para equilibrar al EsSalud ni para otorgar las prestaciones de las EPS a pesar de los subsidios que estas reciben. No obstante, la superintendencia reporta un superávit en las dos EPS de 13,8% del ingreso en 2004, pero el endeudamiento del sistema es considerable: 2,17 veces el pasivo total en relación al patrimonio (SEPS 2005). La recesión de 1998-2001 provocó importantes recortes en los presupuestos del subsector público, poniendo en riesgo los planes de salud (OPS 2005a).

República Dominicana. Antes de que se aprobara la reforma de salud, se advirtió que generaría un altísimo costo fiscal muy difícil de financiar, sin que se hubiesen hecho valuaciones actuariales ni estudios de factibilidad previos.[224] Los compromisos financieros legalmente asumidos por el Estado son: el costo total del seguro familiar de salud (SFS) en el régimen subsidiado; parte del costo del SFS en el régimen contributivo-subsidiado; un subsidio mensual y decreciente al seguro social (IDSS) durante el período de transición para cubrir cualquier déficit que resulte de su operación y transformación en una ARS; financiamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social, el Consejo de Salud y la Tesorería de la Seguridad Social, así como aporte para la infraestructura, equipamiento y gastos de operación de la Superintendencia durante el primer año de su operación. Por ello se recomendó hacer un estudio actuarial, con proyecciones de costos, así como determinar la forma de financiarlos; de ser dichos costos no financiables, entonces establecer prioridades y eliminar ciertas prestaciones no esenciales, como las estancias infantiles y servicios sociales (no sanitarios) a los pensionados (Mesa-Lago 2000). Estas advertencias y recomendaciones fueron ignoradas y el altísimo costo fiscal se ha convertido en el principal obstáculo a la implementación de la reforma. Más aún ha ocurrido una duplicación de costos, por la coexistencia del modelo antiguo con el nuevo que ha avanzado poco. El costo del paquete básico (PBS), bajo un escenario favorable de crecimiento económico, financiamiento público y baja evasión, se proyectó que tomaría 3,2% del PIB al final del período de transición, pero la crisis económica y el recorte del gasto público para reducir el déficit fiscal han cambiado esa proyección. El costo del PBS creció 130% entre 2002 y 2005 provocando un desequilibrio financiero en el régimen contributivo porque el ingreso en 2005 se proyecta sólo cubrirá 78% de costo del PBS (la razón principal de su posposición); para poder financiar el PBS en el régimen subsidiado se ha reducido su per cápita al original de 2002, o 43% del estimado para el régimen contributivo en 2005. La propuesta presupuestaria del Consejo Nacional de Seguridad Social para financiar el régimen contributivo-subsidiado en 2004 (que cubriría 500,000 trabajadores y sus familias) no fue aprobado por el congreso por falta de recursos. El seguro social está prácticamente en bancarrota porque muchos trabajadores se han desafiliado, ha aumentado la informalidad, el desempleo y la evasión, el gobierno no le ha transferido al IDSS los recursos prometidos por la ley de reforma, y los médicos se fueron a la huelga por demoras en el pago de sus salarios (Lizardo 2004, 2005). Como resultado de todo lo anterior, el programa de enfermedad-maternidad tuvo un déficit de 45% de los ingresos en 2004 (IDSS 2005).

[224] El proyecto de ley original establecía la obligación de hacer una valoración actuarial previa, a fin de determinar la cotización necesaria para el régimen contributivo y contributivo-subsidiado, así como el costo fiscal de la reforma. Esa disposición fue eliminada y se estableció que deberían hacerse estudios socioeconómicos después de la vigencia de la ley (Mesa-Lago 2000).

Uruguay. El programa de enfermedad del seguro social (BPS) generó un superávit de 2% del ingreso en 1993 pero después un déficit creciente que alcanzó 24,9% del ingreso en 2003 y fue cubierto por el Estado, el cual también financia el programa de maternidad (BPS 2004). El Fondo Nacional de Recursos (FNR) que cubre atenciones de alta complejidad (incluyendo transplantes, los más costosos), arrojó déficit en 19 de 25 años entre 1981 y 2003, con un crecimiento del mismo en 1997-2001 pero generando un superávit en 2003 (Meerhoff 2004). Las IAMCs aumentaron sus ingresos reales hasta 1999, luego se estacaron en 2000-2001 y cayeron en 2002-2003, por el contrario, el gasto real por afiliado creció de manera sostenida desde 1993 hasta alcanzar 59% en 2002, bajó en 2003 pero aún 32% por encima del nivel de 1993; en todo el período 1993-2003 ocurrió un déficit global en las IAMC, que osciló pero aumentó de 4,6% a 7,3% de los ingresos; el déficit en la capital fue mucho mayor que en el interior del país. Entre 1993 y 2004 las cuotas pagadas por el BPS a las IAMCs aumentaron de 29% a 55% del salario mínimo, mientras que los copagos crecieron de 43% a 98% del salario mínimo, y los complementos pagados por los empleadores ascendieron de 16% a 23% del ingreso total del seguro de enfermedad en el BPS, el costo de las IAMCs es cada vez mayor e insostenible. El patrimonio de las IAMCs disminuyó de 65% a 21% en el período mientras que el pasivo creció de 35% a 79% (en buena medida por las altas remuneraciones de los profesionales médicos), por lo que la sostenibilidad de las IAMCs es precaria, especialmente en la capital; para hacerle frente el BID estaba considerando un préstamo para reestructurar las IAMC (Quijano 2002; MSP/BM 2004a). Los programas separados de las fuerzas armadas y policía tuvieron un déficit global (todos los programas) de 295% y 211% de los ingresos respectivos en 2000, que fueron cubiertos por el Estado (Cambogi 2003).

Venezuela. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social (FAM-IVSS) arrojó un déficit que creció de 81,8% de los ingresos en 1991 a 96,9% en 1998 y a 166,8% en 2000; la diferencia se cubrió hasta 1998 con transferencias de los programas de pensiones y desempleo, hasta que se agotaron las reservas del primero; el Estado también ha subsidiado el programa. No fue posible obtener cifras desglosadas del balance de dicho programa después de 2000,[225] pero el balance de ingresos y egresos totales del IVSS arrojó un déficit equivalente a 413% de los ingresos en 2003 y a 387% en la primera mitad de 2004, cuyos déficit fueron cubiertos con transferencias fiscales (RBV 2005). Los ingresos se han reducido proporcionalmente a los egresos debido a varias causas: la caída en las cotizaciones a medida que se redujo el sector formal, las deudas por cotizaciones no aportadas, la pobre capacidad recaudadora e ineficiencia administrativa, los desincentivos a la afiliación y pago por el deterioro en los servicios y el fácil acceso de los no cotizantes, y el incremento del gasto sin un correspondiente ajuste en la cotización. En 1994, antes de que el déficit se acelerara, una valuación actuarial estimó que la actual cotización de 6.25% tendría que elevarse al doble para equilibrar el programa, pero en 2004 requerían un aumento mayor (D'Ella 2002). La Tesorería de la Seguridad Social, estipulada por la ley orgánica de 2005 pero aún no creada a mediados de 2005, tendrá a su cargo la realización bienal de valuaciones económico-actuariales de la seguridad social (LOSSS 2002). Sin embargo, dicha Tesorería no había sido creada a mediados de 2005; en 2000 el costo del nuevo sistema público nacional de salud se estimó por la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social en US$1,6 billones anuales (al cambio de 2005) y para financiarlo se requeriría un incremento a más del doble del presupuesto fiscal (D'Ella 2002). No se pudo obtener un estimado del costo una vez que la ley de salud en debate en 2005 entre en vigor.

[225] El IVSS reporta los egresos desglosados del programa en 2003 y 2004, pero no los ingresos desglosados (RBV 2005).

G. Impacto en indicadores de salud (eficacia)

Se define eficacia o efectividad como la capacidad o potencial de resolver problemas de salud y producir un resultado específico en cuanto al mejorar los niveles sanitarios de un país o localidad.

1. Imposibilidad de medir el impacto de las reformas en la eficacia

Al inicio de la sección III se resumieron los problemas que obstaculizan una evaluación de los efectos de las reformas en general; más difícil aún es medir su impacto en los indicadores de salud, por varias razones de peso: (1) la OMS y OPS reconocieron en 2001-2002 que la elaboración de una metodología e indicadores adecuados para medir dicho impacto puede tomar 10 años o más; (2) las reformas comenzaron en años distintos, con un espacio de 20 años entre la primera y la última (Chile y República Dominicana, 40 años si se tiene en cuenta la de Cuba que fue la primera), por lo que es imposible hacer comparaciones partiendo del año inicial de la reforma y en el año más reciente en que dispone de cifras para todos los países; (3) en la mitad de los países la reforma no se hizo de una sola vez sino en etapas, además decisiones hechas años antes de la reforma pueden influenciar los niveles actuales de la salud; (4) el tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma no es lo suficientemente largo (salvo en Chile y Cuba, pero mucho mayor en el segundo) para detectar cambios relevantes en la salud; (5) factores socioeconómicos (ambiente, genética, comportamiento individual y colectivo), políticos (paz, guerra, violencia, refugiados), económicos (prosperidad o crisis, ayuda o sanciones externas) y de azar (desastres naturales frecuentes) pueden influenciar los resultados sanitarios y dichos factores son difíciles de separar de las políticas de reforma de salud; (6) en la gran mayoría de los países no hay un sistema de monitoreo que haya establecido una línea de base y permita hacer un seguimiento a los indicadores clave; (7) en varios países las estadísticas sanitarias son pocos confiables o no existen series con cifras homologadas y de calidad similar que permitan hacer comparaciones precisas en el tiempo, y (8) las estadísticas de los indicadores de salud publicadas por los organismos internacionales (OMS/OPS, CEPAL, Banco Mundial, BID, etc.) son una gran ayuda pero es frecuente encontrar cifras diferentes en algunos países o no precisan el año del indicador (por ejemplo, dan un período entre 2 y hasta 5 años).

En los perfiles de los sistemas de salud de los 20 países de la región elaborados por equipos de la OPS y actualizados periódicamente, se hace una evaluación de los resultados de la reforma que incluye la eficacia. Pero en virtualmente todos los perfiles se plantea que no existe evidencia o es prematuro o imposible cualquier atribución de impacto de la reforma en el desempeño, especialmente sobre la situación o indicadores de salud. Varios países omiten del todo el análisis de eficacia; varios describen los cambios ocurridos en dichos indicadores pero sin atribuirlos directamente a la reforma (incluso Chile en que la reforma ha operado por 24 años), la única excepción siendo Cuba en que la reforma ha operado por más de 40 años (OPS 2005).[226]

En 2000 las Naciones Unidas establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, que incluyeron tres sobre salud: (4) reducir la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años en dos tercios, (5) mejorar la salud materna, reduciendo la mortalidad materna en tres cuartos, y (6) disminuir a la mitad el porcentaje de la población que no tiene acceso sostenible a agua potable y saneamiento. Otros objetivos están relacionados con temas tratados en este documento como promover la igualdad de género. En 2005, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo hizo una revisión de los objetivos del milineo en el mundo y en septiembre de ese año

[226] En Brasil se dice que el paquete básico, el PSF y la inmunización de infantes menores de un año han contribuido a reducir la mortalidad infantil de 48 por 1,000 en 1990 a 27 por 1,000 en 2003. “Sin embargo, ¿podemos afirmar que dicha evolución es debida principalmente—o por lo menos en parte—a la estrategia de salud de la familia?” (Biasoto 2004b). Para evaluar propiamente el impacto del PSF se ha propuesto una metodología con indicadores sobre el proceso del PSF y su impacto en las regiones en donde ha sido implantado (Coelho y Moreno 2004).

se celebró una cumbre de las Naciones Unidas para evaluar el cumpliento de los objetivos y trazar el curso para la próxima década (PNUD 2005). Varios países de la región han publicado informes sobre el avance en los referidos objetivos (ver como ejemplo, Gobierno 2005), pero es imposible en este documento abordar este tema.

El BID apunta mejoras en los indicadores promedio de salud en la región entre 1990 y 1999: la mortalidad infantil bajó de 39 a 29 por 1,000; los partos atendidos por profesionales crecieron de 78% a 86%; los menores de un año que recibieron el ciclo completo de vacunación subieron de 79% a 90%, y la esperanza de vida al nacer se extendió de 68 a 70 años. Pero advierte: "Sin embargo, en ausencia de estudios específicos, no se puede afirmar que exista una relación causal entre ambos fenómenos". Por otra parte identifica a varios indicadores que permanecen en una situación crítica, especialmente algunos evitables o controlables a través de medidas de salud pública: la mortalidad materna era 190 por 100 mil nacidos vivos en 2000, muy elevada para el nivel de ingreso de los países de la región; la tuberculosis aumentó de 196 a 221 por 100 mil habitantes entre 1990 y 1999, mientras que la malaria se duplicó de 527 mil a 1millón 300 mil, y la incidencia de SIDA también aumentó (BID 2004b: 5).

2. Evolución de los indicadores de salud en 1990 y 2002

CUADRO 18
INDICADORES DE SALUD SELECIONADOS EN AMERICA LATINA, 1990 Y 2002
(En porcentajes, tasas por 1,000 y 100,000, y años)

Países	Indicadores de Salud								
	Año	A [a]	B[b]	C	D [c]	E [d]	F [e]	G [f]	H[g]
Argentina	1990	25,0	28,0	3,0	52,0	96,0	94,0	82,0	71,0
	2002	16,8	22,7	3,0	46,1	98,4	79,0	85,0	74,6
Bolivia	1990	87,0	122,0	28,0	332,0	28,0	74,0	55,0	59,0
	2002	56,0	69,9	21,0	230,0	60,8	79,0	66,0	64,6
Brasil	1990	50,0	60,0	12,0	72,0	73,0	82,0	72,0	66,0
	2002	27,4	44,5	9,0	45,8	96,6	87,0	77,0	68,7
Colombia	1990	29,0	36,0	17,0	107,0	82,0	87,0	82,0	69,0
	2002	19,9	31,9	13,0	98,6	94,0	91,0	85,0	72,7
Costa Rica	1990	14,0	17,0	6,0	26,0	98,0	97,0	92,0	76,0
	2002	9,0	12,0	4,0	32,9	97,5	98,0	96,0	78,4
Cuba	1990	12,0	13,0	8,0	36,0	100,0	98,0	98,0	76,0
	2002	7,0	9,5	3,0	41,8	100,0	95,0	95,0	77,0
Chile	1990	18,0	19,0	8,0	34,5	98,0	90,0	85,0	72,0
	2002	7,8	13,4	4,0	16,7	99,8	94,0	97,0	76,3
Ecuador	1990	43,0	57,0	8,0	150,0	84,0	69,0	56,0	66,0
	2002	24,6	53,5	4,0	81,1	69,0	71,0	59,0	71,2
El Salvador	1990	46,0	60,0	12,0	140,0	85,0	67,0	51,0	66,0
	2002	33,0	39,0	11,0	120,0	70,0	74,0	83,0	71,2
Guatemala	1990	60,0	82,0	16,0	106,0	35,0	78,0	77,0	64,0
	2002	30,8	53,1	24,0	153,0	25,6	92,0	85,0	66,5
Haití	1990	102,0	150,0	65,0	340,0	46,0	46,0	25,0	55,0
	2002	80,3	109,6	47,0	523,0	24,2	46,0	28,0	50,4
Honduras	1990	47,0	61,0	23,0	221,0	45,0	84,0	49,0	65,0
	2002	32,0	47,3	22,0	108,0	62,0	90,0	77,0	68,8
México	1990	37,0	46,0	5,0	58,1	69,0	83,0	69,0	70,0
	2002	24,0	33,8	5,0	63,9	91,4	96,0	73,0	75,8
Nicaragua	1990	52,0	66,0	30,0	100,0	73,0	70,0	76,0	66,0
	2002	35,0	44,0	27,0	95,6	73,7	89,0	84,0	70,1
Panamá	1990	27,0	34,0	21,0	55,0	84,0	83,0	84,0	73,0
	2002	14,4	26,3	26,0	71,3	94,2	87,0	94,0	75,0
Paraguay	1990	30,0	37,0	18,0	150,0	67,0	63,0	89,0	67,0
	2002	19,6	44,4	14,0	182,1	85,8	79,0	95,0	71,3
Perú	1990	58,0	80,0	42,0	298,0	60,0	72,0	64,0	64,0
	2002	30,0	50,8	13,0	185,0	53,3	77,0	76,0	70,4
R. Dominicana	1990	53,0	65,0	27,0	93,0	78,0	60,0	48,0	67,0
	2002	32,0	52,1	25,0	97,8	79,0	71,0	57,0	66,6
Uruguay	1990	20,0	24,0	6,0	38,0	96,0	98,0	93,0	73,0
	2002	14,0	15,1	4,0	11,1	99,4	98,0	95,0	75,7
Venezuela	1990	23,0	27,0	11,0	60,0	97,0	89,0	92,0	70,0
	2002	18,2	21,8	17,0	68,0	99,7	84,0	74,0	74,1

Fuentes: OPS 2005b y Banco Mundial 2005b, salvo para 1990 Banco Mundial 1993, OPS 1994, OMS 1995 y CEPAL 1993 respecto a A, C, D y E, F y G; y salvo para 2002 CEPAL 2000, 2002c, 2004c y OMS 2005 respecto a E, F, G y H.

A = Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos; B = Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por 1000 nacidos vivos; C = Porcentaje de menores de 5 años desnutridos; D = Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos; E = Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado; F = Porcentaje de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua en zonas urbanas y rurales; G = Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados en zonas urbanas y rurales; H = Esperanza de vida al nacer (años)

[a] En 2002 se usaron los años: 2001 (Brasil, Colombia y Nicaragua), 2000-2002 (Bolivia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Haiti, Honduras, Mexico, Peru, Republica Dominicana y Uruguay). [b] Año 2003 en lugar de 2002, salvo El Salvador. [c] Año 1991 en lugar de 1990; en 2002 se usaron los años: 1997 (Honduras), 1998 (El Salvador), 1999 (Uruguay), 2000 (Brasil, Guatemala, Haití Perú), 2001 (Colombia) y 2003 (Costa Rica y Republica Dominicana). [d] Años 1990-1992 en lugar de 1990 para todos los países; en el año 2002 se usaron los años: 1996-2000 (Peru), 1997 (México y Uruguay), 1998 (Panamá y Paraguay), 1999 (Ecuador), 1999-2003 (Bolivia), 2000 (Brasil y Haiti), 2000-2003 (Cuba,), 2001 (Colombia y Honduras), 2003 (El Salvador). [e] En 1990 se usaron los años: 1988-1991 (Cuba, Panamá, Uruguay, Venezuela); en 2002 se usó el año: 2000 (Argentina). [f] En 1990 se usaron los años: 1988-1991 (Panamá, Uruguay, Venezuela); en 2002 se usaron los años: 1998 (Uruguay) y 2000 (Argentina). [g] Año 1991 en lugar de 1990 y 2004 en lugar de 2002.

Debido al cúmulo de problemas explicados es imposible en este documento hacer una evaluación del impacto de las reformas en los indicadores de salud en la región. No obstante, el Cuadro 18 muestra la evolución de ocho indicadores entre 1990 y 2002: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, porcentaje de menores de 5 años desnutridos, tasa de mortalidad materna, porcentaje de partos asistidos por personal profesional, porcentaje de la población con acceso a agua potable, porcentaje de la población con acceso a saneamiento, y esperanza de vida al nacer.

En general se observa una mejoría en todos los indicadores en los 20 países pero hay excepciones importantes en varios de ellos: (1) la mortalidad infantil disminuyó en todos los países, sin excepción; (2) la mortalidad en niños menores de 5 años aumentó en Paraguay; (3) el porcentaje de niños desnutridos creció en dos países: Guatemala, Panamá y Venezuela (se estancó en Argentina y México pero ya estaba a un nivel muy bajo en 1990); (4) la mortalidad materna se agravó en 8 países: Cuba, Guatemala, Haití, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela; (5) los partos con asistencia profesional bajaron en cinco países: Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y Perú (se estancaron en Costa Rica pero ya estaban a un nivel muy alto); (6) el acceso a agua potable disminuyó en tres países: Argentina, Cuba y Venezuela (se estancó en Haití y Uruguay—el último a un nivel muy alto); (7) el acceso al saneamiento declinó en dos países: Cuba y Venezuela, y (8) la esperanza de vida decreció en Haití. Es posible que el uso de algunas fuentes diversas para los indicadores sea en parte responsable de los deterioros identificados, pero en Venezuela se registraron cuatro detrimentos, en Cuba, Guatemala y Haití tres deterioros y en Panamá y Paraguay dos. Las crisis en Cuba, Haití y Venezuela pueden haber contribuido a dicho deterioro y a continuación se ofrece información relevante de estos tres países.

En Cuba los indicadores de salud en 1989 se colocaban entre los dos más altos de la región, pero la crisis que comenzó a comienzos del decenio del 90, con el colapso del campo socialista provocó una drástica caída del PIB que aún no se había recuperado en 2003. Los indicadores de salud (salvo la mortalidad infantil) se deterioraron durante la crisis, aunque mejoraron durante la recuperación parcial y en 2002 la gran mayoría había recuperado su nivel anterior. Pero había algunas excepciones: (1) la tasa de mortalidad materna por 100,000: 29,2 en 1989, 65,2 en 1994 y 41,7 en 2002 (esta última cifra basada en una serie nueva diferente a la de 1989-2000 que exhibía tasas más altas); (2) la tasa de mortalidad en la población de más de 65 años por 1,000: 48,2 en 1989, 55,7 en 1993 y 49,7 en 2001, y (3) la reducción del porcentaje de la población inmunizada en polio, tuberculosis, doble, triple y tifoidea entre 25% y 90% en 1989-2002. La morbilidad siguió una tendencia similar (salvo varias enfermedades contagiosas que se mantuvieron erradicadas), en 2002 se habían mejorado las tasas de 1989 en varias enfermedades pero en otras eran aún superiores (Mesa-Lago 2002, 2005). Sin embargo, a pesar de la crisis y los problemas explicados, Cuba continuaba ordenada en primer lugar en la región basada en los ocho indicadores de salud (ver Cuadro 19).

Haití es el país más pobre del hemisferio y su índice de desarrollo humano es comparable a los países más pobres de los países de la región de sub-Sahara, la mortalidad materna es tres veces el promedio de América Latina y la tasa de mortalidad infantil es el doble; las condiciones de salud se han deteriorado en años recientes especialmente por el efecto devastador de SIDA. El PIB per capita decreció a un promedio anual de 1% en 1994-2003 y la pobreza se estimó en al menos en 65% en 2002 (BID 2003; CEPAL 2003b). Las continuas crisis político-económicas han tenido un impacto adverso en los indicadores de salud que han mantenido al país en el último lugar en los ocho indicadores de salud del Cuadro 18.

En Venezuela la crisis económica provocó una caída en el PIB per capita de 9% en 2002 y 9,5% en 2003, mientras que el ingreso por habitante en dólares de 1995 descendió 21% en 1990-2003 y la pobreza aumentó de 39,8% a 44% (CEPAL 2003b, 2004a). Información sobre varios indicadores (algunos del Cuadro 18 y otros adicionales) muestra un empeoramiento entre 1998 y

2003: (1) la mortalidad infantil descendió de 27 por 1,000 en 1990 a 21,4 en 1998 y 17,7 en 2000, pero aumentó a 18,2 en 2002 y 18,5 en 2003;[227] (2) la mortalidad postneonatal descendió de 9 por 1,000 en 1998 a 6,2 en 2002 pero se estancó en 2003 y creció a 7,3 en 2004; (3) la mortalidad materna disminuyó de 60 por 100,000 en 1990 a 51 en 1999, pero aumentó sostenidamente a 68 en 2002, aunque disminuyó a 57,8 en 2003, aún por encima de 1998; (4) la mortalidad neonatal declinó de 12,4 por 1,000 en 1998 a 11 en 2001 pero aumentó a 11,9 en 2002 aunque descendió a 11,2 en 2003 (MSDS 2005). También se reportan incrementos en las muertes infantiles por gastroenteritis (33%) y neumonías (37%) en 2003 respecto a 2002, así como un incremento de 41% en los casos de malaria en el primer trimestre de 2005 sobre el mismo período en 2004, aunque una disminución de 26% en los casos reportados de dengue (González 2005). El orden de Venezuela en América Latina bajó del lugar 6 al 9 entre 1990 y 2002 (ver Cuadro 19).

[227] Hay otra serie del propio ministerio que muestra una caída sostenida en la tasa de mortalidad infantil de 26,5 a 13,7 entre 1998 y 2003 (MSDS 2004) y una tercera serie también muestra un descenso de 19,9 a 17,6 en el mismo período (INE 2005).

CUADRO 19
ORDENAMIENTO DE LOS 20 PAISES BASADOS EN INDICADORES DE SALUD, 1990 Y 2002
(en orden de 1 a 20 y promedios)

Ordenamiento[a]		Paises	Indicadores de Salud														Promedio de Orden[b]	
			A		B		C		D		E		F		G		H			
1990	2002		1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002
1	1	Cuba	1	1	1	1	5	1	3	4	1	1	1	4	1	3	1	2	1,8	2,1
2	2	Costa Rica	2	3	2	2	3	3	1	3	2	6	3	1	3	2	1	1	2,1	2,6
4	3	Chile	3	2	3	3	5	3	2	2	2	2	5	5	6	1	5	3	3,9	2,6
3	4	Uruguay	4	4	4	4	4	3	4	1	5	3	1	1	2	3	3	5	3,4	3,0
5	5	Argentina	6	6	6	5	1	1	5	6	5	4	4	13	8	7	6	7	5,1	6,1
8	6	México	10	10	10	9	2	7	7	9	14	11	9	3	13	16	7	4	9,0	8,6
7	7	Panamá	7	5	7	6	14	18	6	10	9	9	9	10	7	6	3	6	7,8	8,8
9	8	Colombia	8	9	8	8	12	11	13	13	11	10	7	7	8	7	9	8	9,5	9,1
6	9	Venezuela	5	7	5	7	8	9	8	7	4	7	6	12	3	15	7	14	5,8	9,8
10	10	Brasil	14	12	12	13	9	8	9	5	12	8	11	10	12	12	12	16	11,4	10,5
11	11	Paraguay	9	8	9	12	13	13	15	17	15	12	18	13	5	3	10	9	11,8	10,9
13	12	El Salvador	12	17	12	10	10	9	14	15	8	14	17	17	17	11	12	10	12,8	12,9
11	13	Ecuador	11	11	11	18	5	3	15	11	9	15	16	18	15	18	12	10	11,8	13,0
14	14	Nicaragua	15	18	16	11	18	19	11	12	12	13	15	9	11	10	12	13	13,8	13,1
17	15	Honduras	13	15	14	14	15	15	17	14	18	16	8	8	18	12	16	15	14,9	13,6
16	16	Guatemala	18	14	18	17	11	16	12	16	19	19	12	6	10	7	17	18	14,6	14,1
15	17	R. Dominicana	16	15	15	16	16	17	10	8	7	5	19	18	19	19	10	17	14,0	14,4
18	18	Perú	17	13	17	15	19	11	18	18	16	18	14	16	14	14	17	12	16,5	14,6
19	19	Bolivia	19	19	19	19	17	14	19	19	20	17	13	13	16	17	19	19	17,8	17,1
20	20	Haití	20	20	20	20	20	20	20	20	17	20	20	20	20	20	20	20	19,6	20,0

Fuentes: Calculo del autor basado en Cuadro 18.

A = Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos; B = Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por 1000 nacidos vivos; C = Porcentaje de menores de 5 años desnutridos; D = Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos; E = Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado; F = Porcentaje de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua en zonas urbanas y rurales; G = Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados en zonas urbanas y rurales; H = Esperanza de vida al nacer (años)

[a] Los países están ordenados en base al año 2002. [b] Promedio aritmético de los ordenamientos de cada país en los ocho indicadores, 1 es el mejor y 20 el peor.

El Cuadro 19 ordena a los 20 países en cada uno de los ocho indicadores en 1990 y 2002, obtiene un promedio aritmético de los ordenamientos de los ocho indicadores en cada uno de los países (puntuación o *store*), que permite un *ranking* de 1 (mejor) a 20 (peor), basado en las puntuaciones de 2002. Cuba, Costa Rica y Chile se colocan a la cabeza, por ese orden, con una diferencia pequeña entre sus puntuaciones (la brecha entre las puntuaciones de Cuba y Chile se redujo casi un punto entre 1990 y 2002), seguidos de cerca por Uruguay, mientras que Argentina queda a más distancia (empeorando en un punto su puntuación); todos estos países son los del grupo pionero-alto, salvo Brasil que se ordena en el puesto 10. Les siguen cuatro países del grupo intermedio (los más desarrollados): México, Panamá, Colombia y Venezuela; los tres países menos desarrollados de este grupo se ordenan muy por debajo: Ecuador en el puesto 13, Perú en el 18 y Bolivia en el 19. Los países del grupo tardío bajo, con las tres excepciones notadas, se ordenan en los puestos 11 a 20: Paraguay, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Guatemala, República Dominicana y Haití (por ese orden). Una comparación entre los ordenamiento de 1990 y 2002, muestra que Cuba y Costa Rica mantuvieron sus puestos a la cabeza, Chile y Uruguay cambiaron de posición (ascendió un lugar el primero y bajó un lugar el segundo), Argentina mantuvo su posición y Brasil la suya (pero en el puesto 10). México ascendió dos lugares, Panamá mantuvo su posición, Colombia bajó un puesto y Venezuela declinó tres puestos. Paraguay, Nicaragua y Guatemala sostuvieron sus órdenes, El Salvador ascendió un puesto, Ecuador y la República Dominicana descendieron dos lugares mientras que Honduras ascendió dos puestos; Perú, Bolivia y Haití se mantuvieron en los tres puestos inferiores. La brecha entre Cuba (primero) y Haití (último) se redujo un punto entre 1990 y 2002.[228]

Es imposible inferir si la reforma ha influido en los cambios en los ocho indicadores de salud y el ordenamiento de los países entre 1990 y 2002. Por ejemplo Colombia mejoró su ordenamiento ascendiendo un punto en dicho período y su reforma ha sido alabada por la equidad (ordenándose primera en el mundo en financiamiento justo por la OMS). Hubo mejoría en los ocho indicadores, especialmente en mortalidad infantil pero no significativo en ninguno de ellos en comparación con otros países; por ejemplo, Colombia redujo en 9 puntos la tasa de mortalidad infantil mientras que Panamá que estaba a un nivel similar la disminuyó casi 13 puntos y Paraguay 10 puntos, y la tasa de Chile que era inferior a la de Colombia en 1990 decreció también 10 puntos. Otras estadísticas de salud e Colombia indican un deterioro de la salud: (1) caída en todas las vacunas desde 1997 (peor en áreas rurales y donde las necesidades básicas insatisfechas son mayores), incluyendo polio, malaria, tuberculosis, sarampión, y difteria, tétanos y Pertussis (DTP); (2) descuido del perfil epidemiológico y deterioro de los programas preventivos, de la detección precoz de patologías y de la atención integral de ciertas enfermedades; (3) disminución de personas enfermas tratadas por médico general de 77% en 1997 a 68% en 2003, y aumento de los tratados por automedicación o remedios caseros de 12% a 22%, y (4) incrementos en la morbilidad infantil, aumentos substanciales de los casos de malaria en 1990-1998, la tuberculosis en 1999, el dengue en 1995-1998, la tos ferina y el tétano en 1999-2000, y las enfermedades venéreas en 1998-1999 (Jaramillo 1999; Málaga y otros 2000; Sojo 2001a; Felizzola 2002; AXESNET 2004).

Más investigación y métodos de medir el impacto de las reformas en la eficacia son necesarios para poder llegar a una conclusión avalada por la evidencia.

[228] El reagrupamiento de los 20 países entre los tres grupos (pionero-alto, intermedio y tardío-bajo) y los promedios de las puntuaciones de cada grupo en 1990 y 2002 no exhiben diferencias significativas.

IV. Conclusiones y políticas futuras

Esta sección resume las conclusiones más importantes de este documento en cuanto al impacto de las reformas de salud sobre los principios de seguridad social, y sugiere políticas para mejorar la situación actual basadas en las lecciones aprendidas; también identifica áreas donde se necesita realizar investigación.

A. Reformas de pensiones y salud, modelos, objetivos y entorno

Una comparación con las reformas de pensiones en la región muestra las siguientes diferencias con las reformas de salud: (1) en 7 países las reformas de salud siguieron o estuvieron asociadas a las de pensiones, en otros 4 ha habido reformas de salud pero no de pensiones (al menos estructurales), en un país ambas reformas fueron simultáneas y en otro país ha habido reforma de pensiones pero no realmente de salud; (2) reformas de salud se ha realizado en todos los países, versus sólo 12 reformas estructurales en pensiones; (3) las de salud han sido mucho más variadas que las de pensiones y, debido a ello, es más difícil elaborar una definición precisa de que es una reforma de salud; (4) por la misma razón es extraordinariamente complejo clasificar las 20 reformas entre unos pocos modelos generales; aunque 12 países mantienen un modelo tripartito (subsectores público, seguro social y privado), se identificaron 10 modelos diversos de salud resultantes de las reformas, contrastados con 3 modelos en pensiones (ver abajo); (5) el período de las reformas de salud es mas largo, se extiende por 45 años, aunque exceptuando a Cuba se reduce a 20 años (entre 1981 en Chile y 2001 en la República Dominicana); (4) en algunos países la reforma de salud no se ha llevado aún a efecto a pesar de varios intentos (Haití, Venezuela), en algunos no ha ocurrido una reforma global sino cambios en ciertos aspectos del sistema (Uruguay), en otros la reforma se ha dividido en etapas y la mayoría está todavía por implementarse (República Dominicana) o la ley de reforma no se ha ejecutado aún (Ecuador), en contraste, las reformas estructurales de pensiones, con dos excepciones están implantadas; (5) la segunda o tercera generación de reformas de salud está más avanzada que las de pensiones, en 2003-2005 ocho países aprobaron o estaban debatiendo leyes y cambios en sus sistemas de salud; y (6) como en el caso de las pensiones, las reformas de salud han sido influenciadas por organismos financieros internacionales y regionales (Banco Mundial, BID), pero los organismos sanitarios internacionales y regionales (OPS, OMS) también han jugado un papel muy importante.

Se identificaron 10 modelos de salud resultantes de las reformas, basados en cuatro de sus características (número y role de los subsectores, segmentación/ coordinación/integración del sistema, separación de funciones, y cobertura): (1) público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita (Cuba); (2) seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal (Costa Rica); (3) dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal (Chile); (4) dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal (Brasil); (5) virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal (Panamá); (6) cuatripartito coordinado, con un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público ("vinculado") de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión, cubriendo algo más de la mitad de la población—casi universal si se tiene en cuenta el "vinculado" (Colombia); (7) tripartito con baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal (Argentina); (8) tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal (Uruguay); (9) tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre 57% y 73%, en once países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela), y (10) dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60% (Haití).

Los objetivos generales de las reformas de salud han sido: desmonopolizar y descentralizar la provisión de servicios público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras (con énfasis en las privadas) y autogestión hospitalaria; separar las funciones de rectoría/ regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión y supervisión; otorgar libertad de elección del proveedor al asegurado o usuario; extender la cobertura, especialmente la atención primaria mediante un paquete básico de prestaciones, y mejorar la calidad de los servicios; promover la equidad, reasignando recursos para reducir las brechas regionales y focalizando los subsidios fiscales en los pobres; mejorar la eficiencia, la autonomía y rendición de cuentas del sistema; cambiar el financiamiento de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda; reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso, y promover una mayor participación y control social. Generalmente, los organismos financieros internacionales y regionales han puesto más énfasis en los objetivos económico-financieros, mientras que los organismos de salud internacionales/regionales en objetivos "sanitarios", pero ha habido objetivos compartidos por ambos tipos de organismos.

El entorno político de las reformas ha sido diverso, incluyendo gobiernos autoritarios sin debate público (Chile bajo el régimen militar, pero la segunda generación de reformas se ha llevado a cabo bajo regímenes democráticos con amplio debate), reformas realizadas por regímenes democráticos con amplia participación y debate nacional (Colombia) y regímenes democráticos que han abortado reformas acordadas de manera consensuada (El Salvador). Sin embargo, en la mayoría de los países, las reformas de salud se han llevado a cabo sin vasta consulta nacional, debate público basado en proyectos de reforma o de ley publicados y difundidos, y sin participación activa de los interlocutores sociales y los usuarios. Por el contrario, han sido diseñadas desde arriba, con

frecuencia con asistencia financiera internacional y, a veces, en secreto. En Guatemala la contratacióon del paquete básico se llevó a cabo sin consultar previamente a los funcionarios locales del ministerio de salud ni a las ONG que estarían a cargo de la provisión, lo que provocó resistencia, oposición y desconfianza. Una recomendación importante es que futuras reformas sean consultadas con las partes interesadas (profesionales de la salud, trabajadores, empleadores, usuarios, ONG's, comunidades), no impuesta desde arriba, teniendo en cuenta los valores locales.

A pesar de que ha transcurrido un cuarto de siglo desde que se inició la reforma en Chile (45 años desde la de Cuba), no se han identificado aún los factores que han contribuido al éxito o fracaso de las reformas. Este punto importante no puede resolverse en este documento pero debe tener prioridad en la agencia de investigación futura.

B. Impacto de las reformas de salud en los principios

1. Universalidad en la cobertura

a. Conclusiones

i. ***Cobertura legal***. En el seguro social todos los asalariados tienen cobertura legal obligatoria (incluyendo a domésticos y agrícolas) en los cinco países del grupo pionero-alto (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay), así como los pensionados y familiares dependientes. También la tienen igual cinco países del grupo intermedio (Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela); en Ecuador no se ejecuta la cobertura de domésticos y hay fuertes restricciones en la de los familiares dependientes; Bolivia excluye a los domésticos y agrícolas. Todos los países del grupo tardío-bajo (salvo Haití donde virtualmente no hay seguro social) cubren sólo a parte de los asalariados, porque opera sólo en algunas regiones del país y/o excluye a los agrícolas y domésticos legalmente o en la práctica, los pensionados están sometidos a restricciones en un país, y los familiares dependientes en casi todos los países. Los familiares no remunerados, empleados en microempresas, trabajadoras del hogar y otros están excluidos de cobertura legal o ésta se concede sólo voluntariamente o bajo ciertas condiciones a sólo parte del grupo (por ejemplo, desocupados con seguro de desempleo en Uruguay). Las reformas han extendido la cobertura legal en sólo cuatro países: Brasil, Colombia, Cuba y la República Dominicana (en la última sólo parcialmente en vigor), en los otros países no se han introducido cambios legales de importancia en la cobertura. El subsector público en la inmensa mayoría de los países cubre a la población sin recursos no asegurada por el seguro social o el subsector privado. Este último comprende tres tipos: entidades con fines de lucro (medicina prepaga, seguros, hospitales, clínicas y profesionales) que atiende a la población de ingreso alto y medio-superior, especialmente en las zonas urbanas, pero también a la población de bajo ingreso que no tiene acceso efectivo al subsector público en los países menos desarrollados y que paga de su bolsillo; sin fines de lucro (ONG's, iglesias, patronatos, etc.) que asiste a la población pobre y de bajo ingreso; y medicina tradicional, importante en al menos seis países del área andina y centroamericana que atiende a la población pobre, especialmente indígena. Sólo una minoría de países ha establecido metas de cobertura; en Colombia la meta de 100% de cobertura en 2001 no se cumplió.

ii. ***Cobertura estadística***. A más antigüedad del sistema de seguridad social, desarrollo económico social de los países y tamaño del sector formal, mayor la cobertura de la población total y viceversa. Los países con la mayor cobertura circa 2000 (96% a 100%) son los cinco del grupo pionero-alto y dos del grupo intermedio (México y Panamá); en Colombia la cobertura puede ser 100% o 56% según se incluya o excluya la población vinculada, mientras que en Bolivia, Ecuador y Perú la cobertura disminuye a 66-73%; en el grupo tardío-bajo, la cobertura oscila entre 57% y 68% en cinco países (El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay), en otros dos es mayor (72%

en Guatemala y 84% en la República Dominicana). Con cautela debido a la baja veracidad de muchos estimados, la cobertura ponderada de la población total circa 2000 (salvo Venezuela) era 83,6% y, excluyendo Brasil (con 35% de la población total de la región y 100% de cobertura), era 74,2%; la primera estaba por encima de la norma mínima de la OIT de 75% de la población residente, mientras que la segunda era virtualmente igual a dicha norma.

No se pueden comparar los estimados de la cobertura promedio ponderada regional en 1980 y 1990 con 2000, debido a que los dos primeros años excluyen a los subsectores público y privado (así como la cobertura asistencial o no contributiva), pero sí es posible comparar la cobertura del seguro social en los tres años: aumentó de 61,2% en 1980 a 63,8% en 1990, pero disminuyó a 52,4% en 2000. Cuando se excluye al Brasil, los promedios eran 42,7%, 51,8% y 42,7%, respectivamente, el estimado de 2000 igual al de 1980. En la gran mayoría de los países ocurrió un aumento en la cobertura del seguro social entre 1980 y 2000 (incluyendo Colombia, Perú y Chile), mientras que hubo estancamiento en México; pero la disminución del promedio regional se explica por la transferencia de parte de la cobertura en Brasil al subsector privado y la caída en la cobertura de Argentina y Venezuela.

Las tendencias de la cobertura por subsector sólo pudieron detectarse en la mitad de los países: la pública cayó en 6, aumentó en 2 y no cambió en uno; la del seguro social aumentó en 5 países, cayó en 3 y no cambió en 3; la del privado sólo está disponible en 6 países, aumentó en 4 (donde se contrajo la cobertura del público o del seguro social) y se estancó en 2.

Diferentes sistemas de salud han logrado la cobertura universal con distinto tipo de financiamiento, por ejemplo: totalmente público financiado por el presupuesto nacional (Cuba); dual, principalmente público-seguro social financiado con impuestos y transferencias fiscales, combinado con planes privados (Brasil); unificado de seguro social financiado con cotizaciones tripartitas y subsidio fiscal para cubrir a los pobres (Costa Rica); tripartito financiado por cotizaciones y aportes fiscales (Chile); tripartito con la provisión dada por entidades mutualistas o cooperativas privadas sin ánimo de lucro, y financiado por cotizaciones, subsidios fiscales y copagos o primas (Uruguay). La mitad de los países no tiene cobertura universal, se financia el sistema con cotizaciones del seguro social y aportes fiscales insuficientes para el subsector público, lo que fuerza a la población no asegurada o sin acceso efectivo a recurrir a la medicina privada pagando de su bolsillo.

iii. ***Problemas encontrados en el cálculo de la cobertura***. No hay cifras en Cuba, no fue posible hacer un estimado siquiera grueso en Venezuela; y sólo se pudieron hacer estimados gruesos en Bolivia, Ecuador, Haití, Perú y República Dominicana. Otras dificultades enfrentadas fueron: ausencia de estimados de cobertura efectiva del subsector público (5 países); dificultad o imposibilidad de estimar el subsector privado (4 países) y la categoría "otros" (6 países); sobreestimación por doble cobertura del seguro social y/o la total (4 países); cifras dudosas o contradictorias sobre los no asegurados (3 países), y estimaciones obsoletas (11 años viejas en Ecuador, 7 años en Bolivia, y 5 años en otros seis países, sólo en cuatro se pudieron hacer estimados para 2003-2004; contradicciones notables entre diversos estimados (a veces en un mismo documento), y falta de criterios uniformes en las encuestas para categorizar los diversos segmentos de la población cubiertos por los tres subsectores.[229]

iv. ***Cobertura antes y después de la reforma***. Sólo en 8 países pudo hacerse una comparación gruesa en la cobertura de la población total antes de la reforma y en 2000-2003: en 4 de ellos no hubo cambio (Argentina, Costa Rica, México y Panamá, todos con cobertura virtualmente

[229] No existen series históricas de cobertura estadística en América Latina. La OIT ha efectuado 20 casos de estudio de cobertura (incluyendo a varios países de la región) y la Conferencia de 2001 dio máxima prioridad a la extensión de la cobertura y a la necesidad de compilar estadísticas. La AISS hizo un estudio en 2003 con cálculos de la cobertura de 15 países del mundo, incluyendo Costa Rica, México y Uruguay pero no ha sido publicado (Ginneken 2002; OIT 2002b; AISS 2003b).

universal); en 3 ocurrió un incremento (Chile y Uruguay, que tenían cobertura virtualmente universal antes de la reforma, y Guatemala que parece haberla aumentado significativamente pero hay dudas sobre las cifras), en Colombia puede haber ocurrido un incremento o una caída según ya se ha explicado; en Brasil no se pudo hacer la comparación con la situación antes de la reforma pero en los últimos 5 años se ha mantenido universal En 12 países no fue posible hacer comparación alguna debido a la falta de estadísticas antes de la reforma o porque sólo fue posible una observación o por causa de fallas serias en los estimados de cobertura resumidas en la sección anterior. Los cambios en la afiliación entre los subsectores o regímenes antes y después de la reforma (Colombia), o la considerable multiplicidad de seguros antes de la reforma (Chile) también obstaculizaron la comparación. Por tanto, no puede llegarse a ninguna conclusión sobre el impacto de la reforma en la cobertura total.

v. ***Cobertura urbano-rural, por unidades geográficas y etnias***. En 4 países no se pudo obtener información sobre estas diferencias y en otros 5 sólo parcialmente; en tres países las diferencias eran nulas o muy pequeñas (Costa Rica, Cuba y Uruguay). Entre los 10 países en que se obtuvieron datos, la razón extrema entre la unidad geográfica mejor y peor cubiertas por el seguro social aumentaba según el país estaba en el grupo pionero-alto, intermedio o tardío-bajo, como sigue: 1.2 en Brasil (paquete básico), 1,4 en Argentina y Chile, 2 en Colombia, 4,9 en Panamá, 37,5 en Paraguay, 107 en Ecuador, 350 en Honduras y 400 en Nicaragua. Las unidades geográficas mejor cubiertas eran las más desarrolladas y urbanizadas, mientras que las peor o no cubiertas eran las menos desarrolladas, rurales y pobres; en los países con una proporción considerable de población indígena, ésta se concentra en las unidades más pobres, rurales y peor cubiertas. Sólo se logró información comparativa en el impacto de las reformas en las diferencias en la cobertura en Colombia: la razón extrema entre el departamento mejor y peor cubierto bajó de 2,8 a 2 veces entre 1993 y 2003, mientras que la razón en las diferencias urbano-rurales disminuyó de 4,4 a 1,3 veces, no obstante se incrementaron las diferencias entre las cabeceras urbanas y las rurales y había desigualdades en cuanto a necesidades satisfechas en el régimen subsidiado.

vi. ***Cobertura por nivel de ingreso***. Estadísticas de 12 países sobre la población cubierta por el seguro social por quintiles de ingreso en 1996-2002 demuestran (sin excepción) que según aumenta el ingreso también se incrementa la cobertura del seguro social y viceversa; además en los países que hay información (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana), esa tendencia se acentúa mucho más respecto a la cobertura por el subsector privado. Las cifras de Brasil muestran una relación igualmente positiva entre escolaridad y uso de los servicios privados, y las de Chile indican que según aumenta la edad se reduce la cobertura privada y crece la pública. Aunque haría falta más información de otros países, lo anterior plantea dudas sobre la capacidad del subsector privado para extender la cobertura entre los grupos de menor ingreso y educación, y entre los de mayor edad. Las cifras de cobertura entre los quintiles de menor ingreso han sido sobreestimadas en la mayoría de los países basado en cinco razones de peso analizadas en este documento. La comparación del impacto de la reforma en la distribución de la cobertura por quintiles fue sólo posible en Colombia: entre 1993 cuando comenzó la reforma y 1997 aumentaron notablemente los porcentajes de cobertura en todos los quintiles, pero en 2000 descendieron en todos, aunque eran todavía muy superiores a las de 1993. En Bolivia la comparación entre 1996 y 2000 mostró una caída en la cobertura en todos los quintiles de ingreso.

vii. ***Cobertura de independientes y otros grupos informales***. La mayoría de la fuerza laboral en la región es informal y/o dispersa en las zonas rurales, con empleo inestable, salario bajo y reducida capacidad de cotizar, por lo cual es muy difícil extender la cobertura del seguro social. El sector informal creció de 42% a 47% del empleo urbano entre 1990 y 2000 (en parte debido a la flexibilización laboral, la globalización y la creciente competencia mundial), dicho sector es mucho mayor en los países de los grupos tardío-bajo e intermedio menos desarrollados que tienen la cobertura más baja. Los trabajadores independientes, el grupo más importante del sector informal son excluidos en 4 países (El Salvador, Guatemala, Haití y República Dominicana), tienen cobertura legal

obligatoria en sólo cuatro países (Brasil, Cuba, Colombia, y Paraguay, pero no se ejecuta en los dos últimos) y voluntaria en los 12 restantes; en Costa Rica los independientes de bajo ingreso reciben subsidios fiscales; leyes recientes o proyectos de ley la hacen obligatoria en Costa Rica, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Los independientes son muy difíciles de incorporar, debido a que deben aportar su cotización más la del empleador (que no tienen), su empleo es inestable y su salario bajo, y es muy complejo afiliarlos y cobrar sus cotizaciones. La cobertura de los independientes es mayor en el grupo pionero-alto: 74% en Chile (en el subsector público, sólo 1.7% en el privado) y entre 36% y 45% en Argentina, Costa Rica y Uruguay; baja a 4-17% en cuatro países del grupo intermedio y a 1-4% en tres países del grupo tardío bajo. Estas cifras sugieren que la obligatoriedad no resuelve el problema, pero subsidios como los otorgados en Costa Rica pueden incentivar la cobertura.

En los países menos desarrollados, la población rural y la fuerza laboral agrícola fluctúan entre 29% y 55% y es también difícil de incorporar por la naturaleza de su relación laboral, su dispersión y bajísimo ingreso. Los servidores domésticos tienen cobertura obligatoria en 13 países, voluntaria en uno y son excluidos en 6, pero la obligatoriedad por sí sola no es efectiva como muestran las escasas cifras de cobertura: 31% en Uruguay, 27% en Colombia, 13% en Ecuador, 11% en Panamá y 3% en Paraguay. La mitad de los países excluye a los trabajadores agrícolas y no es de extrañar que haya pocas cifras de cobertura: 1,5% en Ecuador (pero 20% en el seguro campesino), 3-6% en México (pero 10% de la población en IMSS-Oportunidades) y 2% en Honduras. Los empleados en microempresas estaban cubiertos en 51% en Argentina pero 4% en México.

viii. ***Acceso y utilización****.* No se pudo obtener información sobre acceso en tres países y la información conseguida de los otros 17 es muy diversa. Las encuestas recientes muestran un rango de 4-62% en el porcentaje de la población que habiéndose enfermado o accidentado no procuró atención; dicho porcentaje aumenta según se pasa del grupo pionero-alto al intermedio o tardío-bajo (de Uruguay a la República Dominicana. Las razones más frecuentemente dadas para no atenderse en siete países fueron: falta de dinero, unidad de atención muy lejana o larga cola o espera, automedicación o utilización de remedios caseros, dolencia percibida como menor, falta de atención o atención deficiente o de confianza en la misma, falta de medicinas o médico, muy cara la atención, no le dieron turno o no lo atendieron o los trámites eran complejos y falta de información. De los que consultaron, la mayoría acudió al subsector público, pero entre 32% y 54% recurrió al subsector privado en cinco países del grupo tardío bajo; la proporción menor se atendió en el seguro social; 40-48% se trató por medicina tradicional en dos países. En vista a la alta incidencia de pobreza en la mayoría de estos países, es abrumadora la necesidad de pagar medicina privada por falta de acceso a los subsectores público o de seguro social. En Chile, las ISAPRES privadas no garantizan el acceso en enfermedades catastróficas, restringen el acceso por enfermedades preexistentes, excluyen ciertas patologías y fijan topes al reembolso

Información de algunos países indica que el acceso en las zonas rurales es mucho menor que en las urbanas y la capital; el acceso medido por encuestas es inferior a la cobertura del seguro social; el acceso de los que tienen recursos es inmediato pero los que no tienen recursos deben esperar largo tiempo; hay una alta correlación entre el ingreso y el uso de los servicios; y el acceso de los familiares dependientes es mucho menor que el de los asegurados (en un país, debido a las restricciones impuestas a cónyuges e hijos). El acceso de la población indígena es el peor en cuatro países: entre 30% y 90% usa la medicina tradicional o autotratamiento; el acceso de los indígenas es la mitad del acceso al seguro social de la población no indígena; 54% no tiene acceso a agua potable en la vivienda y 79% no tiene tanque séptico. Evidencia de cinco países muestra que el paquete básico ha sido un factor importante en facilitar y extender el acceso, pero con ciertos problemas: persisten las barreras geográficas y étnicas; no hay acceso adecuado a medicinas; ha mejorado el acceso al primer nivel pero hay dificultades con la referencia y contrarreferencia; un tercio de la

población no tiene acceso; 99% de la población tiene acceso al primer nivel de atención por el médico de familia pero éste carece de medicinas básicas, etc.

ix. ***Causas de la falta de cobertura e incumplimiento de metas.*** La baja cobertura en la mitad de los países se debe a factores externos e internos. Los externos son: macroeconómicos (nivel de desarrollo, incidencia de pobreza, desempleo, subempleo, informalidad), políticos (inestabilidad, falta de compromiso, crisis), culturales (analfabetismo, diferencias étnicas), sociales (inequidad de género), geográficos (población rural, zonas de pobre desarrollo), epidemiológicas (diversas etapas en la transición) y financieros (escasez de recursos fiscales, alto costo de la protección, falta de solidaridad). El principal factor interno es el modelo de provisión que no es neutro sino que puede determinar el grado de exclusión (segmentación sin coordinación, regulación débil). En los países del grupo pionero-alto, el seguro social se desarrolló más temprano y extendió su ámbito, también articularon o integraron mejor sus sistemas y alcanzaron los niveles más altos de cobertura; por el contrario, el grupo tardío-bajo sufrió un rezago del seguro social y baja cobertura (en algunos países aún no se ha extendido a todas las unidades geográficas del país), así como dificultades para articular o integrar el sistema y, en muchos de ellos hay una población indígena-rural extensa. También los mecanismos de asignación y distribución de recursos juegan un papel importante en la extensión de la cobertura, como el gasto superior de los seguros social y privado en relación con el subsector público que tiene a su cargo la cobertura de la mayoría de la población pero recursos insuficientes, el descreme financiero de los seguros privados y la magnitud del gasto de bolsillo entre los grupos de bajo ingreso, y la ausencia o insuficiencia de regulación de algunos de estos problemas agrava la situación.

Los factores facilitadores de la cobertura se comprobaron en cuatro países que han alcanzado la universalidad en el grupo pionero-alto, los cuales tienen importantes características en común, pero diferentes modelos de salud: Cuba (público unificado), Costa Rica (seguro social unificado), Chile (dual: público-seguro social y privado) y Uruguay (tres subsectores con provisión a través de entidades privadas sin ánimo de lucro). Por el contrario, los factores negativos fueron documentados en ocho países con cobertura baja o muy baja, cuatro del grupo intermedio (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) y cuatro del grupo tardío-bajo (El Salvador, Haití, Honduras y República Dominicana).

Los factores que impidieron el cumplimiento de la meta de cobertura universal en Colombia en 2001 fueron: falta de consenso político; recesión económica y alto desempleo en parte causado por la guerra civil; gasto público de salud insuficiente y no cambio de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda; posposición de la entrada del régimen subsidiado y retraso en la asignación de sus recursos; inadecuado sistema de información para determinar la población pobre elegible para recibir subsidios (los municipios menos desarrollados identificaron una proporción mucho menor que la capital); desvío de recursos inicialmente asignados a los pobres para aumentar los salarios del personal médico; y régimen contributivo cada vez más excluyente debido a restricciones y afectado por creciente evasión, morosidad y subdeclaración.

b. Políticas

i. ***Necesidad de desarrollar estadísticas fidedignas de cobertura.*** Una de las principales dificultades encontradas en este documento ha sido la estimación de la cobertura de la población por todo el sistema de salud y sus tres subsectores, de hecho esta tarea ha sido imposible en muchos países y mucho más ardua que la medición de la cobertura de la fuerza de trabajo por pensiones. En vista al vacío fundamental sobre cálculos de cobertura, es esencial que los organismos internacionales y regionales (OIT, OMS, OPS, CEPAL, BID, Banco Mundial) unan esfuerzos de manera coordinada para desarrollar series estadísticas normalizadas y confiables sobre la cobertura poblacional y su evolución a través del tiempo por los tres subsectores, así como de quienes son los excluidos y sus características (económicas, sociales y de salud), lo cual es

imprescindible para diseñar políticas de extensión, estimar los costos de la misma y definir prioridades. En los países hay que establecer sistemas de información modernos, automatizados e integrados, así como un registro unificado de todos los asegurados (trabajadores y, especialmente, sus familiares dependientes) que se actualice periódicamente, para lo cual debe ser desconcentrado a fin de capturar y actualizar los datos en todos los puntos de contacto con el afiliado. También en muchos países se necesita un carné de identidad para todos los afiliados, con información básica sobre el mismo, que se renueve cada cierto tiempo. Es notable que haya series estadísticas normalizadas y semestrales de cobertura en la mitad de los países de la región sobre las pensiones privadas pero, a pesar del desarrollo del subsector privado de salud en muchos de estos países, no haya siquiera estimados del número de sus asegurados o usuarios, lo cual es esencial para desarrollar un mejor control y supervisión de sus servicios.

ii. ***Cómo lograr la universalidad***. La seguridad social en la región no se ha ajustado a los procesos de transformación del mercado laboral y debe hacerlo, porque posiblemente continuarán y afectarán adversamente a la cobertura. Hay varios enfoques generales diversos de políticas para extender la protección o cobertura.

El enfoque del Banco Mundial combina diversos medios de protección: el seguro social, los proveedores y seguros privados y, subsidiariamente, el Estado el cual ha de focalizar los recursos públicos disponibles de manera eficiente en la protección de los pobres y otros grupos vulnerables (mediante un paquete básico de atención), así como promover el crecimiento económico y la educación, y crear y fomentar un entorno favorable al desarrollo de mecanismos de protección privada que facilitarían la universalización de la cobertura (Banco Mundial 1993). Sin embargo, información de varios países indica que según disminuye el ingreso y aumenta la edad, crece la cobertura por el subsector público y disminuye la del privado, de manera que el público se queda con la población pobre, anciana y de alto riesgo, mientras que el privado se concentra en los jóvenes, los de mayor ingreso y menor riesgo, lo cual plantea no sólo un problema de equidad sino también de financiamiento. En un documento reciente dedicado a pensiones, el Banco afirma que "la única forma sostenible de extender la cobertura en América Latina es a través de políticas que incrementen el crecimiento económico, no la cobertura de la seguridad social" (Gill, Packard y Yermo 2005: 274). La versión preliminar de un nuevo documento del Banco sobre salud en la región fue recibido cuando este documento estaba ya virtualmente terminado y no se ha podido analizar aquí (Baeza y Packard 2005).

La OIT recomienda tres formas complementarias de protección: el seguro y la asistencia social como mecanismos convencionales; la promoción de programas descentralizados independientes, basados en la iniciativa local o comunal, el auto-financiamiento y la auto-gestión (especialmente el microseguro), y el diseño de mecanismos que conecten todas las formas de protección social. En los países en desarrollo de ingreso medio (los del grupo pionero-alto y varios del grupo intermedio latinoamericano) el Estado y el seguro social juegan un papel central, aunque es necesario adaptar el seguro para incorporar a grupos de trabajadores como los independientes y otorgar subsidios para proteger a grupos de bajo ingreso que no están asegurados. En los países de bajo ingreso (los del grupo tardío-bajo en la región), la capacidad de extender la cobertura del Estado y el seguro social es limitada, el seguro debe reestructurarse para mejorar la cobertura de sus asegurados, pero los mecanismos descentralizados tienen el mayor potencial. La OIT y la OPS han firmado un acuerdo para promover una iniciativa regional que apoye a los países miembros en sus esfuerzos para extender la protección social en salud a los grupos excluidos y garantizar el acceso universal a los servicios, de forma independiente a la capacidad de pago de las personas (Cruz-Saco 2002; Reynaud 2002; OIT 2002b; Ginneken 2003).

La OPS aconseja que las autoridades de salud garanticen a toda la población cobertura básica universal, con independencia de su capacidad de pago, para disminuir las desigualdades en el acceso a servicios de salud necesarios y de calidad, para lo cual hay que proveer cobertura efectiva

a los grupos excluidos, especialmente los del sector informal y los marginados. A ese efecto sugiere utilizar modalidades, a veces combinadas, de cinco estrategias practicadas en la región, cuyas bondades y limitaciones se resumen a continuación, con algunos ejemplos exitosos apuntados por el autor. (i) Seguro social no contributivo para los pobres y grupos de bajo ingreso, los cuales pueden tener éxito a corto plazo pero carecen de sostenibilidad financiera a largo plazo, porque usualmente son financiados con fondos externos temporales, no están propiamente integrados al sistema general de salud y ofrecen atención desigual. Costa Rica es un ejemplo exitoso ya que su programa no contributivo es financiado con transferencias fiscales, está integrado al subsector unificado de seguro social, no discrimina en el trato y lleva más de 30 años en funcionamiento. (ii) Seguro voluntario con subsidios fiscales para ciertos grupos de la población, estos funcionan mientras el gobierno continúa proporcionando los fondos necesarios y pueden también proveer atención de salud inferior a la del sistema general. El programa costarricense de subsidios a los trabajadores por cuenta propia de bajo ingreso que se afilian voluntariamente al seguro social ha tenido éxito, ya que ha logrado la segunda coberturas más alta de este grupo en la región, no adolece de trato diferenciado y lleva muchos años operando. (iii) Programa comunitario administrado por los propios usuarios en áreas que sufren exclusión notable y donde no han tenido éxito los seguros convencionales, la ventaja de estos es su adaptación a las necesidades de la comunidad y la autogestión, pero requieren coordinación adecuada con los servicios públicos, fuentes diversas y sustentables de financiamiento y capacidad gestora. Un ejemplo interesante fue el de Villa El Salvador, un pueblo joven en las afueras de Lima, que a partir de 1985 organizó un programa comunitario autogestionado de salud con éxito, apoyado por las autoridades sanitarias del país y organismos internacionales. (iv) Sistema público al que accede la mayoría de la población, usualmente combinado con un programa privado complementario, con diversas fuentes de financiamiento (incluyendo contribuciones e impuestos): su principal limitante es la falta de acceso garantizado a niveles superiores. El sistema unificado de salud en Brasil es un ejemplo exitoso de la combinación público con privado complementario, y el de Chile de la combinación público-seguro social y privado alternativo; también el sistema nacional de salud público de Cuba, pero sin privado complementario o alternativo. (v) Expansión de servicios específicos a ciertos grupos de la población, un enfoque factible a corto plazo pero con el limitante de la escasa sostenibilidad. En todo caso hay que cambiar el énfasis hacia la promoción de la salud y la atención primaria, garantizando la continuidad de la atención entre niveles y subsectores y reforzando la demanda de la población con mayor riesgo de exclusión (OPS 2002a).

El BID en su estrategia de salud para la región recién diseñada establece como prioridades: la inclusión de los pobres, los grupos de menor ingreso y otros excluidos como pueblos indígenas y comunidades étnicamente o culturalmente no integradas o discriminados por su género. También la reducción de las inequidades en la cobertura y calidad de la atención entre grupos de mayor y menor ingreso. Para lograr dichos objetivos el Banco promete intensificar sus esfuerzos para mejorar la cobertura de los programas de salud pública, tales como vigilancia sanitaria, epidemiológica, ambiental, promoción de la salud, prevención de enfermedades transmisibles y crónicas nos transmisibles, extensión de la cobertura de agua potable, saneamiento básico y recolección y disposición de residuos sólidos, y mitigación de los efectos de desastres naturales. Además intentará proteger el gasto en programas prioritarios de salud en períodos de restricción fiscal y ajuste macroeconómico (BID 2004b).

La CEPAL recomienda avanzar hacia un seguro universal obligatorio de salud al cual tenga acceso toda la población con independencia de su inserción laboral, capacidad de cotización y nivel de riesgo. Los que no puedan cotizar o sólo hacerlo parcialmente deben ser subsidiados mediante un fondo de solidaridad (Titelman 2000).

iii. ***Recomendaciones específicas de extensión para los países***. Los países del grupo pionero-alto, así como México y Panamá en el grupo intermedio, han alcanzado virtualmente la universalidad en la cobertura, aunque confronten problemas de acceso, pero en los otros 13 países

entre 24% y 43% de la población carece de cobertura efectiva y una proporción mayor de acceso. Los gobiernos deberían universalizar sus programas de salud para que cubran a toda la población, dando prioridad en el subsector público que es el que puede incorporar a los excluidos pero requiere mayor apoyo fiscal. Los sindicatos, asociaciones de campesinos, de mujeres y otros grupos sociales tendrían que tomar conciencia del grave problema de la falta de cobertura y presionar al gobierno y los partidos políticos para que tomen acción.

En los países del grupo tardío-bajo, los menos desarrollados del grupo intermedio y uno del grupo pionero-alto se recomiendan las siguientes medidas prioritarias para extender la cobertura. Los ocho países que restringen la cobertura del seguro social a los hijos por edad (hasta 1 año en Ecuador y República Dominicana, 5 años en Guatemala, 6 años en El Salvador y Nicaragua, 9 años en Uruguay y 11 años en Honduras) deberían extender dicha cobertura hasta los 18 años, la incidencia de enfermedad en este grupo de edad es muy baja lo cual ayudaría en los costos, pero es necesario un estudio financiero-actuarial previo y realizar los ajustes necesarios en la cotización (El Salvador acordó la extensión hasta los 12 años a fines de 2004). La cónyuge o compañera del asegurado recibe sólo atención en maternidad y el puerperio en el seguro social de 5 países (El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana y Uruguay), y debería extenderse dicha cobertura a la enfermedad (en Ecuador la recibe en enfermedad pero no en maternidad), sin discriminación con los servicios que reciben los asegurados. De igual forma el cónyuge o compañero dependiente de una asegurada debería estar cubierto por el seguro de enfermedad. En Nicaragua todos los pensionados deberían ser cubiertos por las mismas prestaciones que los asegurados (en vez de por un minipaquete básico otorgado a sólo parte de ellos), para ello podría cobrarse una cotización sobre la pensión como se hace en 10 países.

iv. ***Grupos difíciles de incorporar***. Las reformas de salud, cualquiera que sea su modelo, deberían tener como primera meta la universalización de la cobertura de toda la población, enfrentando las dificultades para incorporar a grupos difíciles como independientes, domésticos, empleados de microempresas y otros informales, rurales-agrícolas y la población indígena. Con algunas excepciones notables, la rigidez de las instituciones gestoras de la seguridad social en América Latina no ha facilitado la incorporación de dichos grupos, una actitud que debería cambiar. Se necesitaría un plan bien concebido por el ministerio de salud conjuntamente con el seguro social o por el gobierno (con participación de las partes involucradas, respaldo de un estudio de factibilidad y un cronograma de implantación gradual), que introduzca flexibilidad en la incorporación, así como en las cotizaciones y prestaciones, para ajustarlas a la capacidad de pago y necesidades de estos grupos e incentivos para la afiliación. Por ejemplo, pagos trimestrales en vez de mensuales; opción de afiliarse a un programa que sea prioritario (especialmente salud) en vez de obligar la entrada en todos los programas (incluyendo pensiones, etc.); seguros voluntarios con planes alternativos ajustados a la capacidad contributiva de los trabajadores y sus familias; fomento y apoyo de asociaciones o sindicatos de independientes, servidores domésticos, etc. o cooperativas de campesinos o agrícolas u ONG's que se encarguen de la afiliación y recaudación de las cotizaciones de sus miembros o creación de un programa público que realice estas funciones cobrando comisiones razonables; descuento de las cotizaciones de los impuestos (en Chile no son deducibles para independientes pero sí para asalariados), combinado con incentivos para promover la formalización. También habría que considerar la cobertura obligatoria de los trabajadores independientes, como ya existe en cuatro países y se estipula en las leyes de reforma de otros cuatro que esperemos entren pronto en vigor. La obligatoriedad podría ayudar pero no resolvería por sí sola el problema, de ahí que sea necesario evaluar la viabilidad financiera de un subsidio estatal (como en Costa Rica) o una cotización de solidaridad (como en Colombia) destinada a los trabajadores de bajo ingreso, especialmente los que carecen de empleador, para incentivar su afiliación y reducir el número carente de aseguramiento que tiene que ser atendidos en el subsector público o pagar de su bolsillo en el privado.

La cobertura de los servidores domésticos es obligatoria en 13 países pero se ha visto que aún así es baja en los mismos; aunque es muy difícil inspeccionar y ejecutar la ley (a más del riesgo de despido del trabajador por denuncia de incumplimiento), es necesario realizar un mayor esfuerzo unido a una campaña de divulgación por los medios de comunicación y protección del empleo de los que reporten la falta de cobertura; podrían considerarse incentivos fiscales a los de bajo ingreso que es la mayoría. Las políticas de extensión de coberturas a estos grupos deben ser respaldadas por estudios financieros, para evitar que agraven el déficit fiscal; sin embargo, en algunos países del grupo tardío-bajo, se ha demostrado que hay capacidad tributaria suficiente para extender la cobertura, por ejemplo, en El Salvador, dicha carga tributaria era 10% en 2002, la menor de Centroamérica. Con respecto a los campesinos y otros trabajadores agrícolas, debería hacerse un estudio comparativo entre los programas de Ecuador (Seguro Social Campesino) y México (IMSS-Oportunidades); el primero no focaliza a la población pobre sino que se basa en factibilidad y organización de la comunidad, mientras que el segundo se asienta en criterios de pobreza y aislamiento; una evaluación comparativa del desempeño de ambos programas identificaría sus avances y fallas con el fin de poder replicarlos en otros países. En los países en que las recomendaciones anteriores no fuesen factibles, habría que estimular y apoyar el microseguro, las asociaciones de trabajadores independientes y campesinos, otorgando incentivos a los mismos y coordinándolos o integrándolos gradualmente al seguro social, con paquetes de cotizaciones y prestaciones ajustados. En los países más pobres la única alternativa podría ser fomentar la ayuda familiar con algún tipo de incentivo.

v. ***Reducción de las desigualdades en cobertura geográfica y poblaciones indígenas.*** Las considerables diferencias en la cobertura por unidades geográficas en los países del grupo tardío-bajo y dos del grupo intermedio, requieren un plan bien estudiado y financiado para reducirlas, con focalización. Aunque algunos países han extendido gradualmente la cobertura del seguro social a todas la unidades geográficas del país (México es un ejemplo aunque aun subsiste una brecha con las mejores cubiertas), en Guatemala y Honduras buena parte de los departamentos carece de cobertura. Será muy difícil que el seguro social pueda por si sólo lograr ese cometido por lo que sería aconsejable que aunase fuerzas con el subsector público. Es valiosa la experiencia de Colombia que en pocos años ha conseguido reducir las diferencias, pero en este país no eran tan pronunciadas como en los dos mencionados. La incorporación de la población indígena requiere también la focalización en las unidades geográficas donde ellos se concentran, con la focalización y extensión del paquete básico y fuertes subsidios fiscales. En Chile 74% de esta población está cubierta por el subsector público-seguro social y 47% de ellos que son indigentes están exentos de pago

vi. ***Acceso.*** Las encuestas de hogares muestran que en varios países (la mayoría en los grupos tardío-bajo e intermedio) un porcentaje muy alto de la población que se enferma no procura atención por falta de recursos o deficiencias en los servicios o barreras geográficas, étnicas o culturales, y un porcentaje también alto se ve obligado a pagar por servicios privados de su bolsillo por la falta de acceso a los públicos o de seguro social. Los pobres, las zonas rurales y las poblaciones indígenas son las que tienen peor acceso. Por otra parte, el paquete básico es un instrumento que ha facilitado el acceso al primer nivel aunque con ciertos problemas en varios países. Es aconsejable, por tanto, universalizar el paquete básico dando prioridad a los pobres, las zonas rurales y las poblaciones indígenas, asignándole los recursos fiscales necesarios. Otras recomendaciones aplicables al acceso han sido explicadas en esta sección o lo serán en la del paquete básico.[230]

[230] Para otras recomendaciones de políticas en esta sección ver Mesa-Lago 1992, 2000a, 2000c, 2001a, 2001b, 2003a, 2005a; OPS 1993; Dávila y Guijarro 2000; Durán 2003.

2. Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

a. Conclusiones

i. Equidad. Opera la equidad en sus cuatros ángulos cuando no existen desigualdades significativas por ingreso, género, edad, étnia y ubicación geográfica, respecto a la cobertura/acceso a los servicios, financiamiento (cada cual aporta según su capacidad de pago sin tener en cuenta el riesgo de salud), prestaciones (atención de acuerdo a las necesidades) y niveles de salud. La OMS ha utilizado dos indicadores para medir la equidad: la justicia en el financiamiento (imparcialidad del sistema respecto a la carga financiera y su protección de riesgos) y el nivel general de salud del país e igualdad en su distribución. Una evaluación de la región por la OPS concluye que sólo 9 países han incorporado algunos mecanismos de equidad, se han reducido algo las desigualdades en la cobertura en varios países, pero sólo una minoría ha disminuido las inequidades en la distribución. Otro punto de vista es que las reformas no sólo no han mejorado la equidad sino que han profundizado la segmentación en función del ingreso debido a la selección de riesgos (descreme) practicado por las aseguradoras/proveedoras privadas, ya que éstas se concentran en la población joven, de ingreso medio y alto, y de bajo riesgo de salud, dejando al subsector público la población pobre y de bajo ingreso, anciana y con mayor incidencia de riesgo. Estos grupos sólo se vuelven atractivos a las entidades privadas cuando se reduce el nivel de las prestaciones (paquete básico) y se provee un subsidio fiscal.. La segmentación también se incrementa cuando el seguro social (uno o varios) ofrece un conjunto de prestaciones superior al del subsector público y recibe subsidios fiscales y cuando grupos poderosos han mantenido programas de salud separados que son privilegiados.

ii. ***Homologación de las condiciones y subsistencia de programas separados.*** Las reformas de salud, en general, con poquísimas excepciones, no han homologado las prestaciones de salud y en la mayoría de los países han mantenido los sistemas tripartitos (público, seguro social y privado, promoviendo el último) por lo que continúa o se ha aumentado la segmentación con diferencias injustificadas y erosionando el principio de igualdad de trato. Los cubiertos por los programas separados no cotizan al sistema general, gozan de prestaciones usualmente superiores y reciben subsidios fiscales. A mayor segmentación del sistema y un número mayor de programas separados, menor la igualdad. “El fraccionamiento de los sistemas nacionales de solidaridad en grupos pequeños crea inevitablemente una disparidad más amplia de los niveles de las prestaciones...” (OIT 2002b: 100).

Los tres países con la atención de salud más homologada son Cuba, Costa Rica y Panamá, el primero por el sistema público y los otros dos por el seguro social unificado, aunque manteniendo ciertas desigualdades en los tres países. El sistema unido de Brasil fusionó los servicios de varios seguros sociales y el ministerio, pero la independencia de estados y municipios mantiene diferencias aunque amortiguadas por el paquete básico y el fondo de compensación. En Colombia y Chile, la reforma fusionó una multiplicidad de seguros sociales de salud con prestaciones diversas y estableció normas relativamente homogéneas pero con notables excepciones: en Colombia entre los regímenes contributivo y subsidiado (paquete básico, unidad de capitación, prestaciones) y la aseguradora pública concentra la población de menor ingreso y mayor riesgo; en Chile el subsector público-seguro social básicamente otorga atención uniforme pero ésta varía notablemente entre las aseguradoras privada, las cuales se concentran en la población de mayor ingreso y menor riesgo, dejando al público la población pobre y de bajo ingreso con los riesgos mayores. En Argentina la reforma redujo las mayores desigualdades entre las entidades de seguro social (OS) mediante el paquete básico y el fondo de compensación, pero no eliminó las diferencias notables entre los tres subsectores, así como entre varios tipos de OS. En Perú el ministerio ofrece atención básica a los pobres, mientras que el seguro social otorga atención integral, las proveedoras (EPS) no pueden rechazar a afiliados.

Los países con sistemas más segmentados sufren las mayores desigualdades. En ocho de ellos, la mayoría en el grupo tardío-bajo subsisten los tres subsectores con desigualdades notables en sus servicios; además, en Ecuador entre el seguro social campesino (atención primaria) y el seguro social general (atención integral); en Nicaragua entre las prestaciones ofrecidas por las proveedoras mayores y las más pequeñas; y en la República Dominicana expandidas por las "igualas" privadas según las primas cargadas. En Uruguay hay diferencias importantes entre los servicios del ministerio (que cubre a los no asegurados), los directos del seguro social en maternidad entre la capital y el interior, las entidades privadas proveedoras (IAMC) basadas en los copagos, y los seguros parciales y emergencias móviles según las primas cobradas (un elemento compensador es la atención de alta complejidad financiada por un fondo común). En México hay cinco seguros sociales con diferencias considerables en sus prestaciones, aún dentro de cada uno ellos, así como con los servicios de las secretarías de salud federal y de los estados y municipios, y los servicios privados. Bolivia parece ser el país con mayor desigualdad: 14 seguros sociales que cubren a una minoría de la población con diversas prestaciones, el ministerio a cargo a los pobres con los servicios peores, y los seguros e instalaciones privadas que cubren al estrato de mayor ingreso. Las fuerzas armadas en todos los países (salvo Costa Rica y Panamá) tienen programas separados con cobertura de familiares dependientes y prestaciones más generosos que los de los subsectores público y de seguro social, financiadas en gran parte con subsidios fiscales. También hay programas separados para otros grupos poderosos en 18 países: policía/seguridad interna, funcionarios públicos, congreso, poder judicial, magisterio, universidades, petróleo, turistas).

iii. ***Desigualdades en la asignación de recursos/gastos por ingreso, unidades geográficas y étnias.*** Se resumió el ordenamiento hecho por la OMS de los 20 países de la región, en un contexto mundial, respecto a la equidad (financiamiento justo), y se notaron tres resultados sorprendentes: Haití se ordenó 12^{o} lugar en la región, Brasil en el último lugar, y Chile empató con Bolivia en el 14 ^{o} lugar. Se contrastaron estos ordenamientos con cifras de los países sobre desigualdades en la asignación de recursos/gastos de salud por niveles de ingreso, unidades geográficas y étnias (no se obtuvo información de dos países y sólo parcial en otros siete).

El análisis del ordenamiento de la OMS de cinco países del grupo pionero alto e intermedio levanta serias dudas. En Colombia la reforma aumentó el gasto público y lo focalizó mejor en los municipios pobres en 1994-1997 reduciendo su brecha con los ricos, pero la equidad en el financiamiento empeoró con posterioridad: la razón entre el gasto del decil mas rico y el más pobre aumentó, el gasto de bolsillo disminuyó pero de forma desigual, y el gasto de medicinas declinó pero los precios aumentaron después de 1999. En Cuba el sistema de salud es universal y gratuito, la población sólo paga por las medicinas no recetadas durante la hospitalización y la atención se hace de acuerdo con las necesidades, pero la crisis ha provocado una severa escasez de medicinas parte de las cuales deben ser compradas por las familias en tiendas de divisas. En Costa Rica el quintil más pobre recibió 20 veces más en servicios que su aporte, mientras que lo opuesto ocurrió al quintil más rico, la cobertura es universal y los pobres están cubiertos gratuitamente por transferencias fiscales. En Chile los subsidios fiscales focalizados en grupos pobres y de bajo ingreso hace que ellos reciban prestaciones por un costo mucho mayor que sus pagos, mientras que lo opuesto ocurre a los afiliados de altos ingresos, pero hay subsidios con un efecto opuesto que reciben free riders y grupos con capacidad de pago, los cuales utilizan los servicios públicos, incluyendo afiliados a las aseguradoras privadas debido al descreme practicado por ellas; algunas de estas inequidades han sido reducidas por leyes aprobadas en 2004 y 2005**.** En Brasil había claros indicios de desigualdad en 1987-1995, pero se aduce que ésta disminuyó en 1995-2002 debido al aumento de la asignación a la atención primaria mediante la extensión del programa de salud de familia y del paquete básico (este último realmente se estancó), el gasto de bolsillo de las familias subió, el decil más pobre pagó proporcionalmente más y recibió menos que el decil más rico, y 82% del gasto privado del decil más pobre fue a medicinas versus 42% en el decil más rico. El gasto directo de las familias (que tiene un fuerte impacto regresivo) en Chile fue inferior al de siete países

ordenados por encima, mientras que en Brasil ocho países tuvieron un gasto de familias mayor pero fueron ordenados por encima.

A pesar de una mejoría en los promedios nacionales en los indicadores de salud en la mayoría de los países (ver sección G), aún continúan desigualdades notables en la distribución de recursos e indicadores de salud por unidades geográficas; los indicadores que siguen comparan la unidad más rica con la más pobre: en Argentina la mortalidad infantil era menos de la mitad y la esperanza de vida 3 años más; en Brasil el gasto público era entre 2 y 6 veces mayor y la tasa de médicos 5 veces superior; en Costa Rica la tasa de camas hospitalarias era 3 veces superior y la tasa de médicos casi el doble; en Ecuador la tasa de mortalidad infantil era un tercio; en Guatemala la tasa de médicos era 15 veces mayor y la tasa de médicos 7 veces superior, mientras que la tasa de mortalidad infantil era un tercio; en México las tasas de médicos y camas hospitalarias eran cinco veces mayores y la tasa de mortalidad infantil era un tercio; en Panamá la tasa de médicos era 5 veces mayor y la esperanza de vida 10 años más; en Perú la tasa de médicos era 7 veces mayor, la de mortalidad infantil un quinto, la de mortalidad materna un décimo y la esperanza de vida 20 años más; y en Venezuela la tasa de mortalidad infantil era la mitad y la esperanza de vida 10 años más.

La información de ocho países sobre la distribución de recursos por subsectores indica que el público recibe una proporción de recursos de salud y personal muy inferior al porcentaje de la población que legalmente debe cubrir; lo opuesto ocurre en el seguro social y es agravado cuando hay multiplicidad; aunque la información sobre el subsector privado es muy escasa, sugiere una situación similar o mejor que la del seguro social; los grupos con programas separados, como las fuerzas armadas, también tienen recursos muy superiores en desproporción a la población cubierta.

Existe una relación estrecha entre la étnia indígena, su ubicación en zonas rurales, la incidencia de pobreza y las peores condiciones de salud. Estadísticas de seis países (Bolivia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Venezuela) muestran que las poblaciones indígenas tienen una quinta parte de la tasa nacional promedio de médicos, una atención del parto institucionalizado muy inferior al promedio nacional, un riesgo de morir en el embarazo o parto y una tasa de mortalidad materna 3 veces mayor que entre las mujeres no indígenas, una esperanza de vida entre 6 y 7 años inferior al promedio nacional, una tasa de mortalidad infantil hasta 11 veces superior al promedio nacional, y la mitad sin acceso al agua potable y saneamiento.

iv. ***Equidad de género***. La equidad de género demanda que los recursos y los servicios de salud se asignen y reciban según las necesidades de cada sexo y se paguen de acuerdo con la capacidad económica de las personas, sin tener en cuenta el riesgo diferencial por género. En la mayoría de los países de la región el porcentaje de las mujeres afiliadas al seguro social es muy inferior al de los hombres; hay excepciones como Costa Rica y Uruguay en que ocurre lo opuesto, pero aún así con inequidades más sutiles.

La inequidad por género resulta de causas externas e internas al sistema de salud. Entre las primeras, en comparación con los hombres, las mujeres sufren las siguientes discriminaciones: más del 50% no participa en la fuerza laboral remunerada; tienen una tasa de desempleo más alta que los hombres; se concentran en ocupaciones de baja remuneración o reciben salarios inferiores por el mismo trabajo, por lo que tienen menor capacidad para financiar primas de seguro privado o pagos de bolsillo y no ello acceden a planes de calidad inferior a los hombres; sufren una mayor incidencia de pobreza cuando son jefas de hogar y las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes en grupos con condiciones de vida pobres; están sobre representadas en ocupaciones no cubiertas por el seguro social como el trabajo informal, doméstico y a domicilio.

Con respecto a las causas internas: el acceso directo al seguro social de salud de las mujeres se ve afectado por discontinuidades causadas por la gestación y crianza de los hijos y a menudo fuerzan el abandono de la fuerza laboral, por lo que pierden su cobertura en enfermedad-

maternidad; con frecuencia están cubiertas de manera indirecta como dependientes del asegurado masculino, no siempre tienen cobertura y, si la tienen, pueden perderla por viudez, abandono o separación marital; en muchos países el seguro social restringe las prestaciones a la cónyuge del asegurado a la maternidad, sin otorgar la atención por enfermedad o le da cobertura en maternidad sólo a las aseguradas; las aseguradoras/ prestadoras privadas usualmente discriminan a las mujeres en edad fértil debido al costo más alto de su atención (por la maternidad y ciertas patologías típicas) o cargan primas más altas para compensar dichos costos, y las cuotas de uso en el subsector público afectan más a las mujeres pobres o de bajo ingreso porque usan más esos servicios para ellas y sus hijos.

Un estudio de la OPS sobre cinco países de la región concluyó que las reformas que han privatizado servicios han agravado las inequidades de género porque las mujeres pagan más o reciben prestaciones inferiores o se reduce su acceso. El análisis de la reforma chilena ratificó el papel de los factores externos e internos en la inequidad de género; en cuanto a los últimos se comprobó que: las aseguradoras privadas cargan entre 2,4 y 3 veces más a las mujeres en edad fértil que la prima que pagan los hombres de igual edad; los ajustes anuales de la prima se hacen teniendo en cuenta la edad de la mujer; debido al alto costo, la mayoría de las mujeres está afiliada al subsector público-seguro social que así subsidia al privado; y la licencia de maternidad financiada por el Estado (con impuestos mayormente al consumo que pagan incluso los grupos de más bajo ingreso) tiene un impacto regresivo porque se fijan en proporción al salario (50% de las beneficiarias recibe 80% del total del subsidio). Nuevas disposiciones legales están encaminadas a corregir varias de dichas inequidades.

b. Políticas

Para la OPS el reto es lograr un balance adecuado entre sistemas obligatorios, financiados públicamente (basados en la solidaridad) y sistemas financiados privadamente. También recomienda enfrentar los riesgos de inequidad derivados de la segmentación, mediante un asegurador público gestionado con solidaridad, eficiencia, transparencia y rendimiento de cuentas, con una posición prominente en el campo de seguros. Mientras más normalizado y unificado el contenido del paquete básico de prestaciones (ajustado a las necesidades del país y revisado periódicamente) mayor será su impacto, con independencia de si el seguro es gestionado por entidades públicas, de seguro social o privadas. El Estado debe guiar y vigilar la competencia de las aseguradoras/proveedoras a fin de que el paquete garantizado sea extendido a los grupos aún no cubiertos.

i. ***Homogenización de condiciones***. A los efectos de reforzar el principio de igualdad (así como los principios de solidaridad y sostenibilidad), los grupos con programas separados (fuerzas armadas, policía, funcionarios públicos, petróleo, congreso, poder judicial, magisterio y universidades, así como 14 cajas de seguro social de salud en Bolivia) deberían ser integrados y sus condiciones de acceso y prestaciones homologadas con el sistema general de salud, aunque podrían funcionar como esquemas complementarios con primas adicionales. Si esto no fuese viable por razones políticas, habría que hacer obligatoria la incorporación para los futuros miembros de dichos grupos, así como que los actualmente cubiertos financien sus prestaciones superiores a las generales. Al contrario del sistema de pensiones donde varias leyes recientes ordenan la incorporación de las fuerzas armadas al sistema general, aún no ha ocurrido esto en el sistema de salud.

ii. ***Reducción de desigualdades en la asignación/distribución de recursos: Por niveles de ingreso.*** Tres políticas distributivas diversas para reducir las brechas de equidad son: transferir de las regiones más ricas a las pobres (Chile); asignar los incrementos de recursos a las regiones más pobres sin perjudicar a las ricas (Colombia), y no obstruccionan el desarrollo de las regiones ricas pues éste genera mejoras en las regiones pobres aledañas (“goteo” o inercia

practicado en muchos países). Dos políticas distintas para alcanzar el financiamiento justo son que sea proporcional al ingreso o progresivo según se incrementa el ingreso. Para reducir la desigualdad en la equidad financiera por niveles de ingreso, habría que otorgar subsidios fiscales a los grupos pobres o de menor ingreso y alto riesgo para, al menos, otorgarles un paquete básico que no discrimine por edad, género y riesgo (con lo cual pagarían mucho menos que las prestaciones que reciban); eliminar a los no pobres que reciben subsidios (*free riders*), disminuir el gasto de bolsillo de las familias pobres, subsidiando el costo de las medicinas para ellos, impedir que afiliados a las aseguradoras privadas utilicen los servicios públicos (para lo cual es esencial una carné de identidad en salud que indique la afiliación del portador). El descreme practicado por las aseguradoras/proveedoras debe ser eliminado mediante estricta regulación para evitar la discriminación y una carga excesiva en el subsector público. Perú ha sentado un ejemplo al prohibir a las aseguradoras rechazar afiliados por razones de ingreso o riesgo, pero se necesita investigación para evaluar los efectos de esta medida; legislación reciente en Chile refuerza el control estatal sobre las proveedoras privadas para evitar sus abusos. Dos medidas para evitar el descreme son: el monto de las primas no debe basarse en el riesgo individual (edad, género, historia médica), sino en los riesgos colectivos que afectan a la población en general, y los subsidios fiscales han de cubrir el costo de las primas de los grupos con alto riesgo para garantizar su acceso. En casi todos los países los pensionados tienen derecho a la atención por el seguro social, pero en los que operan aseguradoras privadas los pensionados son con frecuencia discriminados por su alto riesgo, para evitar esto habría que determinar un incremento máximo de la cotización o prima entre el grupo etario de menor edad y la tercera edad.

Los problemas analizados en el ordenamiento de la OMS en varios países muestran que es necesario realizar más investigación y diseñar una metodología más precisa para medir el financiamiento justo. Además de indicadores estadísticos como el gasto directo de las familias, el impacto del financiamiento en los deciles de ingreso, etc., es aconsejable que dichos indicadores sean sopesados con características institucionales y las políticas de equidad de los países.

Por zonas urbano-rurales y unidades geográficas. Para disminuir las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales, así como entre unidades geográficas, es esencial una mayor y más equitativa asignación de recursos. En países de bajo nivel de desarrollo es recomendable la focalización de los recursos escasos en las zonas rurales y urbano-marginales donde se concentra la población más pobre. El impacto en la extensión de la cobertura con programas de este tipo vigentes en varios países, debe ser evaluado de manera comparativa para determinar cuales han sido más exitosos, a fin de replicarlos en otros países. Es crucial dar prioridad a las regiones más pobres y con recursos insuficientes, pero reforzando su capacidad para administrar eficientemente dichos recursos, determinar el monto de las transferencias (especialmente del gobierno central o federal) de acuerdo con las necesidades de las diversas regiones y municipios, incrementar el gasto público y focalizarlo en los municipios más pobres para reducir la brecha con los ricos; para ello es necesario tener información al día y confiable de morbilidad y mortalidad por causa, género y edad. Habría que estudiar como Cuba ha logrado reducir las desigualdades en indicadores de salud entre las provincias más y menos desarrolladas, a pesar de la crisis económica. En México se ha propuesto una fórmula que asigne recursos financieros entre estados de manera proporcional a las necesidades de salud y los rezagos del pasado, a fin de reducir la brecha entre estados ricos y pobres.

Por étnias. La estrecha relación entre étnia, ruralidad, pobreza, exclusión de aseguramiento, recursos de salud insuficientes y niveles de salud muy inferiores a los promedios nacionales y los de las poblaciones no indígenas, requiere de políticas intersectoriales (económicas, educativas, laborales, sanitarias), combinadas con una asignación mucho mayor de fondos públicos y focalización, una toma de conciencia nacional sobre la situación en que se encuentran estos grupos (de hecho mayoritarios en algunos países andinos y centroamericanos), un trato digno por los profesionales de la salud a dichas poblaciones y un esfuerzo serio de reconocimiento del valor

de las culturas indígenas. La OPS recomendó hace más de un decenio restaurar el poder a las poblaciones indígenas para decidir sobre sus estrategias y políticas de salud, así como crear un plan regional de inversión en la salud para ayudar en esa tarea, pero éste no se ha llevado a cabo. Algunos países (Guatemala, México, más recientemente Bolivia) han intentado integrar la medicina tradicional o popular a los subsectores público o de seguro social de salud, acciones positivas para reducir la brecha étnica-cultural que con frecuencia rechaza la medicina moderna, pero no substitutivas a largo plazo de una previsión de salud adecuada a dichas poblaciones que eliminar las actuales desigualdades de acceso, calidad de la atención y niveles sanitarios.

iii. ***Equidad de género***. Las políticas para reducir las inequidades de género deben relacionarse con sus causas, independientemente de la naturaleza del sistema de salud. En cuanto a las externas habría que: promover empleos productivos y estables para la mujer; invertir más en su entrenamiento a niveles nacional y empresarial; aplicar rigurosamente el principio de salario igual por trabajo igual, y estipular la obligatoriedad de guarderías infantiles en empresas de cierto tamaño o establecer un programa público con tarifas reducidas y aportes fiscales.

Respecto a las causas de inequidad internas al sistema, se recomienda las medidas siguientes: incluir en la cobertura del seguro social a las ocupaciones en las que se concentran las mujeres (servicio doméstico, trabajo independiente, a domicilio, etc.); garantizar que la atención por maternidad continúe durante períodos de desempleo; permitir la reducción del período pre-parto de la licencia por maternidad y alargar el período pos-parto a fin de dar más tiempo a la madre para cuidar al recién nacido; extender a la cónyuge o compañera del asegurado, que sólo recibe prestaciones de maternidad en varios países, el derecho a la atención por enfermedad, sin discriminación con los servicios que reciben los asegurados masculinos (de igual forma el cónyuge o compañero dependiente de una asegurada debería estar cubierto por el seguro de enfermedad); otorgar cobertura voluntaria a las trabajadoras del hogar ("amas de casa") como se hace ya en algunos países, pero concediendo un subsidio fiscal como incentivo a las de bajo ingreso; asignar más recursos en salud a las mujeres que a los hombres, invertir más en la prevención y obligar la concesión del paquete básico en todo el sistema de salud (público, seguro social, privado) teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres; prohibir el descreme por género de las aseguradoras privadas, y determinar las primas de manera colectiva, compensando el riesgo mayor de las mujeres mediante transferencias de los hombres y las mujeres que han pasado la edad fértil a cuyo efecto podría crearse un fondo de compensación. Muchas de las medidas discutidas en la sección anterior sobre extensión de cobertura a grupos de trabajadores en que la mayoría son mujeres tendrían un efecto positivo fuerte en la reducción de la inequidad de género.[231]

3. Solidaridad y redistribución del ingreso

a. Conclusiones

i. ***Solidaridad versus equivalencia.*** Antes de la reforma, el seguro social de enfermedad-maternidad era solidario (y lo sigue siendo) en los países con amplia cobertura que incluían al sector rural y parte de los no asalariados, pero no lo era (ni lo es) en al menos la mitad de los países donde la cobertura era (y es) baja y excluye a esos sectores. Un sistema nacional de salud integrado con cobertura universal (que opera en sólo tres países) es el que tiene mayor solidaridad mientras que el seguro privado carece de solidaridad. El principio de equivalencia ha sustituido en parte al principio de solidaridad pero no en el grado en que ha ocurrido en las reformas de pensiones en la región. Además cuando la equivalencia es a nivel del individuo (Chile antes de las reformas de 2004-2005) no hay solidaridad, pero cuando es a nivel colectivo (Colombia, Chile después de 2005) aumenta

[231] Para políticas en esta sección ver Mesa-Lago 1992; OPS 1993, 2002a; Medici 2002a; Narváez 2002; PNUD 2003; Arredondo 2003; Titelman y Uthoff 2005.

algo su solidaridad, pero no al grado de sistemas públicos (o de seguro social como en Costa Rica) universales e integrados. Las diversas fuentes de financiamiento fueron clasificadas por su impacto en la redistribución como sigue: los impuestos generales directos sobre el ingreso son progresivos, los indirectos son regresivos, las cotizaciones salariales si no tienen tope son progresivas pero lo tienen si son regresivas, las cuotas de uso cargadas en el subsector público y los copagos en el privado son regresivos (salvo si se exime de su pago a los pobres en las primeras); el gasto de bolsillo es el más regresivo de todos.

Se alega que las reformas tienen elementos solidarios pero en realidad estos quedan principalmente a cargo del fisco de manera exógena al subsector privado. Este continúa teniendo una cobertura minoritaria de la población aún en los países donde más ha avanzado el proceso de privatización (ver sección 5-v), de ahí que la inmensa mayoría de la población de la región está cubierta por el subsector público y en unos pocos países por el seguro social o una combinación de los dos.

ii. ***Mecanismos a favor y en contra de la solidaridad.*** Aunque no hay un método para evaluar sistemáticamente los mecanismos favorables y contrarios a la solidaridad, mucho menos su impacto neto, el análisis de dichos mecanismos en doce países mostró que: en tres de ellos los solidarios predominan (Colombia, Costa Rica y Cuba); en cuatro hay cierto balance (Brasil, Perú, Uruguay y República Dominicana—cuando opere plenamente la reforma) y en cinco predominan los mecanismos contrarios a la solidaridad (Argentina, Bolivia, Chile—mejorada la solidaridad por leyes recientes, México y Nicaragua).

En el análisis comparativo de once países se identificaron 13 mecanismos favorables a la solidaridad y 13 contarios a la solidaridad. Dichos mecanismos están relacionados con diversos aspectos del sistema de salud: la extensión o exclusión de la cobertura; el otorgamiento o no del paquete básico universal y sin discriminación por regímenes o grupos de asegurados; el monto, asignación, distribución y focalización de los recursos públicos por niveles de ingreso y atención, así como entre las unidades geográficas; los subsidios cruzados regresivos o trasferencias progresivas; el funcionamiento o no de fondos de compensación solidarios; la integración o fragmentación de la atención de salud por subsectores, grupos de ingreso y ocupación; la selección de riesgos o descreme por las aseguradoras privadas; las cotizaciones y cuotas de uso, y la importancia del gasto directo de las familias (ver el detalle en la sección 3-b-ii).

b. Políticas

i. ***Solidaridad.*** La OMS (2000) considera que el financiamiento más justo es logrado por planes prepago con esquemas de seguro (especialmente obligatorio), que integran las cotizaciones individuales en un fondo de compensación de riesgos y donde recursos públicos son utilizados para incorporar a los grupos de bajo ingreso y los pobres. En los países de bajo ingreso los gobiernos deben promover el pago de una prima igual para toda la población, así como un paquete de prestaciones similares para todos, de forma que no haya discriminación por el ingreso o el riesgo, combinado con subsidios a los pobres. La OPS ha determinado como una de las tareas fundamentales de una reforma de la salud la introducción de mecanismos de financiamiento eficientes para la asignación de recursos basados en la solidaridad. La Conferencia de la OIT (2002b) ha declarado que la seguridad social es una herramienta importante para fomentar la solidaridad y la redistribución, y que el subsector privado no debería debilitar los sistemas en los que el riesgo está repartido entre todos los afiliados.

ii. ***Medidas para reforzar la solidaridad****.* Hay que realizar estudios para medir el impacto neto de los mecanismos a favor y en contra de la solidaridad dentro de los sistemas de salud de cada país y de manera comparativa. También para perfeccionar los indicadores de focalización y los elementos de la fórmula de ajuste de riesgo para la capitación que financia el paquete básico y evite el descreme.

Con el fin de reducir los mecanismos antisolidarios y reforzar los solidarios se recomiendan las medidas siguientes: incrementar la cobertura de la población en la mitad de los países, otorgando atención por el subsector público (o seguro social) a la población pobre y de bajo ingreso, financiada con impuestos o transferencias fiscales; establecer un paquete básico universal en los países en que todavía no existe y eliminar las diferencias en paquetes básicos por tipo de asegurado en los países en que se practica; crear fondos de compensación que completen la cotización para financiar el paquete básico garantizando un mínimo prefijado por cada afiliado, reduzcan las diferencias regionales y financien la atención de alta complejidad; integrar o establecer relaciones de solidaridad entre los tres subsectores para terminar con la estratificación actual por el ingreso (pobres en el público, mediano ingreso en el seguro social y alto ingreso en el privado); incorporar los programas privilegiados separados al seguro social o eliminar los subsidios fiscales concedidos a estos; suprimir los subsidios del subsector público a los afiliados en el seguro social o privado, cargando por su uso de hospitales y atenciones de alta complejidad públicos, así como terminar similares subsidios del seguro social a los afiliados a seguros privados (para ello es necesario un carné de identidad universal que identifique a los usuarios y un sistema computarizado que facilite recobrar los costos); distribuir los recursos y prestaciones de salud públicos de manera que los estratos de menor ingreso reciban proporcionalmente más atención que lo que aportan; aumentar el gasto público de salud, asignándolo a los municipios más pobres basados en las necesidades de éstos; reasignar los recursos públicos desde los niveles segundo y tercero al primer nivel donde se atiende la mayoría de los problemas de salud sufridos por los pobres y grupos de bajo ingreso; prohibir la selección de riesgos por las aseguradoras/proveedoras privadas, así como el incremento de copagos a las mujeres en edad fértil y los ancianos; retener parte de la cotización al seguro social a los asegurados que usando la libertad de elección se pasen al subsector privado dedicándola a extender la cobertura o financiar el paquete básico o crear un seguro campesino; "abrir" las aseguradoras/proveedoras o seguros "cerrados"; aumentar o eliminar los topes sobre el salario impositivo para el pago de la cotización al seguro social; proveer incentivos fiscales para el aseguramiento de los trabajadores independientes no calificados y de bajo ingreso y otros grupos informales; eliminar la deducción al impuesto sobre la renta de primas y copagos al seguro privado; eximir de manera efectiva a los pobres y grupos vulnerables de bajo ingreso del pago de cuotas de uso en el subsector público; reducir el pago de bolsillo de la población pobre y de bajo ingreso ampliando su cobertura efectiva por el subsector público; focalizar de manera efectiva los subsidios fiscales para erradicar a los *free riders;* asegurar la proporcionalidad entre los subsectores respecto a las poblaciones que cubren, sus gastos y los recursos físicos y humanos que tienen a su disposición; negociar con el Estado el cumplimiento de sus obligaciones legales, especialmente las orientadas a reforzar la solidaridad.[232]

4. Comprensividad y suficiencia de las prestaciones

a. Conclusiones

i. ***Paquete básico****.* Quince países han introducido paquetes básicos de salud para toda la población o para grupos específicos: en 6 países está funcionando plenamente (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, y en 7 es limitado o parcial (Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana); en Uruguay no hay un paquete definido pero opera en la práctica; en Bolivia hay un paquete básico focalizado en el grupo materno-infantil. No hay paquete en 3 países (El Salvador, Honduras y Venezuela); en otros dos países hay proyectos de paquetes (Ecuador y Haití). El seguro social ofrece atención integral a todos sus asegurados (incluyendo prestaciones mínimas), en virtualmente todos los países; los sistemas de Costa Rica y Cuba la ofrece a toda la población.

[232] Para políticas en esta sección ver Titelman 2000; OPS 2002a; BID 2004b; Lizardo 2004.

En la mayoría de los países donde el paquete funciona está restringido a las acciones de salud del primer nivel; sólo en tres países incluye acciones de mediana y alta complejidad: Brasil, Colombia (en el régimen contributivo), Chile (de manera gradual) y México (en una pequeña proporción del total del gasto); en Bolivia hay algunas prestaciones complejas materno-infantiles. La cobertura de la población por el paquete varía, por ejemplo, 2% en México, 27% en Guatemala, 33% en Perú y 75% en Brasil. El equipo puede incluir un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y 1 promotor de la comunidad (Brasil, Panamá) o sólo 1 auxiliar de enfermería y promotores comunitarios (Bolivia). En tres países se especifica que las proveedoras del paquete no pueden negar la afiliación o discriminar por edad, género, riesgo o enfermedades preexistentes. El costo anual per capita del paquete básico fluctúa entre US$8-13 en Brasil y Guatemala, y US$269 en México, no se ha ajustado en Guatemala pero se ajusta anualmente en Brasil. El paquete se concede gratuitamente en Brasil, a los pobres en México y Chile (el resto tiene copagos según ingresos), y exige un pago por afiliación y cuotas de uso en Bolivia.

El paquete básico es una medida positiva e importante para extender la atención del primer nivel a poblaciones pobres y vulnerables, también puede reducir el gasto de bolsillo, pero confronta problemas en varios países: su cobertura es muy baja y/o restringida; no ha sido evaluado al menos en cinco países; ha sufrido recorte de fondos o falta de equilibrio entre ingresos y gastos; la población meta carece de información adecuada sobre el programa y parte lo desconoce; el personal encargado de su implementación no tiene la capacidad y entrenamiento requeridos o es insuficiente o hay rigidez laboral para contratarlo o es muy lento; las proveedoras carecen de incentivos para priorizar la prevención y promoción, y es difícil determinar el perfil de los beneficiarios o estos son muy diversos.

ii. ***Enfermedades catastróficas o de alta complejidad***. Sólo 7 países cubren enteramente este riesgo, 3 parcialmente (México, Panamá y República Dominicana) y 10 no lo tienen (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela). En los países en que no hay cobertura el ministerio no tiene capacidad ni recursos, y el seguro social sólo parcialmente, por ejemplo, no cubre a los campesinos (Ecuador), excluye ciertas patologías (Nicaragua) o es restringido (Venezuela); en Perú es el asegurador en última instancia si las proveedoras no cubren este riesgo. Los tres países con cobertura parcial otorgan estas prestaciones en el seguro social, pero el paquete básico excluye ciertas atenciones (República Dominicana) o sólo asigna una pequeña proporción del gasto a este riesgo (México) o funciona sólo en parte del país (Panamá).

De los siete países que cubren totalmente este riesgo, seis pertenecen al grupo pionero-alto y sólo Colombia al intermedio. Costa Rica lo cubre por el seguro social y Cuba por el sistema público pero en ambos hay largas listas de espera para cirugía y escasez de insumos en Cuba. En Argentina el subsector público las cubre plenamente pero hay variedad entre las OS dependiendo de las cotizaciones; en Brasil el gobierno federal y los estados comparten responsabilidades respecto a las acciones de alta complejidad, mientras que el paquete básico ampliado otorga acciones de mediana complejidad a través de los municipios y un fondo compensatorio reduce desigualdades regionales en cuanto al financiamiento; en Uruguay también opera un fondo nacional para financiar estos riesgos pero no para reducir desigualdades; en Colombia las aseguradoras deben tomar reaseguro pero las compañías que lo venden ofrecen rebajas por baja siniestralidad resultando en discriminación contra afiliados de alto riesgo; en Chile el subsector público opera como asegurador en última instancia, por lo que las ISAPRES ofrecen planes con baja cobertura y sus afiliados acuden al público en caso de necesidad.

iii. ***Calidad técnica y percibida****.* La evaluación de la OPS para medir el impacto de las reformas en la calidad técnica y percibida en los 20 países en 2002 encontró que en una exigua minoría de ellos las reformas están contribuyendo a mejorar la calidad técnica; cinco tienen mecanismos o procedimientos para la acreditación de establecimientos y servicios, una minoría para la evaluación de las tecnologías, y cuatro experiencias concretas que han fomentado la calidad

percibida de los servicios; la comparación sobre los resultados de la reforma en 14 países andinos y centroamericanos, también en 2002, concluyó que sólo en tres hay sistemas de acreditación y en dos mecanismos para evaluar las tecnologías, y no dan información específica sobre la calidad percibida.

Pare este documento no se pudo obtener información sobre calidad técnica en Bolivia y muy escasa de otros seis países (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y República Dominicana), además la información disponible no está normalizada y en algunos casos no está al día, de ahí que las comparaciones basadas en seis indicadores distan de ser precisas. La acreditación de establecimientos (principalmente hospitales) opera en 13 países pero con grados diversos: en un país es obligatoria, en dos países es voluntaria, en cuatro sólo está en planes o proyectos de ley, en tres no cubre a las proveedoras privadas, y en al menos cinco es muy baja (entre 1% y 24%, no hay información estadística de la mayoría de los países). La evaluación de tecnologías e inventarios del estado del equipo se reporta por sólo seis países, pero en tres está en fase inicial o proyecto de ley, y en uno 80% del equipo no funciona o es defectuoso. La certificación de profesionales de la medicina se informa en 10 países, en cinco parece funcionar obligatoriamente, pero en otros dos por leyes o proyectos de ley aún no en vigor, en dos por las propias asociaciones de profesionales y en uno sólo la mitad está certificada a pesar de la obligatoriedad. Al menos en tres países no hay acreditación de las escuelas de medicina. Siete países informan que hay protocolos clínicos y/o de patologías, tres de ellos en pleno funcionamiento, pero en los otros cuatro incipiente, parcialmente o por ley o proyecto legal aún no ejecutado. El control de calidad por una agencia central se reporta en sólo seis países, pero no aplica a las proveedoras privadas en uno y en otros una crisis ha provocado un deterioro en la calidad; en un país está en fase inicial. Aunque es muy difícil hacer un ordenamiento entre los países basado en los seis indicadores la información anterior sugiere que los mejores son Chile, Argentina, Costa Rica y Cuba, seguidos a distancia por Brasil, Uruguay, México, Colombia, Nicaragua y Paraguay.

Sólo en siete país hay encuestas periódicas de calidad percibida o satisfacción del usuario pero no siempre en todo el sistema de salud y reportando sus resultados detallados; las países con mayor número de encuestas y resultados publicados entre 1995 y 2004 son Chile, Colombia, Costa Rica, Brasil y Argentina (por ese orden); Cuba reporta encuestas periódicas sin dar resultados salvo una de 1997. En México, El Salvador (sólo en algunos SIBASI) y Nicaragua se tomaron dos encuestas entre 1994 y 2002; en otros tres países una sola encuesta entre 1997 y 2004 (Perú, República Dominicana y Uruguay—sólo en el seguro social); en Honduras se tomaron encuestas esporádicas sin dar resultados detallados; en Nicaragua el seguro social realizó tres encuestas entre 1996 y 2000 pero las suspendió en 2002; dos países ofrecen una página de Internet para que los usuarios puedan dar opiniones (El Salvador y Paraguay). Seis países no tienen en operación mecanismos, al menos reportados, de evaluación de la calidad y satisfacción del usuario (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Panamá y Venezuela).

Las encuestas usualmente no incluyen las mismas preguntas a través del tiempo, tienen ámbitos diversos y a veces dan resultados diversos en el mismo país, de ahí que son difíciles las comparaciones entre los países y en un mismo país. En Brasil y Costa Rica la mayoría de los entrevistados mostró una tendencia creciente en la satisfacción con los servicios público/seguro social (una sólida mayoría en Uruguay); en Colombia la satisfacción con el nivel de los servicios se ordenó 6 (entre 0 y 10) después de 10 años de reforma; en México la necesidad percibida de cambios fundamentales bajó (80% a 77%) mientras que creció (13% a 19%) la opinión positiva de los servicios; en Nicaragua la satisfacción general cayó. La comparación en cuatro países (Argentina, Chile, Perú y República Dominicana) de los servicios público, seguro social y privado no permiten conclusiones sólidas, no obstante sugiere que los privados son preferidos por la rapidez y calidad de su atención, pero su acceso es vedado por el alto costo, mientras que los servicios públicos son usados por la mayoría porque cuestan poco o nada, no necesariamente por su calidad (con excepciones), y el seguro social es preferido por su acceso y solidaridad. Las causas mayores

de insatisfacción con los servicios en la mayoría de los países fueron: dificultades de acceso, demoras en ser atendidos, larga lista de espera para cirugía, trato deficiente o maltrato del personal, falta de medicinas o inadecuadas y alto costo.

b. Políticas

i. ***Paquete básico***. La OPS afirma que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a un paquete básico obligatorio de cobertura de riesgos de salud a todos sus habitantes o de no se esto posible un paquete específico para ciertos grupos vulnerables. A ese efecto debe aumentar la capacidad institucional de los ministerios de salud y definir la población beneficiaria, el contenido de los planes básicos garantizados, los mecanismos para financiarlo y la forma de administración. También debe establecer un sistema para vigilar el cumplimiento de dichos planes por los todos los proveedores, asegurando que ningún beneficiario cubierto sea excluido en la práctica. La implementación del paquete básico requiere una definición precisa y regulación de las prestaciones a las que la población tenga derecho; su objetivo es asegurar un nivel de cobertura de servicios de salud independiente de las cotizaciones y riesgos, durante el ciclo de vida de las personas.

El paquete básico debería otorgarse a toda la población (ya esté en el subsector público, de seguro social o privado) adaptándolo a las necesidades de la comunidad de acuerdo con su perfil epidemiológico. La obligatoriedad universal del paquete básico implica la incorporación de sectores que están actualmente excluidos del mismo (como las OS provinciales y otras cerradas en Argentina), así como de grupos étnicos concentrados en áreas rurales y con alta incidencia de pobreza (como en Bolivia, donde se ha lanzado un paquete básico adaptado a la población indígena), y también eliminar las restricciones existentes para las cónyuges, hijos y pensionados (Nicaragua). Cuatro países que no tienen el paquete deben implantarlo (El Salvador, Honduras y Venezuela—especialmente en el último que tiene recursos fiscales suficientes) y en los dos en que está en proyecto debe llevarlo a cabo (Ecuador y Haití). Los siete países que tienen paquetes parciales o limitados deben hacer un esfuerzo por ampliar su cobertura. En los países en que hay varios paquetes o programas similares sin adecuada coordinación estos deben integrarse (México) y en donde existen dos paquetes diferenciados para la población deben igualarse o, al menos, reducir su brecha (Colombia).

El paquete debe financiarse mediante un per capita ajustado por riesgo como en Colombia o por edad y género como en la nueva legislación en Chile, para evitar el descreme. Un per capita igual para toda la población (como en Argentina, Bolivia, Guatemala—en los primeros años, Nicaragua) no tiene en cuenta dicha diversidad y obstaculiza la flexibilidad necesaria de las entidades gestoras locales para adaptar el paquete a sus necesidades distintas. La inmensa mayoría de los países no ofrece información sobre el costo del paquete básico y debe proporcionarse. Entre los 7 países en que se obtuvieron cifras, el costo anual del paquete es muy bajo en Brasil (también en Guatemala y Haití, pero estos países son más pobres) y debe evaluarse su mejoría basado en los cálculos necesarios; su monto o valor debería revisarse periódicamente (idealmente una vez al año) de acuerdo con el aumento del costo de los productos y servicios prestados. El paquete puede otorgarse gratuitamente focalizado en los pobres y grupos vulnerables (grupo materno-infantil en Bolivia) o si es universal debe otorgarse de manera gratuita a la población sin recursos y con subsidios decrecientes según aumenta el ingreso al resto (teniendo en cuenta edad, género y riesgos de los cubiertos), como en Chile y México.

Para resolver algunos problemas que el paquete confronta o ha enfrentado en varios países se recomienda: efectuar planes pilotos y, basado en sus resultados y corrigiendo las deficiencias detectadas, extender gradualmente la cobertura del paquete; ofrecer información sencilla sobre el paquete y los derechos a los beneficiarios potenciales; realizar previa a su implantación un estudio de la aptitud del personal encargado de suministrar el paquete y en caso necesario capacitarlo; informar y consultar antes de su diseño e implantación con las autoridades locales del ministerio, las ONG's y otros proveedores, a fin de que estos cooperen y apoyen el paquete; proveer incentivos para que las proveedoras (especialmente privadas) den prioridad a las acciones preventivas y de promoción

incluidas en el paquete; realizar cálculos previos de costos y hacer asignaciones fiscales suficientes y estables que eviten los recortes; mantener el equilibrio entre ingresos y gastos mediante un fondo o reserva; ajustar periódicamente el paquete teniendo en cuenta la inflación, y monitorear la evolucion y efectividad del paquete.

Es importante que el paquete y programas similares (como los orientados a la salud de las familias) se evalúe periódicamente con el fin de determinar su eficiencia administrativa-financiera y efecto en las poblaciones cubiertas (para ello se necesitan series estadísticas de cobertura del programa). También que se mida su impacto en indicadores de salud para determinar su efectividad e introducir los ajustes necesarios. Se han diseñado algunas metodologías que incorporan estudios de costo-efectividad con otros indicadores, pero es necesaria mayor investigación sobre esto.

ii. ***Enfermedades catastróficas.*** Para hacer frente a los gastos catastróficos de salud podrían seguirse tres estrategias. Una es crear un reaseguro obligatorio para todos lo afiliados que podría ser por una entidad sin fines de lucro y financiado por el Estado o de propiedad de todas las aseguradoras, sufragado por una prima mensual obligatoria para todos los asegurados y se establecería un tope máximo o copagos a partir del mismo, lo cual implicaría bajos costos de administración, no requeriría gastos de mercadeo y evitaría crear una red adicional de servicio. Otra alternativa sería crear dos seguros de corto plazo a cargo del asegurado que permitirían financiar, el primero los gastos acaecidos durante los primeros 12 a 24 meses y el segundo el incremento de las primas a largo plazo por dichos siniestros; estas medidas facilitarían la movilidad de quienes experimentan problemas catastróficos entre las aseguradoras, fomentando la competencia en el sistema. Una tercera alternativa serían los fondos nacionales al estilo de Brasil y Uruguay, financiados con recursos fiscales o aportes de los afiliados.

Pero se ha notado que de los 7 países que tienen estos programas 6 son del grupo pionero-alto. Es muy difícil en los países del grupo tardío-bajo y en buena parte de los del grupo intermedio financiar estos programas debido a la escasez de recursos, por ello sólo existen en Colombia y se están introduciendo parcialmente en México y Perú; la ley de reforma de la República Dominicana tuvo que excluirlo debido a su altísimo costo que lo hacía incompatible con la extensión de la cobertura básica. En estos países es más conveniente concentrar los recursos escasos en desarrollar un paquete básico focalizado en los pobres y un grupos vulnerables y, según, se vayan resolviendo los problemas de salud más comunes y aumenten los recursos comenzar a desarrollar gradualmente estos programas.

iii. ***Calidad técnica y percibida.*** Con respecto a la calidad técnica de los servicios es aconsejable unificar y uniformar, a nivel nacional y en todos los subsectores (público, seguros social, privado, etc.), los criterios de acreditación, habilitación y certificación de establecimientos y profesionales de la salud, las universidades y centros de formación de dichos profesionales, también crear una agencia nacional de evaluación de tecnologías de la salud y hacer un inventario nacional del equipo y su estado, y desarrollar protocolos clínicos, con el fin de mejorar las calidad de los servicios. En los países en que la acreditación de los establecimientos es voluntaria debería hacerse obligatoria, y en aquellos en que la certificación de los profesionales se hace por asociaciones de estos habría que considerar una comprobación por el ministerio o la superintendencia. La OPS debería considerar el diseño de formas estandardizadas para comprobar la existencia y carácter de los seis indicadores utilizados en este documento en los 20 países, así como solicitar cifras sobre el grado de implementación de los mismos y ayudar a los países en la elaboración de dichas cifras.

En cuanto a la calidad percibida es importante efectuar y publicar encuestas periódicas anuales o bianuales entre los usuarios (en al menos 6 países y regularmente en 9), conducidas por técnicos y entidades independientes (la superintendencia de salud, universidades u organismos privados sin fines de lucro, etc.) para determinar el grado de satisfacción de los servicios que estos reciban, detectar cuales son sus problemas e implementar acciones que mejoren los mismos. Los países con mayor número de encuestas (Chile, Colombia, Costa Rica, Brasil y Argentina) podrían servir de ejemplo. Pero hay que desarrollar encuestas con preguntas iguales en la región a fin de facilitar comparaciones ínter

temporales en un mismo país y entre los países; las comparaciones de satisfacción de los servicios entre los subsectores serían importantes. Los resultados de las encuestas deben divulgarse para informar a la población y ayudarle a seleccionar las mejores proveedoras en aquellos países donde hay libertad de elección. La protección del usuario debería garantizarse por una Defensoría del Pueblo (como en Colombia, Costa Rica), Defensoría de Afiliados (República Dominicana), comisiones de arbitraje de reclamos médicos (México) o asociaciones de usuarios (Uruguay) que faciliten el procesamiento de quejas y reclamaciones de la población, especialmente la de escasos recursos que no puede litigar.[233]

5. Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación

La mayoría de las reformas tiene entre sus objetivos la transformación del papel del Estado en el campo de la salud de acuerdo con las guías siguientes: (a) separar las funciones de rectoría-regulación-supervisión, financiamiento, aseguramiento y provisión; (b) el Estado ha de abandonar las funciones de financiamiento y provisión y concentrarse en las de rectoría técnica, coordinación, regulación y supervisión del sistema, así como prevención, mejora de la equidad, focalización de los subsidios fiscales en los grupos más necesitados, estímulo a la competencia entre proveedoras, y evaluación del desempeño del sistema; (c) estimular la participación activa en el sistema, del subsector privado como proveedor y financista, y promover la competencia y la eficiencia; (d) otorgar a los asegurados/ afiliados libertad de elección de proveedoras para escoger a las mejores y así fomentar la competencia y reducir los costos; (e) dar mayor autonomía a los hospitales mediante contratos con el subsector público o permitir que se acojan al derecho privado, así como estimular la competencia entre ellos, para que se hagan autosuficientes; (f) descentralizar la administración del sistema, desde el Estado hacia unidades regionales y/o municipales, las cuales están más cerca de los usuarios, conocen mejor sus necesidades y pueden facilitar la participación comunitaria, y (g) promover la participación y control sociales.

Dichos objetivos han sido cuestionados por varios expertos de salud respecto a su factibilidad o resultados reales: (a) si el Estado ha fallado como proveedor hay que disputar su capacidad para regular y supervisar las múltiples entidades que financian y proveen los servicios en un sistema mucho más complejo que el existente antes de la reforma; (b) el ministerio, encargado de la rectoría técnica y política, usualmente carece de recursos suficientes y personal capacitado para ejercer dichas funciones; (c) el subsector público es reducido pero en muchos países continúa atendiendo a la población pobre y de bajo ingreso; (d) se ha acentuado la segmentación previa a la reforma, haciendo aún más necesaria la articulación o integración del sistema; (e) se supone que la descentralización fomentará la responsabilidad, la participación y la respuesta a las necesidades locales, pero la transferencia se ha hecho sin asignar los recursos necesarios a unidades locales que carecen del personal capacitado requerido; (f) la transferencia de responsabilidades no sigue normas claras, el ministerio es débil para implantarlas en todo el sistema y se asume que la iniciativa privada o local resolverá los problemas del sistema; (g) en algunos países el subsector privado se ha convertido en un asegurador y/o proveedor fundamental y ha acumulado fuerte poder y resistido la regulación; (h) los hospitales en la mayoría de los países continúan siendo financiados por presupuestos o recibiendo subsidios fiscales y sin verdadera competencia entre ellos; (i) algunas reformas no hay mejorado ni la equidad ni la eficiencia, y (j) la mayoría de las reformas se hicieron desde arriba sin consulta amplia de los sectores involucrados y ha habido escasa o nula participación social en su diseño, ejecución y supervisión.

Frente a estas posiciones antagónicas esta sección analizó el impacto de las reformas en diez aspectos clave: unificación o integración del sistema, separación de funciones regulación,

[233] Para políticas en esta sección ver Bitrán y Almarza 1997; Mesa-Lago *y otros* 1997a, 1997b; Wainer 1997; Dávila y Guijarro 2000; OMS 2000; Titelman 2000; OPS 2002a; PNUD 2003; Rossman y Valladares 2003; Banco Mundial 2004; Coelho y Moreno 2004; Torres 2004; La Forgia 2005.

descentralización, competencia entre aseguradoras/proveedoras, grado de privatización, libertad de elección de asegurados y usuarios, eficiencia, costo administrativo, y participación social.

a. Conclusiones

i. ***Integración.*** Se encontró que el grado de unidad (integración o al menos coordinación) del sistema de salud varía considerablemente entre los 20 países (de mayor a menor) como sigue: público unificado o integrado (Cuba); seguro social unificado (Costa Rica); seguro social unificado, integrado funcionalmente con el público (Panamá); dual segmentado—público y privado—coordinado con tendencia a la unificación, aún requiere articulación (Brasil); dual coordinado—público con dos regímenes y privado—sin integración plena (Colombia); dual coordinado—público-seguro social y privado (Chile); dual—público y privado— segmentado sin coordinación (Haití); tripartito segmentado sin coordinación—público, seguro social y privado (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, en los tres últimos el seguro social ofrece servicios en todo o en parte a través de proveedores privados, y Uruguay donde la provisión del seguro social se ofrece principalmente por entidades privadas sin ánimo de lucro); tripartito muy segmentado sin coordinación—público, seguro social y privado (Paraguay y la República Dominicana, en éste la reforma que estipula coordinación entre tres regímenes no se han implantado); tripartito altamente segmentado con baja coordinación—varios públicos, varios seguros sociales y privado (Argentina); y tripartito altamente segmentado—varios públicos, 14 seguros sociales y privado (Bolivia). También se mostró que existen múltiples programas separados, en los subsectorres público o de seguro social: las fuerzas armadas en todos los países (salvo Costa Rica y Panamá), la policía en 8 países, los funcionarios públicos en 7 países, los maestros y universidades en 7 países, y otros grupos en 7 países (petroleros, congresistas, jueces, médicos, turistas, etc.).

ii. ***Separación de funciones.*** El análisis del estado de la separación de funciones en los 20 países en 2004 mostró que el avance ha sido muy modesto. Sólo dos países han separado las funciones de manera total o casi total (Colombia y Chile) y siete países de forma parcial: Argentina, Costa Rica, Nicaragua, Perú, Uruguay, Guatemala (sólo en el paquete básico) y República Dominicana (en la reforma aún no implementada). En tres países hay separación baja o muy baja: El Salvador, Guatemala (fuera del paquete básico) y Honduras. En nueve países no hay separación alguna: Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Haití, México, Panamá, Paraguay y Venezuela (la ley pendiente de aprobación en 2005 integra el sistema pero no separa sus funciones). De manera que en más de la mitad de la región o bien no ha ocurrido avance en la separación de funciones o éste ha sido minúsculo. Usualmente los países que tienen alta segmentación (carecen de integración) no tienen tampoco separación de funciones. Pero la integración y la separación de funciones pueden operar de manera conjunta u opuesta. Por ejemplo, Cuba tiene un sistema totalmente integrado pero no hay separación de funciones; Costa Rica también tiene un sistema integrado con funciones separadas de rectoría y provisión pero no separadas en aseguramiento y financiamiento; y Colombia tiene un sistema articulado sin integración pero completa separación de funciones.

La función de rectoría-regulación está a cargo del ministerio en todos los países pero éste tiene débil poder en la mayoría de estos. El ministerio también ejerce la función de supervisión en la mitad de los países y en la otra mitad hay una superintendencia u otro tipo de agencia; en al menos un tercio de los países el poder supervisor es sólo parcial o débil (ver sección siguiente). Las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión no están separadas en 13 países, y en la mayoría de ellos (ocho) se ejercen simultáneamente por cada uno de los tres subsectores (público, seguro social y privado); igualmente en brasil por los subsectores público-seguro social y privado, en Haití por los subsectores público y privado, en Panamá por el seguro social y el privado, y en Cuba sólo por el Estado. Estas tres funciones están parcialmente separadas en 5 países, porque aunque tienen tres subsectores hay una separación dentro del seguro social que es asegurador-financiador en todas pero la

provisión se hace sólo por proveedoras privadas o conjuntamente con el seguro social (Argentina, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Uruguay, en éste el ministerio asegura y financia mientras que la provisión se hace por una entidad pública aparte, en el seguro social éste asegura y financia y la provisión se hace por las IAMC). Sólo en Colombia las tres funciones están completamente separadas, mientras que en Chile el aseguramiento y el financiamiento son público-seguro social mientras la provisión es pública-seguro social y privada.

iii. ***Regulación.*** La función de regulación del ministerio (objetivo de todas las reformas y esencial para su buen funcionamiento), se encontró que es débil o muy débil en 11 países (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela), y en otros dos países es compartida entre diversas unidades geográficas que diluyen el poder central (Argentina y Brasil). En la mitad de los países el ministerio no puede regular ni tiene control sobre el seguro social que es autónomo, ni tampoco sobre el subsector privado: Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití (no hay seguro social), México, Nicaragua (practica auditorías sobre el privado pero carece de información), Panamá, Perú y Uruguay (regula a las IAMC pero no a las AMES y seguros privados parciales); esta situación se agrava en los países donde hay múltiples seguros sociales como Bolivia y México; las fuerzas armadas, la policía y otros programas separados también están fuera usualmente de la regulación del ministerio. En Argentina y Brasil los sectores públicos y de seguro social están regulados pero de manera negociada con los estados/provincias, Argentina regula a las prepagas privadas y Brasil a todo el subsector privado, pero no es adecuada la evaluación de los seguros. En Chile el subsector privado carecía virtualmente de regulación en los 80, pero entre 1990 y 2004 se promulgaron tres leyes por los gobiernos democráticos creando una superintendencia que ahora controla todo el sistema. Las leyes de la República Dominicana y Venezuela, aún no ejecutadas a mediados de 2005, otorgan poder regulador sobre todo el sistema a una superintendencia, pero actualmente no hay regulación adecuada. En Cuba el Estado regula y supervisa todo el sistema que es público y no existe un subsector privado.

La función de supervisión es ejercida por el ministerio en nueve países, en cinco de manera débil o muy débil (Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua), o compartida entre el gobierno federal y los estados (Brasil). Sólo en seis países hay una superintendencia de salud pero con ámbito diverso: fiscaliza todo el sistema (Colombia, Chile, y por las leyes aun no ejecutada o promulgada de República Dominicana y Venezuela); sólo parte del sistema (Argentina limitada a las OS), comparte sus funciones con el ministerio (Perú), y no es autónoma y muy débil (Paraguay). En El Salvador la fiscalización se hace por la corte de cuentas.

iv. ***Descentralización***. En más de la mitad de la región la descentralización del subsectror público ha avanzado muy poco, medido aproximadamente como sigue: muy alto (Brasil y Costa Rica), alto (Argentina, Chile, Cuba, Bolivia--pero fragmentada, y Colombia), mediano (México y República Dominicana); bajo (El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay), y muy bajo (Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Venezuela). Salvo en Costa Rica, el seguro social ha resistido la descentralización, en unos pocos países ha habido cierto esfuerzo de desconcentración.

La descentralización pone énfasis diverso en los países: en nueve ha sido hacia unidades intermedias (Argentina, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela); en ocho hacia unidades locales (Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Nicaragua), y en cuatro hacia una combinación de ambos (Bolivia, Brasil, Colombia y Chile). No existen estadísticas normalizadas sobre el porcentaje de descentralización en los países, de manera que las cifras siguientes son sólo indicadores muy generales: 85% a 99% en Brasil, Costa Rica y Cuba; 15% a 21% en Nicaragua, Perú y Uruguay; y 2% a 8% en Haití y Paraguay. Las funciones descentralizadas son muy diversas y es imposible resumirlas aquí, pero generalmente el gobierno central retiene las de regulación, supervisión, financiamiento, a veces recursos humanos, y transfiere responsabilidades y recursos a las unidades intermedias y/o locales

las cuales se encargan de la provisión, las locales del primer nivel y refieren a los niveles superiores. Cinco países han organizado unidades locales de gestión: Costa Rica, El Salvador, Haití, Nicaragua y Perú. El paquete básico se gestiona por entidades locales en cinco países (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica y República Dominicana) y hay proyectos en Ecuador y Haití. En más de la mitad de los países se ha firmado convenios de gestión entre la autoridad central y unidades intermedias y/o locales (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela); la evaluación de los resultados de estos compromisos no se ha efectuado en la mayoría de estos países. Los hospitales han alcanzado diversos grados de autonomía y avance en el proceso en nueve países: Argentina, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

La evaluación hecha en varios países sobre los resultados de la descentralización da resultados mezclados, entre los positivos están: progreso en la cobertura, aumento de la producción en hospitales, respuesta a la mayoría de los problemas al nivel local, mejorado trato y oportunidad, mejor coordinación con el segundo nivel, incremento de la tasa de consultas y reducción de su costo, mayores referencias al tercer nivel y cirugía, y reducción de la mortalidad hospitalaria. Por el contrario los problemas encontrados son: falta de diseño previo de mecanismos de coordinación entre varios niveles y determinación precisa de sus responsabilidades, creando duplicaciones y confusión; ausencia de un marco regulador nacional coherente para lograr la integración, complejidad y falta de claridad de las normas; ausencia de definición previa y precisa del sistema de financiamiento y de estudios de costos, fluctuación en las transferencias centrales, recorte de recursos, atrasos en el pago, inversión no coordinada entre unidades intermedias y locales; personal nombrado sin criterios técnicos, no capacitado adecuadamente para las nuevas funciones, sin incentivos para aumentar la productividad; regulaciones centrales muy estrictas que limitan la adaptación a las necesidades locales; escaso progreso en establecer indicadores basados en resultados y relacionados con los recursos financieros; hospitales que no funcionan en una red escalonada de niveles, ni comparten recursos, ni hay mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.

v. ***Competencia***. El monopolio de los subsectores público y de seguro social es criticado por carecer de incentivos para aumentar la eficiencia. En teoría la exposición de estos subsectores a la competencia, la entrada y promoción de proveedoras privadas y la diversificación de proveedoras, unidos a la libertad de elección, hacen los mercados de salud más eficientes, reducen los costos y mejoran la calidad de los servicios. Pero existe abundante evidencia que la competencia no necesariamente funciona en los sistemas de salud reformados, aunque es superior a la competencia en los mismos países con reformas de pensiones estructurales: el número de aseguradoras de salud comparado con el número de administradoras de pensiones en 2004 era 309 y 12 en Argentina, 127 y 6 en Colombia, 17 y 6 en Chile, y 105 y 4 en Uruguay, sin contar las proveedoras que son cientos o miles.[234] La explicación de la diferencia es que la administración de pensiones está mucho más concentrada que la de salud, donde se requieren más unidades y más dispersas para la provisión de los servicios.

A pesar de la importancia de la competencia, hay escasas estadísticas y no están normalizadas: en 9 países el rango en el número de aseguradoras fue de 1,587 en Brasil a 10 en Honduras; no hay aseguradoras ni proveedoras privadas en Cuba ni tampoco aseguradoras en Haití. Las aseguradoras o proveedoras son privadas con ánimo de lucro en la mayoría de los países, pero en Colombia y la República Dominicana son múltiples (públicas, privadas, seguro social, etc.); en Nicaragua y Perú públicas o privadas; y en Uruguay las IAMCs son privadas sin ánimo de lucro y las IMAE pueden ser públicas o privadas. El grado de concentración de los afiliados en las tres aseguradoras mayores aumentó de 22% en la República Dominicana, a 28% en Argentina, 38% en

[234] No obstante, a fines de 2004 había en Perú cuatro administradoras de pensiones y sólo dos proveedoras de salud.

Colombia, 61% en Chile y 100% en Perú (sólo dos proveedoras); basándose en las 20 mayores aumentó de 67% Argentina, 73% Nicaragua y 96% la República Dominicana. También hay concentración en la capital: 61% de las proveedoras en Perú y 42% de las prepagas en Nicaragua. Entre 1994 y 2004 en la mayoría de los países el número de aseguradoras disminuyó y la concentración aumentó: en Argentina el número bajó 21% y la concentración en las 20 mayores aumentó de 42% a 67%; en Colombia el número disminuyó 15% (las privadas aumentaron su porcentaje de 28% a 73%); en Chile el número decreció 53% (la afiliación bajó de 27% de la población total a 18%) y la concentración en las 3 mayores subió de 48% a 61%, y en Perú el número de proveedoras se redujo a la mitad en 2002-2004. Por el contrario, en Nicaragua el número de prepagas aumentó más de 3 veces en 1996-2001 y el porcentaje de afiliados del seguro social que recibió servicios de aquellas saltó de 70% a 100%, porque este último delegó la provisión en las prepagas, pero eventualmente ocurrirá un descenso en el número y aumento en la concentración. Las causas de la reducción del número de aseguradoras y creciente concentración son: la libertad de elección y la creciente competencia han provocado la quiebra de las entidades pequeñas o fusión con las mayores, los precios o copagos han aumentado y el mercado potencial se ha saturado, y el pase de los afiliados de mayor edad del privado al público, que es el que les cubre su alto riesgo en Chile.

Se han apuntado obstáculos a la competencia: la inamovilidad relativa de los asegurados que tienden a permanecer en una aseguradora a pesar de la opción de cambio que pudiese mejorar sus prestaciones y primas debido a que dan preferencia a la estabilidad con la aseguradora/proveedora y el médico; las dificultades de obtener información comparativa de los planes de salud existentes (16,000 en Chile), así como entender sus detalles (cobertura, prestaciones, exclusiones, copagos); aseguradoras eficientes pueden ser desplazadas del mercado por aseguradoras ineficientes que practican el descreme con éxito, estas ganan pero transfieren los costos a otras aseguradoras y el efecto global puede ser nulo o negativo, y la competencia puede funcionar bien en ciudades o zonas urbanas populosas pero no en zonas rurales de escasa población. Evidencia de cinco países muestra otras obstrucciones a la competencia: en Argentina, Colombia y República Dominicana se protegió a entidades de seguro social para que pudiesen competir con las otras aseguradoras o prepagas (en el último país, la aseguradora pública cubre obligatoriamente a todos los afiliados de los regímenes subsidiado, contributivo subsidiado y a los empleados públicos en el contributivo, sin competencia); hay aseguradoras cerradas en Argentina y Chile; no hay competencia entre las OS y las prepagas en Argentina porque los asegurados no pueden escoger directamente una prepaga sino a través de su OS; se crearon aseguradoras en los departamentos y municipios de Colombia para que estos pudiesen manejar los recursos sin intervención del gobierno central y en muchas localidades el único asegurador es el Estado; hay falta de transparencia en el mercado de prepagas y limitaciones a la libertad de elección en Nicaragua y las mutualidades recién autorizadas no pueden competir con las prepagas.

vi. ***Grado de privatización****.* A pesar de la visión generalizada de la extensa privatización de la salud en la región, los países con el mayor porcentaje de la población total asegurada en entidades privadas son Uruguay (36,6%, pero incluye a parte de las IACM que son privadas sin ánimo de lucro), Brasil (24,5%) y Chile (18,5%), los cuales también tienen los gastos privados mayores (37,4%, 21,7% y 22,6% respectivamente; el gasto privado en Uruguay es principalmente de las IAMC). Los porcentajes de la población afiliada al subsector privado y porcentaje de su gasto en otros cuatro países son: República Dominicana 12% y 14%, Argentina 8% y 14%, Nicaragua y Paraguay 6% y 10-17%, y Colombia 5% y 12%. Seis países (El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Perú) tienen porcentajes respectivos mucho menores: 0,2-2% en la afiliación y 2-7% en el gasto; Cuba prohíbe la medicina privada. En la mayoría de los países el porcentaje de la afiliación privada es mucho menor que el porcentaje correspondiente del y también esto es cierto en la propiedad de camas hospitalarias: 24% y 70% en Brasil, 8% y 40-44% en Argentina y Venezuela, 12% y 25% en la República Dominicana, 6% y 17-19% en Nicaragua y Paraguay. Por último un altísimo porcentaje de los laboratorios y equipos de radiodiagnóstico son privados: 90% en

República Dominicana, 64% en México, 57% en Ecuador, 50% en Paraguay y 40% en Costa Rica. En conclusión, la afiliación al subsector privada es claramente minoritaria aún en los países que más ha avanzado la privatización pero controla la mayoría o un porcentaje desproporcionado a su afiliación en camas hospitalarias, laboratorios y equipo de radiodiagnóstico.

Cinco países no tienen planes de transferir la propiedad o gestión de establecimientos públicos al subsector privado: Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá; intentos de privatización de los hospitales o servicios fallaron en El Salvador y México, y se suspendieron por el tribunal constitucional en Ecuador. Con excepción de Costa Rica estos países son los que tienen los porcentajes más bajos de afiliación privada. En Costa Rica el seguro social mantiene el aseguramiento y el financiamiento pero compra parte de los servicios al subsector privado alegando que no tiene suficiente capacidad para atender a la población cubierta y con el objeto de reducir los costos pero se ha cuestionado si tiene reservas excesivas parte de las cuales podría invertirse para aumentar la capacidad interna, a más de que no es claro que los costos privados sean menores.

vii. ***Libertad de elección****.* Teóricamente la libertad de elección en competencia permite seleccionar las aseguradoras o proveedoras respecto a prestaciones, calidad y precio, por lo que las mejores capturan el mayor número de afiliados con lo cual se mejora la eficiencia y la calidad y se reducen los costos (sobre esto ver sección E-8). Este supuesto se basa en la disponibilidad de la información sobre las prestaciones, costos y calidad de los planes existentes, a más de la capacidad de las personas para usarla y hacer la selección adecuada. Se demostró que no sólo esos supuestos usualmente no funcionan en la práctica sino que hay restricciones muy fuertes a la libertad de elección en los países donde ésta existe. De hecho, la libertad de elección sólo existe en nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay) y los otros once países no la tienen (en Costa Rica, el seguro social asigna el asegurado, según su residencia, a una proveedora privada). En al menos cinco de los nueve países con libertad de elección, los afiliados pueden cambiar de aseguradora una vez al año (Argentina, Colombia, Chile, Nicaragua, y Perú).

La libertad elección ha corregido situaciones odiosas: en Argentina los asegurados no podían cambiarse de OS salvo al cambiar de empleo o jubilarse, lo cual eliminaba el incentivo para mejorar la calidad y los costos; en varios países los servicios del seguro social se deterioraron tanto que los asegurados se vieron obligados a comprar seguros privados y pagar doble cotización. Pero en la actualidad hay limitaciones importantes a la libertad de elección en todos los países: en Argentina, Colombia y la República Dominicana los asegurados pueden escoger la aseguradora pero no la proveedora que es seleccionada por la aseguradora; hay aseguradoras cerradas en Chile (por gremios) y Argentina (personal de dirección, provinciales, fuerzas armadas); los asegurados que viven fuera de la capital en Nicaragua no pueden escoger las mejores proveedoras que están ubicadas allí; los afiliados a dos regímenes en República Dominicana no tienen libertad de elección pues están obligatoriamente afiliados a la aseguradora pública; en los últimos siete años sólo 10% de los asegurados cambió de aseguradora en Argentina y 60% de los que se cambiaron fueron influenciados por su empleador; éste hace con frecuencia la selección de la aseguradora en Colombia; los que tienen libertad de elección en Chile son los asegurados de alto ingreso que pueden pagar copagos; la mayoría de los afiliados en Colombia dice no tener libertad de elección o que no ha escogido libremente a la aseguradora; las aseguradoras han creado su propia red de proveedoras y refieren al asegurado a la misma en Colombia y en muchas departamentos o municipios hay sólo una aseguradora o proveedora; hay zonas rurales en que no existen proveedoras privadas (en varios países). Un modelo a seguir es Perú donde en Perú la mayoría de los asegurados en una empresa escoge el plan de salud.

Otra barrera importante a la libertad de elección es la falta de información y capacidad de la mayoría de la población para seleccionar las mejores aseguradoras o proveedoras. En Chile hay 40,000 planes de salud vigentes con diversos paquetes de prestaciones, primas, copagos, deducibles,

etc., lo cual hace extremadamente compleja la decisión, muchos asegurados educados se percatan de aspectos clave del contrato cuando ocurre la enfermedad. En Colombia, la mayoría cree que no tiene libertad de elección (especialmente entre los de bajo ingreso) porque carecen de información sobre sus derechos, hay población elegible para el régimen subsidiado que no se afilia porque desconoce su derecho. Un ejemplo importante es Chile donde la superintendencia ha realizado campañas para informar a los asegurados de sus derechos.

viii. ***Eficiencia****.* La asignación del gasto entre los tres niveles de atención indica que el objetivo del Banco Mundial en 1993 de aumentar al doble o al triple la asignación al primer nivel y reducir a la mitad la asignación en los otros dos niveles superiores no se ha conseguido en al menos 12 países: el promedio no ponderado fue 19,4% para el primer nivel y 80,6% para los otros dos niveles; el primer nivel recibió: 4-20% en 7 países y 25-38% en 5 países. La ocupación de camas hospitalarias es baja o muy baja en la mayoría de los países para los que hay información, la más alta es en el seguro social, seguida por el subsector público y la menor en el privado, además países con muy baja cobertura tienen también muy baja ocupación, por ejemplo, 24-47% en Bolivia, Ecuador, Haití, Paraguay y República Dominicana en el subsector público; 48-57% en Ecuador y República Dominicana en el seguro social. Con una excepción, la ocupación privada fue inferior a la pública y/o la del seguro social (86% en el seguro social y 35% en el privado en Perú). El promedio de días de estancia tiende a ser alto, por ejemplo, 9,4 en Cuba, si éste se redujese a la mitad, la ocupación disminuiría a 34,7%; no hay cifras del subsector privado. La razón de médicos por una enfermera es más alta en el subsector privado (promedio de 3,6), seguida por el seguro social (2,4), y la más baja en el público (1,7); en Ecuador la razón en el público fue 1,6 y en el privado 8.

Se analizaron otros aspectos de eficiencia aunque hay una seria escasez de estadísticas sobre los mismos y en varios países no hay indicadores o no se mide el impacto de las reformas sobre la eficiencia: sistemas de información, evaluación del impacto de las reformas, productividad, incentivos al personal, conexión entre remuneración y desempeño, listas de espera para cirugía y especialidades. Aunque la falta de cifras comparativas impide arribar a una conclusión la mayor parte de la información indica que se avanzado muy poco en mejorar la eficiencia y persisten los viejos problemas. No obstante varios países han aprobado leyes recientes o están en proceso de introducir incentivos para conectar la remuneración con el desempeño: Costa Rica, Chile, Ecuador, República Dominicana y Venezuela.

ix. ***Costo administrativo***. Teóricamente la diversificación de proveedoras y la competencia entre ellas reducirán los costos administrativos, para lo cual hay que generar y diseminar información sobre la acreditación y desempeño de las proveedoras, así como del costo y eficiencia. Pero este documento ha aportado evidencia abundante sobre los defectos siguientes: en muchos países los sistemas de información son incipientes o no están integrados o son deficientes; existe escasa información sobre el número de aseguradoras o proveedoras y su grado de concentración, aún menos sobre su desempeño; hay serias deficiencias en la acreditación de los proveedores en la mayoría de los países, así como notables obstrucciones a la competencia y la libertad de elección en muchos países. La OIT y algunos expertos argumentan que las reformas no han logrado mejoras significativas en la administración y utilización de recursos que resulten en costos más bajos, ni tampoco han evitado el incremento de los gastos en términos absolutos y en porcentaje del PIB.

Se demostró que un serio obstáculo para medir el costo administrativo y compararlo entre los tres subsectores (peor aún para evaluar el impacto de la reforma en el costo), es la falta de estadísticas normalizadas. Los costos en 18 países (no se pudieron obtener de Cuba y Haití) se calculan como un porcentaje del gasto (en dos países sobre el ingreso), en uno de los subsectores o en dos combinados o en todo el sistema (sólo tres países) y en años diversos. Los porcentajes más bajos del gasto administrativo sobre el gasto total se encontraron en: el subsector público-seguro

social de Chile (1%), los seguros sociales de Costa Rica (4%), Panamá (4,7%), Uruguay (5,2%)—los dos últimos no han experimentado reformas profundas, y Argentina (8%). Estos cinco países son también los que tenían los costos más bajos en 1980-1989, antes de la reforma y cuatro son del grupo pionero. Les siguen los seguros sociales de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua (10-11%), los subsectores públicos de República Dominicana, Colombia (todo el sistema), México, Paraguay, Venezuela y Nicaragua (14-17%), el subsector público-seguro social de Brasil (22%), y el seguro social de Perú (65,3%, el más alto en los tres subsectores y la región). La información escasa disponible del subsector privado indica que es superior a los de los subsectores público y de seguro social en 15 países de los 18 países: 17,5% en Chile, 18,3% en Colombia y 33,6% en la República Dominicana. En los tres países en que se pudo comparar el gasto administrativo entre subsectores público o seguro social y privado, el último fue substancialmente superior: Chile 1% y 17,5%, República Dominicana 14,1% y 33,6%, y Colombia 15,4% y 18,3%. En Chile el costo administrativo por beneficiario de las ISAPRES es 26 veces superior al del subsector público; en Costa Rica, las atenciones de alta complejidad privadas son entre 41% y 131% más costosas que el seguro social. Es crucial comparar los gastos de los subsectores público y privado en Brasil, Nicaragua y Perú pero no hay cifras del subsector privado. El gasto superior actual en el seguro social reformado del Perú en 2003 era el triple que el porcentaje de dicho gasto antes de la reforma. Aunque las comparaciones hechas en este documento no son perfectas, permiten concluir que la reforma y la privatización no han logrado gastos administrativos bajos, exhiben costos superiores a los de los subsectores público y de seguro social en 15 países y en un caso han aumentado los costos anteriores. Si bien se requiere más investigación, puede argumentarse que los costos más altos del subsector privado se explican porque la fragmentación de aseguradoras y proveedoras les impide que se beneficien de economías de escalas, a más de que tienen gastos de ventas o comisiones y publicidad, así como ganancias, que no existen en los subsectores público y de seguro social.

La parte más importante del gasto administrativo es personal y las proporciones del gasto total dedicado a ese rubro fueron (de mayor a menor): 74-64% en Ecuador, México, El Salvador y Nicaragua, 61% en Costa Rica, 55% en Uruguay (tanto en el seguro social como en las proveedoras privadas sin ánimo de lucro), 50% en Colombia, 43-48% en Guatemala, Ecuador, Perú y República Dominicana, 36% en el público-seguro social de Chile y 32% en el subsector público de Uruguay. Los países con las proporciones más altas asignadas al personal dejan pocos recursos para hacer frente a rubros críticos como medicamentos, insumos médico quirúrgicos, alimentos e inversión. No se encontró ningún patrón o relación entre el subsector y el porcentaje del gasto asignado a personal. Desafortunadamente, no se pudo obtener información del gasto de personal en las aseguradoras y proveedoras privadas. No obstante, el porcentaje de empleados puramente administrativos en el personal total fluctuó de 7% a 26% en el público, 14% a 37% en el seguro social y 8% a 32% el privado, aunque es necesaria información de más países, el rango privado es superior al del público, pero inferior al del seguro social.

x. ***Participación en la gestión***. Aunque es necesaria mayor investigación e información de más países, se encontró muy reducida representación, extensión y participación social activa, salvo en el seguro social y las excepciones notables de Brasil y Costa Rica, con funciones muy variadas desde apoyo a promoción de la salud a cogestión de establecimientos. No hay participación social en el subsector privado con ánimo de lucro (salvo en las proveedoras privadas en Colombia y Costa Rica), aunque sí en algunas ONG y entidades sin ánimo de lucro.

La autoridad máxima nacional de todo el sistema o del subsector público no tiene representación social en cinco países (Brasil, Cuba, Chile, Ecuador y México) pero sí en cuatro países Colombia, Nicaragua (1 entre 27 miembros), República Dominicana (6 entre 9 miembros) y Venezuela (2 entre 7 miembros). En el seguro social existe mayor participación social en la gestión ya que en 14 países hay directorios o juntas compuestos por representantes de los trabajadores, empleadores y gobierno (también pensionados y profesionales en algunos) y los representantes no

gubernamentales tienen mayoría en siete países (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Perú), pero están en minoría en cinco países (El Salvador, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela), en dos no se pudo obtener la composición. Los órganos participativos a nivel intermedio o local operan en los 20 países, pero fue imposible obtener su composición en la mayoría y sólo se consiguieron cifras diferentes de seis países sobre cobertura o avance en la implantación: 100% en Brasil y Costa Rica, 15-20% en Ecuador y Perú, y 4-7% en Panamá y Paraguay. Hay órganos débiles o con reducida participación en Colombia, El Salvador y Guatemala. Según encuestas de participación en tres países: 68% de los asegurados no tenía vías de expresar opiniones aunque 92% estaba dispuesto a dar su criterio (Argentina); sólo 38% de los hospitales tenía un miembro de la comunidad y 66% tenía asociaciones de usuarios pero eran poco activas e informadas, los usuarios ordenaron 4 (entre 0 y 10) el acceso a la información y 39% de ellos no había sido informado de sus derechos (Colombia); los miembros del comité de consulta social desconocían la organización, financiamiento y presupuesto que eran manejados por el gerente, 61% de los usuarios desconocía la existencia del comité de consulta y 75% opinó que no había participación (El Salvador). Las funciones de los órganos de participación social locales en ocho países son muy variadas al nivel local: apoyo a las autoridades en promoción y prevención (México); discusión de políticas, asesoría, propuestas (Argentina, Chile, Venezuela); formulación de estrategias y planes (Paraguay); elaboración y ejecución de la política, decisión sobre uso de recursos, recepción de información y rendimiento de cuentas (Brasil); fiscalización del funcionamiento, uso de recursos, calidad de la atención y cumplimiento de los compromisos de gestión participando en su discusión (Costa Rica); firma de convenios de administración compartida en establecimientos de primer nivel (Perú).

En cinco países existe una Defensoría pública que atiende reclamos y denuncias en aspectos de salud (Colombia, Costa Rica, Perú, República Dominicana y Venezuela en proyecto); otros dos países tienen entidades públicas a nivel nacional que realizan funciones similares (Chile y México).

b. Políticas

La OPS ha identificado, entre ocho tareas fundamentales pendientes de la reforma de la salud, las siguientes: (i) el fortalecimiento de la infraestructura y práctica de la salud y la evaluación de sus procesos y resultados; (ii) el reforzamiento de las funciones supervisoras de las autoridades sanitarias; (iii) la reorientación de los sistemas de salud y sus servicios de acuerdo con criterios de promoción y prevención, y (iv) el incremento de la participación y control social en los diversos niveles del sistema de salud0. Es necesario definir que bienes y servicios son primordialmente públicos por naturaleza (y su provisión y financiamiento, por tanto, una responsabilidad intransferible del Estado) y cuales son de naturaleza privada. El mayor reto de la región es definir el papel y funciones del Estado, el ministerio de salud y la superintendencia (donde ésta existe), a fin de otorgarles el poder político, administrativo y financiero necesarios para efectuar sus funciones y delegar las que no le correspondan. Las funciones propias de la autoridad sanitaria deben ser entre otras: (i) diseño y ejecución de directrices y políticas de salud dentro de un marco descentralizado; (ii) regulación, supervisión y monitoreo del sistema de salud incluyendo armonización y supervisión de agencias públicas descentralizadas que proveen servicios en vez de la administración directa de dichos servicios; (iii) diseño de manera conjunta entre los varios actores, de planes estratégicos para coordinar los esfuerzos y recursos de los subsectores público y privado; (iv) reconciliación de las necesidades de salud con los recursos provenientes de varias fuentes de financiamiento, así como asignación de los recursos entre los diferentes agentes de salud (públicos e individuales) con base a criterios de eficacia, transparencia y responsabilidad; (v) establecimiento de mecanismos para contratar o acordar compromisos de gestión de servicios que paguen a los proveedores de acuerdo con criterios de desempeño basados en procedimientos y resultados; (vi) organización de “programas que son de responsabilidad ineludible del Estado, financiados con fondos públicos, dirigidos a toda la población, focalizados a los problemas que presentan el mayor peligro a la salud, y ofrecidos de manera universal, obligatoria y gratuita”, incluyendo la garantía de acceso

universal a necesidades básicas de salud, la mejora de la calidad de la atención, y la promoción de la equidad en el acceso y financiamiento de los servicios basados en la solidaridad; (vii) determinación del contenido de los servicios básicos de salud públicos que son de responsabilidad estatal; (viii) evaluación del grado de satisfacción de la población con el fin de vigilar los efectos de las políticas en los usuarios e identificar fortalezas y debilidades del sistema para poder tomar medidas apropiadas, y (ix) apoyo a la participación y control social en la comunidad y dentro de las diversas instituciones y niveles del sector. Estas funciones requieren un cambio legal, financiero y político de las autoridades de salud (que han sido tradicionalmente débiles y concentradas en la provisión), así como de la capacidad de su personal. La OPS, sin embargo, advierte que la "salud pública" no es sinónima con la responsabilidad estatal de salud, porque abarca mucho más que las tareas que pertenecen al Estado y no cubre todo lo que el Estado puede hacer en este campo. Si bien el Estado juega un papel intransferible en la provisión de servicios o en asegurar el desempeño de funciones esenciales de salud pública, estas son sólo parte de sus responsabilidades. Así mismo, la OPS no identifica "la autoridad sanitaria" con el antiguo monopolio ejercido por el ministerio y la concentración de las funciones directivas en una sola institución, puesto que ahora hay múltiples actores en la salud. Por ello recomienda la creación de varias instituciones complementarias y especializadas, por ejemplo las superintendencias que existen ahora en varios países, y entidades independientes que tengan funciones de control, rendición de cuentas y auditoria de las autoridades reguladoras (OPS 2002a: 139-144).

i. ***Integración o unidad.*** Entre los dos extremos de total integración en Cuba y alta segmentación sin coordinación en Bolivia, varios países de la región han logrado un punto medio como Costa Rica, Chile y Panamá. Pero en 12 países subsisten, a pesar de la reforma, tres subsectores segmentados y sin coordinación. La clave es la creación de varios tipos de conexiones entre los tres subsectores para que funcionen de manera coordinada a fin de facilitar la extensión de la cobertura y mejorar la provisión en términos de equidad, calidad y eficiencia. A ese efecto los proveedores deben organizarse en redes para ofrecer servicios a una población definida, reducir la segmentación y duplicación de servicios, cubrir lagunas de cobertura y maximizar el uso de la capacidad instalada, personal y financiamiento disponible.

En la mayoría de los países, en que existe separación entre los subsectores público y de seguro social, es importante lograr una coordinación efectiva entre ambos o integración de sus funciones, planeando conjuntamente la inversión en instalaciones (comenzando por los niveles inferiores y gradualmente extendiéndolos hacia los superiores: postas, centros, ambulatorios, clínicas, hospitales locales, regionales y nacionales), así como también del equipo, para generar economías de escala, evitar duplicaciones y llenar vacíos en la atención. Esta coordinación y eventual integración al menos funcional requiere resolver la dicotomía entre asegurados y no asegurados, la cual envuelve problemas financieros (cotizantes y no cotizantes) y socio-políticos: dos clientelas distintas con prestaciones diversas. La homologación de las prestaciones al nivel público lógicamente provoca la resistencia de asegurados a la entrada de los no asegurados si no se garantiza el mantenimiento de la oportunidad y la calidad de los servicios. Costa Rica resolvió este problema traspasando las instalaciones del subsector público al seguro social y obligando a éste a atender a la población no asegurada mediante transferencias del Estado para cubrir su costo. Panamá podría hacer otro tanto pues el seguro social cubre ya dos tercios de la población, tiene antecedentes de integración y sería relativamente fácil pasarle al seguro social los servicios de provisión del ministerio, salvo los bienes públicos. En Cuba no existía un seguro social de enfermedad-maternidad y esto facilitó la creación de un sistema público universal y gratuito totalmente financiado por el Estado, pero la réplica de este modelo es muy difícil en la región, por razones financieras y políticas a más de que un monopolio público total envuelve problemas de eficiencia. Brasil logró la integración de los dos subsectores con financiamiento de impuestos, pero aún tiene que mejorar la coordinación del sistema, especialmente entre los gobiernos federales y estatales. Chile ha avanzado en la articulación del sistema y en la regulación del subsector privado corrigiendo errores iniciales del modelo.

Argentina mantiene un sistema de alta segmentación sin coordinación, con tres subsectores diferenciados e incluso fragmentados entre sí, escaso poder del gobierno central frente a la autonomía de las provincias, continuada desigualdad entre las entidades del seguro social, y falta de un marco regulador común para el subsector privado (salvo las prepagas), se requiere una reforma profunda en que gradualmente sean integrados o al menos coordinados los subsectores, se establezca un marco regulador general para todo el sistema incluyendo todas las aseguradoras y proveedoras, se redistribuyan los recursos coparticipados del gobierno central y las provincias a fin de crear mecanismos para la adopción de políticas consensuadas que reduzcan las desigualdades regionales y entre provincias. Además es esencial que las normas se ejecuten, especialmente en las provincias y en el subsector privado. La actual complementación entre las OS provinciales y servicios públicos provinciales justificaría la unidad de ambas entidades.

En la mayoría de los países de la región en que hay tres subsectores segmentados sin coordinación, la meta de integración es difícil pero no imposible. En aquellos que tienen baja cobertura del seguro social, el ministerio soporta una carga pesada para proteger a la mayoría de la población y hay recursos fiscales escasos, habría que considerar la integración del seguro al ministerio (lo contrario sería más difícil y costoso) al estilo de Brasil o Chile, con tratamiento similar o diverso del subsector privado, pero evitando los errores y fallas cometidos en ambos países y aprendiendo sus lecciones. El hecho de que este grupo de países no tiene sistemas político-administrativos federados sino gobiernos centrales podría facilitar el proceso. Un paliativo para los asegurados y evitar incentivos perversos a la evasión sería que a cambio de sus cotizaciones ellos reciban atención del sistema integrado más allá del paquete básico público que debe ser universal. Las prestaciones adicionales serían extendidas gradualmente a los no cotizantes según sea viable financieramente; en todo caso el proceso debería seguir la estrategia sugerida al comienzo de esta sección. Si esta no fuese factible por obstáculos políticos, el seguro social no debe recibir subsidios fiscales (mucho menos los programas separados) ya que estos deben asignarse para mejorar la atención de la mayoría no asegurada.

La integración de los programas separados o segmentados del sistema general de salud sería fundamental para garantizar los principios de universalidad, igualdad de trato, solidaridad y unidad, a más de reducir costos y generar recursos con el fin de ayudar a extender la cobertura, proteger a la población vulnerable y mejorar la calidad de las prestaciones. Esta medida es aplicable a todos los países (salvo Costa Rica y Panamá) en cuanto a las fuerzas armadas, así como a 18 países respecto a otros programas separados.

ii. ***Separación de funciones****.* La separación de funciones es una de las acciones de la reforma que han provocado mayor oposición política así que hay que ejercer cautela en la estrategia a aplicar y el modelo a seguir, especialmente en el aseguramiento, financiamiento y provisión. No hay un modelo perfecto y cada país tiene que decidir cual es el más apropiado de acuerdo con sus propias características, necesidades y capacidad financiera y política. En los nueve países en que no hay separación alguna de las funciones de regulación, aseguramiento, financiamiento y provisión, pues que están concentradas total o parcialmente en cada uno de los subsectores es importante avanzar en el proceso de separación, la pregunta es ¿en qué grado? El único modelo de separación total de funciones es Colombia pero quizás ha ido muy lejos al crear organismos separados de aseguramiento y provisión; después de 12 años de reforma este modelo sigue siendo excesivamente complejo y costoso, por lo que hay propuestas para reformarlo; la República Dominicana cuya ley contempla una organización similar confrontará problemas similares, otros países deberían de aprender las lecciones colombianas. El modelo chileno es el segundo en el grado de separación de funciones, pero es más simple que el colombiano y ha probado que funciona aunque han sido necesarios muchos ajustes, relacionados con la regulación y control del subsector privado, sus abusos, la selección de riesgos y los subsidios cruzados, pero la legislación de los últimos 15 años ha ido corrigiendo gradualmente la mayoría de esas fallas, de forma que es un modelo más viable. Cinco países tienen separación parcial de funciones y el modelo costarricense es sencillo y el que

tiene mayor experiencia, pero el seguro social debe hacer las inversiones necesarias en equipo e infraestructura en vez de delegar, sin un plan y crecientemente, la provisión al subsector privado, a fin de lograr un mejor balance; también debería regular de manera adecuada a las proveedoras privadas, especialmente en cuanto a la calidad de sus servicios y evaluación, y romper el monopolio de planes de seguros médicos y prepaga por el INS (con la consiguiente regulación de dichos planes). El modelo uruguayo requiere de mucha mejor integración y un marco general regulatorio de todo el sistema, además las mutuales y cooperativas proveedoras (IAMC) son únicas en la región con una larga tradición no fácil de reproducir. Los modelos de Nicaragua y Perú son recientes y se necesita más experiencia para evaluarlos.

La rectoría, política y probablemente regulación (ver sección siguiente) deben mantenerse en el ministerio, como ahora está en todos los países, pero reforzando su capacidad en la mitad de ellos países donde es débil; estas funciones deben abarcar a todo el sistema, o sea, todos los subsectores, incluyendo programas separados y el privado (ver sección siguiente). Hay varios países con un fondo de financiamiento público separado pero sólo el de Colombia se aplica en todo el sistema y tiene una función compensadora y solidaria; el de Chile tiene funciones similares pero sólo se aplica al subsector público-seguro social; el de Argentina financia el paquete básico también con solidaridad; los otros dos (Brasil y Uruguay) se dedican a financiar atención de alta complejidad sólo (ver sección 6-b-i.e.). En Costa Rica el aseguramiento y el financiamiento siguen en el seguro social, aunque la provisión está en parte delegada. Con respecto a la provisión ya se han indicado los modelos generales que podrían servir de pauta; en los países en que el seguro social no tiene instalaciones propias en regiones o departamentos o municipios, habría que delegar la atención (especialmente los niveles secundario y terciario) a entidades privadas con preferencia sin ánimo de lucro (Uruguay) pero también las que tienen ánimo de lucro (como se hace en Honduras), pero no totalmente (como se hace en Nicaragua). En Brasil el subsector privado funciona independientemente del sistema público-seguro social, sin conexiones organizativas, institucionales y financieras, salvo su regulación y supervisión por el gobierno federal y es muy variado: empresas prepagas, cooperativas médicas, grandes empresas con planes de salud para sus empleados y seguros médicos de reembolso; este modelo es bastante típico de este país y para aplicarse en otros habría que establecer mejores y más reguladas relaciones entre los dos subsectores. Algunos países han delegado parte de la provisión en el primer nivel a la medicina de empresa (en Costa Rica, mucho menos en Honduras), lo que con adecuados controles de calidad e incentivos para la referencia y contrarreferencia, tendrían efectos beneficiosos: descongestionar la consulta pública o del seguro social, ofrecer atención más cercana y personal y aumentar la satisfacción del usuario; a los empleadores que provean estos servicios podría reducírsele parte de su cotización, de manera proporcional a los servicios brindados, pero parte se mantendría en el seguro social para solidaridad y extensión de la cobertura.

iii. ***Regulación y supervisión***. En la mayoría de los países el ministerio se encarga de la regulación y supervisión, pero en seis hay una superintendencia que puede combinar ambas funciones o concentrarse sólo en la de fiscalización. Cualquiera que sea la entidad que se escoja, es necesario fortalecer la función reguladora pública, con el fin de: establecer un marco normativo común para todos los subsectores bajo una sola entidad o agencia (ministerio o superintendencia); introducir o reforzar la equidad en la salud desde un punto de vista distributivo; regular las aseguradoras y proveedoras privadas para que éstas tengan una infraestructura y capacidad técnica y gerencial adecuada inicial que reúna los requisitos exigidos y permita su aprobación, no puedan practicar la selección de riesgos, informen en forma periódica a sus afiliados respecto a los hospitales o clínicas mas adecuados a sus planes de salud, especificando claramente lo que cubre dicho plan y el copago que tendrían que abonar para prestaciones extra al plan, también mejoren la información respecto a los laboratorios y médicos y las tarifas de estos; las proveedoras debe ser monitoreadas para asegurar que cumplen las normas y ofrecen servicios de calidad adecuada. En Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela es necesario fortalecer la función

reguladora y aplicarla a todo el sistema. En Argentina y Brasil hay que coordinar e idealmente establecer un marco regulatorio mínimo común para el nivel central y los estados/provincias; en Argentina la regulación debería asegurar el control de calidad de las prestaciones, acreditaciones, antecedentes de los accionistas en el subsector privado, y capacidad de gestión, etc. En Costa Rica hay que resolver la falta de regulación y supervisión adecuada de los proveedores privados, así como de los planes de seguros y prepaga y de la relación entre el seguro social y los proveedores privados. En Uruguay hay regulaciones diferentes para los tres subsectores en incluso dentro del privado por lo que es necesario un marco regulatorio común.

En los países que decidan por una superintendencia, ésta debe ser realmente independiente del gobierno y una medida positiva sería desconectarla de los cambios presidenciales, haciendo obligatorio que el superintendente sea un técnico de prestigio, nombrándolo por un período más largo o haciendo que su período no coincida con el del presidente de la nación, y hacerlo inamovible durante dicho período salvo por causas razonables muy específicas determinadas en la ley. El personal de la Superintendencia debe ser técnico, seleccionado en base a sus conocimientos y experiencia y remunerado adecuadamente. La Superintendencia debería fiscalizar a todos los subsectores, siguiendo el ejemplo de Colombia (donde supervisa a todas las aseguradoras y proveedoras, públicas, privadas o mixtas) y el reciente de Chile que unificó los dos organismos supervisores que antes existían (FONASA para el público y la Superintendencia de ISAPRES para el privado) en uno sólo que supervisa a ambos. Este ejemplo debería ser seguido en Argentina (donde la Superintendencia sólo supervisa al seguro social—OS), Brasil (donde hay múltiples organismos federales supervisores del subsector público y dos en el privado), y otros 10 donde no hay regulación ni control sobre el seguro social que es autónomo, ni tampoco sobre el subsector privado: Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití (sólo aplicable al privado), México, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay; la regulación debe aplicarse por igual entre varios seguros sociales que funcionan en Bolivia y México (fuerzas armadas, policía y otros programas separados. La superintendencia u otra entidad autónoma y técnica tendrían que encargarse de medir y evaluar los resultados de las reformas.

iv. ***Descentralización***. Antes de iniciar un proceso descentralizador debe decidirse que modalidad es la adecuada, diseñar los mecanismos de coordinación entre varios niveles, determinar de manera precisa sus responsabilidades, desarrollar un marco regulatorio nacional claro y coherente para lograr la integración adecuada (no puede ser tan estricto que limite la adaptación a las necesidades locales), definir el sistema de financiamiento y entender bien la mecánica. Debe ser precedido de un estudio de factibilidad (financiera, tamaño y capacidad del personal, costos, coordinación de la inversión, etc.), así como de pruebas pilotos y hacerse gradualmente para detectar problemas e introducir correcciones. Requiere compromisos firmes políticos y financieros del gobierno central y continuidad en los mismos, los cambios de orientación en períodos cortos crean confusión y no permiten que las políticas den fruto. Es esencial determinar previamente cuantos recursos son necesarios, así como las fuentes de financiamiento, y asegurar un flujo estable de fondos. Para que sea efectiva, la descentralización debe ir acompañada de la consiguiente transferencia de autoridad y recursos financieros y humanos. Los municipios y otras entidades a nivel local deberían tener suficiente flexibilidad, dentro de un marco regulador general, para organizar la atención de acuerdo con las necesidades específicas de las poblaciones en sus territorios. El personal debe ser nombrado de acuerdo a criterios técnicos no políticos, entrenado con anterioridad para desempeñar adecuadamente las nuevas funciones y recibir los incentivos adecuados con el fin de aumentar su productividad. Los hospitales deben funcionar en una red escalonada de niveles y compartir recursos, y debe haber mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia. A medida que avanza la descentralización (especialmente en países de tipo federativo, como Brasil y México), es esencial reforzar la función reguladora del gobierno central sobre todo el sistema de salud, para evitar descontrol y desigualdades. Si no se cumplen estos requisitos, la transferencia de funciones sin los recursos y capacidad necesarios provocará serios problemas y un probable fracaso del proceso.

Los resultados de la descentralización deben ser monitoreados para detectar problemas e introducir ajustes, pero debe evitarse que los indicadores sean tan numerosos y complejos que impidan una evaluación adecuada del desempeño. Se necesita investigación sobre la efectividad de la descentralización y la evaluación de sus resultados en relación con el diseño de políticas y su implementación. El efecto sobre la salud debe ser evaluado usando indicadores de impacto en vez de los tradicionales procedimientos burocráticos. Estos cambios promoverían mayor eficiencia, transparencia y rendición de cuentas, así como mejor acceso y calidad de los servicios.

v. ***Competencia***. La competencia, no vista como una panacea, sino como un instrumento para desarticular los monopolios o cuasi monopolios de los subsectores público y de seguro social con el objetivo de mejorar la eficiencia, la calidad y el costo de los servicios, es positiva pero dentro de un marco regulatorio para todo el sistema y supervisión pública que evite la discriminación de las aseguradoras privadas, controle la calidad de sus servicios y precios, y garantice la solidaridad del sistema. En Argentina, el número considerable de OS cerradas (provinciales, personal de dirección, fuerzas armadas, etc.) debería ser abierto y permitir la competencia entre OS y prepagas. Hay que evitar las obstrucciones a la competencia como las practicadas en Argentina, Colombia y la República Dominicana con resultados negativos a largo plazo. En Costa Rica los variados tipos de colaboración seguro social-privada al primer nivel (medicina mixta, de empresa, cooperativas, etc.) se reporta han aumentado el acceso, reducido los costos y mejorado la calidad y satisfacción de los usuarios, pero habría que desarrollar estadísticas comparativas de los resultados de estas experiencias, con las de la provisión directa por el seguro social y a través de la compra de servicios de proveedores privados, con el fin de evaluar sus resultados. En Cuba debería levantarse la prohibición del ejercicio de la medicina por cuenta propia, con la correspondiente regulación, siguiendo el ejemplo de más de 100 actividades cuentapropistas autorizadas y teniendo en cuenta que existe un excedente de médicos y necesidades insatisfechas. En Chile se requiere una mayor profundización de la competencia en la provisión de servicios entre el subsector público y el privado. En Honduras y otros países centroamericanos con un mercado muy pequeño de proveedoras privadas, habría que estimular y facilitar su entrada, fortaleciendo a las ONG y comunidades, proveyendo incentivos, entrenando a los encargados de las mismas, apoyando propuestas para financiamiento interno o externo, etc. En Nicaragua habría que abrir a licitación la certificación de las EMP y permitir la competencia entre éstas y las nuevas mutualidades organizadas por los sindicatos. En la República Dominicana debería abrirse a la competencia la aseguradora pública que tiene un monopolio virtual en los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado, así como en parte del contributivo.

Es necesario desarrollar estadísticas normalizadas en todos los países sobre el número de aseguradoras y proveedoras, así como su grado de concentración, que otros indicadores que permiten una evaluación mejor de la competencia. También habría que explorar vías de desarrollar aseguradoras en zonas rurales donde son inexistentes o muy escasas.

vi. ***Privatización.*** Las cifras sobre el porcentaje de la población afiliada a seguros privados o que recibe atención de proveedoras privadas son escasas y poco fidedignas, también hay pocas estadísticas sobre la propiedad o gestión privada de establecimientos, camas hospitalarias, médicos, laboratorios y equipos de tecnología de punta, lo cual constituye un importante vacío de información a los efectos de la regulación de este subsector. De ahí que se recomienda que los países elaboren dichas estadísticas con apoyo de los organismos internacionales.

vii. ***Libertad de elección***. Hay que procurar un balance entre la libertad de elección y la equidad a través de medidas que logren un mínimo de equidad en el sistema. En Argentina, Colombia y la República Dominicana debería permitirse a los asegurados escoger directamente la proveedora; en Argentina y Chile abrir las aseguradoras cerradas; en Nicaragua permitir a los asegurados que viven fuera de la capital poder escoger las mejores proveedoras que allí están ubicadas; en República Dominicana otorgar libertad de elección a los afiliados obligatorios a la aseguradora pública; en Argentina, Colombia y otros países establecer normas más estrictas y ejecutarlas para

que el empleador no haga o influencie la selección de la aseguradora; en Colombia asegurar la libertad de elección a los afiliados en aseguradoras con redes de proveedoras propias. Un modelo interesante en cuanto a la libertad de elección es Perú donde la decisión de quedarse o mudarse y la selección de la proveedora fuera del seguro social se hace por mayoría de los trabajadores de una empresa, además la mayoría puede también cambiarse de nuevo al seguro social o de proveedora.

El ministerio y/o la superintendencia deberían de asignar recursos para compilar y/o mejorar la información existente y divulgar de manera comparativa y sencilla los diversos planes de salud disponibles (primas, copagos, exclusiones, períodos de carencia, paquetes básicos, inclusión/exclusión de patologías complejas y costosas, etc.), informar a los asegurados de sus derechos y educarlos para que puedan hacer una selección informada y racional de aseguradoras y proveedoras. La superintendencia chilena ha realizado campañas en este sentido que debería realizarse en otros países.

viii. ***Eficiencia***: Es necesario desarrollar en la gran mayoría de los países un sistema de información nacional unificado, comprensivo y oportuno del sistema de salud, para identificar a los cubiertos, permitir una adecuada planificación, obtener información sobre los costos, evasión, morosidad y subdeclaración, determinar con precisión los gastos administrativos, ajustar los servicios del primer nivel a características demográficas y de morbilidad de la población atendida por áreas, etc. Los países que tienen varios sistemas de información fragmentados deben integrarlos en un sistema nacional. La seria escasez de estadísticas sobre eficiencia y la falta de medición sobre el impacto de la reforma demandan el desarrollo de indicadores normalizados para llenar ese vacío.

Es esencial reasignar el gasto y los recursos dando mayor prioridad al primer nivel de atención que en la mayoría de los países recibe un promedio de 20% del gasto total mientras que 80% se dedica a los dos niveles superiores, a pesar de que es más eficiente a largo plazo invertir más en el primer nivel que además cubre la mayor parte de las patologías en los países menos desarrollados. En 7 países (Bolivia, Ecuador, Haití, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela), la ocupación de camas hospitalarias en los subsectores público y/o de seguro social es excesivamente baja (37% y 57%) a pesar de que 30-40% de sus poblaciones carece de cobertura y hay necesidades urgentes de hospitalización. Además, el promedio de días de estancia tiende a ser alto y, si éste se redujese a niveles más acordes con los estándares internacionales, la ocupación disminuiría aún más. La segmentación de los sistemas de salud en dichos países resulta en concentración y duplicación de instalaciones en la capital y zonas más urbanizadas a par que deja vacíos importantes en zonas rurales y áreas urbanas deprimidas que es donde se concentran los no cubiertos, lo cual constituye una seria ineficiencia y una razón poderosa para la integración. Otro indicador de ineficiencia es la alta razón de médicos por una enfermera (promedios de 3,6 en el privado, 2,4 en el seguro social y 1,7 en el público) y a pesar de ello la matricula en las escuelas de medicina y sus egresados han aumentado considerablemente en algunos países; sería mucho más eficiente invertir esos recursos en el entrenamiento de enfermeras, personal auxiliar de enfermería y promotores de salud y asignarlos a las áreas con severas carencias. También hay que reducir las listas de espera para consultas y especialmente para cirugía; es una contradicción difícil de explicar que exista baja ocupación hospitalaria de una parte y largas listas de espera por la otra.

Es esencial en la mayoría de los países desarrollar un plan nacional integrado de capacitación de recursos humanos en salud. La selección y ascenso del personal debe seguir normas uniformes y hacerse en base a sus conocimientos, experiencia y desempeño, mediante concurso, evitando las influencias políticas. La carrera administrativa debería estar adecuadamente regulada para garantizar la estabilidad a los empleados que cumplen con sus obligaciones, pero simplificar los procedimientos para despedir a aquellos que no las cumplan, así como prohibir y sancionar las transgresiones éticas de profesionales de la medicina empleados en instituciones públicas o de seguro social que atienden pacientes privados en su horario de servicio público o les cobran honorarios o los remiten a su consulta privada. El salario, su incremento y el ascenso deben estar ligados a la productividad del profesional de la medicina y otros trabajadores, a través de incentivos conectados al desempeño, de manera que el

mayor logro de resultados de salud con iguales recursos y calidad de servicios sea premiado con aumentos salariales y promociones. Para que funcionen de manera eficiente estos mecanismos hay que diseñar y ejecutar un sistema de evaluación del desempeño del personal con criterios específicos y transparentes, y establecer el arbitraje para resolver quejas y conflictos. Los países han aprobado leyes recientes para introducir incentivos que conecten la remuneración con el desempeño (Costa Rica, Chile, Ecuador, Venezuela) deben ponerlos en efecto a la mayor brevedad y otros deberían seguir este ejemplo.

En Argentina hay que evaluar el impacto del fondo de redistribución mensual entre el personal del hospital que se basa en criterios de productividad y eficiencia. Es importante conocer los resultados de la metodología aplicada por la superintendencia para determinar la relación entre la capacidad de pago de las OS y un índice de gestión o desempeño que incluye varios indicadores.

En Bolivia es esencial entrenar más enfermeras profesionales y auxiliares, desconcentrar el personal; considerar la obligación de un servicio rural para los egresados de las escuelas de medicina; introducir incentivos para atraer al personal de salud profesional a las zonas rurales, especialmente enfermeras (tales como mejores salarios y/o bonos conectados con el servicio rural, provisión de vivienda adecuada); reducir las ausencias injustificadas y llegadas tarde con mejores mecanismos de control; reducir el sobreentrenamiento que roba horas a la atención.

En Costa Rica es necesario: crear un sistema de información comprensivo e integrado que permita determinar las necesidades de salud de la población, a fin de elaborar la planificación y hacer asignaciones de recursos de una manera efectiva; desarrollar un sistema de contabilidad de costos actualizados a fin de comparar estos con los costos de los proveedores privados que contrata y determinar cuales son los más convenientes, y evaluar las necesidades de compra de equipo propio (basado en las necesidades de salud poblacionales) y su costo de operación, antes de decidir comprar servicios de equipos privados, lo cual permitirá al seguro social obtener mayor información y mejores condiciones de negociación con el sector privado. También es importante conocer sus resultados del componente presupuestario parte del cual se asigna a un fondo de incentivos.

En Cuba las reformas del decenio del 90 lograron algunas mejoras en la eficiencia pero continuó declinando la ocupación hospitalaria y el promedio de días de estancia es muy alto, también ha disminuido la proporción del gasto asignado al primer nivel de atención a par que ha aumentado en los dos niveles superiores, además hay una asignación irracional de escasos recursos, porque se sigue invirtiendo en reducir aún más la mortalidad infantil (la segunda más baja en el continente) a par que sigue deteriorándose la infraestructura de agua potable y alcantarillado; es necesario asignar los recursos con mayor eficiencia, dando más peso al nivel primario y convertir hospitales con bajísima ocupación (por ejemplo pediátricos) en hogares de ancianos u hospitales geriátricos.

En Colombia hay que reformar el sistema para hacerlo menos complejo y más eficiente, eliminar las intermediaciones oportunistas y abusivas de las aseguradoras (ARS) que ponen en peligro el régimen subsidiado; agilizar y eliminar las desviaciones en el flujo de recursos del ministerio y FOSYGA hacia las proveedoras (IPS), diseñar y ejecutar políticas para la evaluación del desempeño y generar estadísticas sobre ocupación hospitalaria, días de estancia, listas de espera y otros indicadores de eficiencia .

En Honduras habría que remodelar y equipar las instalaciones de salud, dando prioridad al primer nivel de atención y cuando existan recursos hacerlo gradualmente en los niveles superiores; reformar el sistema de licitaciones públicas para que sea expedito, eficiente y con las necesarias cautelas; implementar un inventario computarizado y actualizado de medicamentos (teniendo en cuenta su vencimiento) y materiales.

ix. ***Costos administrativos***. La mayoría de los países o bien no ofrece información adecuada o la da de forma poco transparente y comparable con la de otros países; fue imposible obtener cifras comparables de los tres subsectores en ningún país. Por tanto, se necesita investigación para

estimar y hacer comparaciones adecuadas del costo administrativo entre los países y dentro de cada uno entre los subsectores público, del seguro social y privado. Los países tendrían que separar los gastos de administración de salud de los de otros programas del seguro social (como pensiones); los tres subsectores deberían desglosar los gastos de atención médica de los puramente administrativos, también ofrecer información precisa sobre que porcentaje de los gastos se dedica a salarios y beneficios del personal.

No obstante, la información disponible indica que los costos administrativos son excesivos en la mayoría de los países y, especialmente en el subsector privado, y deben ser reducidos. El rubro más importante del gasto es el personal y su salario y beneficios, de forma que habría que aplicar una serie de políticas para lograr una gestión más ágil y eficiente con menos personal pero más productivo, varias de las cuales ya se indicaron en la sección de eficiencia. Para controlar el crecimiento del empleo debería calcularse anualmente la relación de empleados por 1,000 asegurados y evaluar su evolución con indicadores de extensión de cobertura, mejora en la calidad de los servicios y satisfacción del usuario. Si hay personal excesivo debe reducirse jubilando a los que tengan la edad, despidiendo los que son innecesarios o no cumplen con sus obligaciones (pagándole las indemnizaciones a las que tengan derecho) y re-entrenando y reubicando a otros. Habría que considerar la conveniencia y factibilidad de que los profesionales médicos tengan dedicación exclusiva y no puedan ejercer de manera simultánea en los subsectores público, seguro social y privado. Es necesario cambiar la práctica extendida de pagar salarios a los profesionales de la medicina en base a una jornada de ocho horas sin control del cumplimiento efectivo de dicho horario, del número de pacientes atendidos y de su grado de satisfacción sobre la calidad de la atención recibida, así como basar los aumentos de remuneración y los ascensos no principalmente en la antigüedad sino en el desempeño.

También hay necesidad de una evaluación comprensiva, periódica y comparativa de los costos y calidad en todos los subsectores, que permita hacer decisiones más eficaces sobre la inversión y la delegación de la provisión (seleccionando aquellas que efectivamente resultan en un valor agregado), esto a su vez demanda un equipo capacitado técnicamente y transparencia en los resultados de dicha evaluación.

En los subsectores públicos y de seguro social el Estado debería regular los costos de gestión, ponerles un tope e introducir incentivos para su reducción; los gastos administrativos deberían estar sometidos a la auditoria de la superintendencia o una entidad pública preferiblemente autónoma con autoridad suficiente. Habría que establecer topes a la contratación de empleados del seguro social, así como institucionalizar un método de contratación y ascenso asentado estrictamente en el conocimiento y el desempeño como ya se ha indicado.

Para controlar los costos de las aseguradoras privadas habría que estimular a éstas a que inviertan en establecimientos propios (como ambulatorios y hospitales) para sus afiliados, modalidad que se ha mostrado es la que más permite controlar los costos, en vez de dar la libertad de escoger a cualquier proveedor y rembolsar parte del costo del servicio. Los exámenes anuales preventivos deberían ser obligatorios y para estimular a las aseguradoras a que inviertan en la prevención habría que proveer incentivos a los asegurados que permanecen más tiempo en una aseguradora.

x. ***Participación en la gestión.*** La OIT ha reiterado la necesidad de respetar el principio de participación de los interesados en la administración o tener un papel consultivo cuando la administración es pública (ministerio, superintendencia); la Conferencia de 2001 recomendó también el diálogo de los tres sectores para generar consenso social, especialmente cuando se debate una reforma del sistema. La OPS incluye el incremento de la participación y control social en varios niveles del sistema como uno de los ocho objetivos primordiales de las reformas y sistemas de salud. Muchas de las reformas de salud se hicieron desde arriba sin participación social y algunas en secreto. En reformas futuras debe haber un amplio debate público con participación de los sectores sociales involucrados, publicar y difundir las propuestas y procurar generar un consenso mínimo que legitime los cambios.

En las entidades administrativas máximas del sistema o del subsector público hay muy escasa o ninguna participación y control social y debe instrumentarse; en los pocos países en que existe participación ésta es usualmente minúscula y debe ampliarse, siguiendo el ejemplo de la República Dominicana donde 6 representantes sociales participan en una junta de 9 miembros. En el seguro social de 14 países la gestión es tripartita (trabajadores, empleadores y gobierno), pero en las juntas directivas de cinco países la representación social es minoritaria y debe ampliarse (El Salvador, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela) siguiendo el ejemplo de siete países donde hay representación mayoritaria del sector social (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Uruguay). Debe procurarse que la participación sea activa y efectiva y es aconsejable que para ser elegido a esos puestos, se requiera que los candidatos tengan las calificaciones necesarias y que estén obligados a informar regular y públicamente a su membresía de la gestión que realizan. El ejemplo de siete países donde existe una Defensoría de los asegurados o usuarios de la salud que tramita sus reclamos y tenga el poder de imponer sanciones directamente o a través de la superintendencia o del ministerio debe seguirse en el resto de los países que carecen de ese mecanismo de protección ciudadana.

Es necesario compilar y publicar información cuantitativa sobre la extensión de la implantación de los mecanismos participativos en la gran mayoría de los países, por ejemplo: el porcentaje de las entidades locales e intermedias en que funciona, el número de usuarios envuelto como porcentaje de la población en dichas entidades, la extensión de la participación en los hospitales y otros establecimientos autogestionados. Las funciones de los órganos participativos deben ser definidas clara y precisamente para evitar conflictos y facilitar la incorporación social. Es esencial divulgar los derechos de los usuarios y ciudadanos a la participación y promover ésta en los sistemas educativo y sanitario. La evaluación de la participación activa debe fiscalizarse periódicamente con encuestas de usuarios, comunidades y asegurados y publicarse sus resultados.

Una comparación entre los sistemas de pensiones con reforma estructural y los sistemas de salud reformados, muestra que los últimos no sólo tienen considerable más participación social sino que han desarrollado una variedad vastísima de órganos y funciones participativas. De manera que la participación en la salud no es un reto como en las pensiones, lo que es fundamental es asegurar que sea activa, efectiva y relevante a la política y gestión de la salud.

El fomento de la participación y control social, unidos a programas de información y educación ciudadana, son fundamentales cualquiera que sea el sistema, a fin de que los asegurados y usuarios se sientan parte del mismo, lo conozcan a fondo, critiquen sus fallas (a través de sus representantes en la administración), seleccionen de manera adecuada las aseguradoras y proveedoras (lo cual mejorará la transparencia y competencia del sistema), presionen para reducir el costo administrativo, puedan reclamar sus derechos, y tengan confianza en el sistema y en sus prestaciones.[235]

6. Sostenibilidad financiera

a. Conclusiones

Las reformas de salud intentan controlar el gasto de salud y reducir el déficit fiscal equilibrando los sistemas, a través de una mejora en la eficiencia (integración, separación de funciones, descentralización, competencia), una asignación más racional del gasto (focalización en los pobres, aumento sustancial del gasto en el primer nivel, mejor distribución regional), el incremento de los ingresos basados en cuotas de uso, el control del costo de los hospitales y medicinas, y el cambio de los

[235] Para políticas en esta sección ver Bitrán y Almarza 1997; Flood 1997; Wainer 1997; Arce 1998; Jaramillo 2000; Mesa-Lago 2000c, 2005a; Titelman 2000; Sojo 2001a; Centrángolo y Devoto 2002; Médici 2002a; OIT 2002a, 2002b; OPS 2002a, 2005; Banco Mundial 2003, 2004; Durán 2003; Martínez y Mesa-Lago 2003; Rossman y Valladares 2003; Torres 2004, 2005a; Arredondo 2005; La Forgia 2005.

subsidios fiscales desde la oferta hacia la demanda. En secciones anteriores hemos analizado como varios de estos objetivos no se han alcanzado en la mayoría de los países o han avanzado poco: sólo 3 o 4 países han integrado sus sistemas y separado las funciones, persisten serios problemas de eficiencia, el gasto en el primer nivel continua siendo muy bajo, las desigualdades entre las regiones no han disminuido sustancialmente, la autogestión hospitalaria ha avanzado poco. En esta sección se analizan varios aspectos de la sostenibilidad financiera: las tendencias en el gasto y su distribución, las fuentes de financiamiento, la evasión y la morosidad, los subsidios a la oferta versus la demanda, y el balance financiero de los sistemas. La OPS en una evaluación de la reforma respecto a la sostenibilidad financiera basada en seis indicadores, identificó tres mejoras: en la mitad de los países en la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público; en una minoría de ellos en la sostenibilidad a mediano plazo de los programas/ servicios públicos, y en la mayoría de los países en la información desagregada sobre el gasto aunque sin haber fortalecido la capacidad para construir tendencias y elaborar escenarios de gasto. Por el contrario, la evaluación detectó tres debilidades en la mayoría de los países: la precaria sostenibilidad de los nuevos programas; la creciente dependencia del financiamiento externo, y la incapacidad para reemplazar en el futuro los préstamos externos por fuentes de financiamiento interno. Otros expertos consideran que las reformas no han logrado superar la debilidad en el control de cotizaciones (evasión y mora).

i. ***Tendencias en el gasto y su distribución.*** El promedio regional del porcentaje gasto/PIB creció sostenida pero ligeramente de 6,3% a 6,7% entre 1997 y 2001. Los países con los mayores porcentajes en 2001 fueron los más desarrollados, con los sistemas de salud más avanzados y cobertura universal o casi universal (en su mayoría los del grupo pionero alto): 7-11% en Uruguay, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Panamá; la única excepción fue Cuba (6,1%), muy por debajo del rango de este grupo y el promedio regional. Los países con los niveles más bajos de desarrollo, sistemas de salud y cobertura tuvieron porcentajes inferiores al promedio regional (grupo tardío-bajo y dos menos desarrollados del grupo intermedio): 4-6% en Ecuador, Haití, Perú, Guatemala, Bolivia, Honduras y República Dominicana; Colombia y México países intermedios con sistemas más avanzados y coberturas mayores que esos seis tuvieron porcentajes algo inferiores al promedio regional (5,5 y 6,1%). Por el contrario, El Salvador, Nicaragua y Paraguay, países del grupo tardío-bajo tuvieron un porcentaje por encima del promedio (8%). Con pocas excepciones este ordenamiento entre los tres grupos es el mismo que existía antes de la reforma.

La tendencia en el porcentaje del gasto de salud/PIB en 1997-2001 no mostró cambios significativos: en 6 países se estancó (Brasil, Ecuador, El Salvador, Haití, Panamá y Perú), en 12 aumentó ligeramente (Argentina, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) y en 2 bajó (Colombia y Venezuela). El análisis en un período más largo (1991-2001), mostró que en 7 países hubo una tendencia creciente, en 7 decreciente y en 6 fluctuaciones sin clara tendencia. El gasto tiende a crecer debido a las transiciones demográfica y epidemiológica, que conlleva a una población más longeva con tratamientos más caros. La desaceleración, estancamiento o caída del gasto/PIB en algunos países se explican por la recesión económica, recorte del gasto público por programas de ajuste, catástrofes naturales y crisis política (como en Bolivia, Ecuador y Haití). No se pudo determinar si la reforma ha sido seguida de un aumento o disminución del gasto: en 6 países el gasto fue menor en 2001 que antes o al inicio de la reforma y en 5 países ocurrió lo opuesto, pero en la mayoría de los países no hubo una tenencia clara en el gasto, o la reforma recién estaba comenzando al final del período analizado.

Los porcentajes del gasto público y de seguro social aumentaron en la mayoría de los países en 1997-2001 (el público disminuyó en 7 países y el del seguro social en 4). En la mitad de los países hubo una caída en el porcentaje del gasto de las familias, se mantuvo estancado en 6 y sólo aumentó ligeramente en 3. Estas tendencias son positivas, pues mientras mayor es el porcentaje del gasto de salud directo de las familias, menos equitativo y más regresivo es el financiamiento/ gasto

de salud (financiamiento injusto). Los países menos desarrollados tienen los porcentajes más altos: 42-57% en Honduras, Paraguay, Guatemala, Haití, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana, lo cual combinado con la baja cobertura tienen fuertes efectos regresivos. Los países con los porcentajes menores (11-25%) son Cuba, Uruguay, Colombia y Panamá. El sistema totalmente público de Cuba (86%) exhibe el gasto de familias menor y debe tener un fuerte impacto progresivo. Uruguay tiene un alto gasto privado total (54%) debido al alto aseguramiento en IAMC que se refleja en seguros (37%), pero el gasto de familias es el segundo más bajo (16%). El seguro social unificado de Costa Rica (68% del gasto combinado con el público), exhibe el quinto porcentaje más bajo del gasto privado (29%) y toda la población pobre y de bajo ingreso está asegurada, de manera que el gasto de familia es principalmente de los grupos de alto ingreso y el impacto debe ser progresivo. Brasil tiene un alto gasto privado (58%), pero el directo de las familias es 37% y los planes de seguros 21%, aún así esta estructura del gasto es regresiva**.**[236]

A pesar de la visión convencional, los países con mayor avance en la privatización de los servicios de salud muestran participaciones pequeñas del gasto privado en seguros, prepagas, etc. en el gasto total: Chile 23%, Brasil 21%, Argentina 15% y Colombia 12% (con una tendencia creciente en 1997-2001 que después se revirtió). El porcentaje mayor de Uruguay se explica porque es en las IAMC que son privadas pero sin fines de lucro. Paraguay también tuvo un alto porcentaje (18%), probablemente debido a la baja cobertura de los subsectores público y de seguro social. El rango en el resto de los países fue 0,3-7%, salvo Paraguay con 17,5%.

El promedio no ponderado del gasto anual per capita regional en dólares internacionales en 2001 fue 360. Los países del grupo pionero-alto sobrepasaron ampliamente el promedio con los per cápita más altos (1,030 a 573 en Argentina, Uruguay, Chile, Costa Rica y Brasil); la excepción fue Cuba cuyo per cápita quedo muy por debajo del promedio (229), una indicación que aún no ha salido de la crisis económica. Por el contrario, los países del grupo pionero-bajo y dos menos desarrollados del grupo intermedio tuvieron per cápitas inferiores al promedio y los más bajos en la región (56 a 197 en Haití, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Ecuador y Guatemala). Los países con cobertura y desarrollo medianos se colocaron en el medio de los otros dos grupos, México y Panamá por encima del promedio regional y Colombia ligeramente por debajo probablemente por los serios problemas políticos y económicos que enfrenta. Una comparación del ordenamiento entre 1997 y 2001 indicó que 9 países no cambiaron su posición; 6 ascendieron en el ordenamiento (Costa Rica, Ecuador, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela), y 5 países bajaron en el ordenamiento (Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba y Nicaragua).

ii. ***Fuentes de financiamiento.*** Contrario a las reformas de pensiones, las de salud han mantenido las cotizaciones de los empleadores en 16 países (en otros dos se financian con impuestos), sólo Chile eliminó dicha cotización; los trabajadores no cotizan en cinco países (en Brasil y Chile el sistema se financia con impuestos), y en dos países la cotización es muy pequeña. El promedio no ponderado de las cotizaciones en 18 países en que estas se cobran son: 2,1% por el trabajador, 6% por el empleador y 0,3% por el Estado, para un total de 8,3%, de manera que el trabajador aporta 25% del promedio total, el empleador 74% y el Estado 1%. La norma mínima de la OIT estipula que los trabajadores no deben financiar más del 50% de las cotizaciones y los promedios de la región indican que se cumple con creces dicha norma pues el trabajador sólo aporta 25%. En contraste con 1989 parece haber ocurrido una reducción del promedio de la cotización del trabajador de 32% a 25%, y un aumento del promedio combinado del empleador y el Estado de 68% a 75%, pero esta comparación no

[236] Una comparación del ordenamiento de los países basado en su porcentaje de gasto de familias menor en 2001 y el índice de financiamiento justo de la OMS en 2000 muestra diferencias muy significativas en siete países. Dos países mejoraron: Brasil subió 8 puestos y Chile 6; mientras que cinco países empeoraron: República Dominicana bajó 8 puestos, Ecuador, Haití y Nicaragua bajaron 4 puestos cada uno, Guatemala bajó 3 y Colombia 2. Este grupo de cinco países tiene coberturas muy bajas de seguro social, mientras que los que mejoraron tienen coberturas universales.

es correcta pues la de 1989 se basa en el ingreso mientras que la de 2004 es un promedio de los porcentajes de las cotizaciones salariales. El análisis de los países muestra que todos menos Chile cumplen con la norma mínima.

Las reformas de salud uniformaron en varios países las múltiples cotizaciones al seguro social, pero subsiste la mutiplicidad donde hay varios seguros sociales o grupos separados que no han sido integrados, por otra parte aumentó la diversidad debido a la introducción de copagos, primas a los seguros privados, etc. El porcentaje de cotización total al seguro social varía entre los países: 12-15% en cuatro, 8-11% en la mayoría y 5-7% en tres; con dos excepciones, el porcentaje de cotización salarial tiende a aumentar con la cobertura y la antigüedad del sistema. Algunos países han mantenido por mucho tiempo topes a los salarios imponibles, sin ajustarlos a la inflación, por lo cual el monto de la cotización real se ha deteriorado mientras que aumentan los gastos. Además de las cotizaciones, en al menos cinco países los asegurados tienen que abonar copagos. La baja calidad y oportunidad de los servicios del seguro social en algunos países (Honduras, República Dominicana) ha llevado a una doble cotización, al seguro social y proveedoras privadas. Los pensionados cotizan un porcentaje de su pensión al menos en ocho países y en otros dos se financia con cotizaciones de empleadores y trabajadores en activo, y aportes estatales. La cotización legal del Estado no se cumple en varios países (ver sección siguiente). Los programas separados (fuerzas armadas, policía, etc.) se financian enteramente por el Estado o reciben fuertes subsidios fiscales; hay cotizaciones diversas entre los seguros sociales o grupos ocupacionales (Argentina, Bolivia, México, Paraguay, Perú y Venezuela).

La cotización del trabajador independiente equivale a la suma de los porcentajes de cotización del trabajador y el empleador en ocho países; en tres de ellos el asalariado no cotiza, por lo que el independiente cotiza el porcentaje asignado sólo al patrono, donde el asalariado cotiza, el porcentaje del independiente es 3.5 veces mayor, lo cual es el principal obstáculo para su cobertura. En Costa Rica el independiente cotiza según su ingreso y el Estado aporta un subsidio que disminuye con el ingreso; en la República Dominicana la cotización del independiente es igual a la del asalariado y el Estado aportará en el régimen contributivo-subsidiado. En Colombia hay una cotización de solidaridad que pagan los asegurados de alto ingreso en el régimen contributivo y se transfiere al régimen subsidiado; en Ecuador el seguro social campesino se financia con la transferencia de una cotización sobre la nómina salarial de los asegurados; en Perú el asegurado que se cambia a una prepaga sólo puede traspasarle parte de la cotización y el resto se queda en el seguro social. Por el contrario, en Chile el asegurado se lleva su cotización completa.

Los trabajadores independientes o facultativos individuales aportan sus cotizaciones directamente al seguro social o entidad proveedora; en tres países los agentes recaudadores son las cooperativas o asociaciones o sindicatos de trabajadores independientes y campesinos. En cinco países hay un fondo de compensación pero con funciones diversas: garantiza el paquete básico a todos los asegurados (Argentina), compensa los riesgos entre aseguradas (Colombia), transfiere subsidios decrecientes según el ingreso en el subsector público-seguro social y compensa riesgos por edad y género entres las aseguradoras privadas (Chile), y financia atenciones de alta complejidad (Brasil y Uruguay).

El subsector público se financia con asignaciones presupuestarias, cuotas de uso en la mayoría de los países y recursos externos. En al menos 12 países se cargan cuotas de uso a los usuarios del subsector público, sólo tres países no las cargan (Chile, Cuba y Perú, no hay información de Colombia, Haití y Panamá). En varios países se cobran las cuotas contra la ley (Argentina, Bolivia, El Salvador) o de manera informal contra la ley (Brasil, Costa Rica, Cuba). En varios países se exime a los pobres del pago de las cuotas y éstas se cargan según el ingreso (México, Uruguay) en otros se fija un tope en relación al costo de los servicios (República Dominicana). En los países donde no se exime a los pobres y grupos de bajo ingreso, las cuotas tienen un fuerte impacto regresivo y constituyen una fuerte barrera para el acceso a los servicios públicos (Ecuador, Paraguay).

iii. ***Evasión, morosidad y riesgo moral***. Hay pocas estadísticas sobre evasión y morosidad en el seguro social, y mucho menos homologadas para permitir comparaciones entre los países, tampoco hay información precisa sobre corrupción, fraude y riesgo moral. El porcentaje de los asalariados que cotizaron a todos los programas de seguro social en 10 países disminuyó en 7 y aumentó en 3 en 1990-2002, una indicación de que o bien había menos trabajadores asegurados o evasores o que había aumentado la morosidad. En 2002 el porcentaje de cotizantes fluctuó entre 29% en Paraguay y 98% en Uruguay, con la excepción de Argentina (debido a la crisis) los países del grupo pionero-alto tuvieron los porcentajes superiores y los del grupo tardío-bajo los inferiores. No hay cifras de evasión y morosidad en ocho países y en otros cuatro sólo sobre uno de los dos problemas. Aunque las estadísticas no son siempre comparables, la evasión sobre el total de asalariados en 7 países osciló entre 19-20% en Costa Rica y México a 73-77% en Paraguay y Honduras; la morosidad en relación al total de asalariados/afiliados o ingresos fluctuó en 10 países entre 5-7% en Panamá y Costa Rica a 59% Argentina. En mayoría de los países el seguro social recauda todas sus cotizaciones pero en al menos seis países el empleador retiene las cotizaciones para varios programas y las transfiere de manera directa a múltiples aseguradoras y proveedoras de salud, administradoras de pensiones, etc., lo cual es un problema engorroso y costoso para las empresas pequeñas y algunas medianas, también pudiera contribuir a un menor control de la evasión y la morosidad.

Las causas de evasión y morosidad detectadas fueron: la expansión del sector informal y proliferación de contratos o subcontratos, así como de microempresas ilegales, que no cubren a los trabajadores; el aumento de la cotización por la reforma que ha generado desincentivo para el pago; la complejidad y el alto costo de la tramitación de pago para los empleadores; la carencia de un adecuado sistema de información, registro y recaudación de empleadores y trabajadores para precisar la población afiliada y la morosidad patronal; la ausencia de métodos de medición y monitoreo de la evasión y la morosidad o de sistemas de control contributivo a las empresas pequeñas y medianas; la no comprobación de los derechos a los que solicitan servicios lo cual es un desincentivo al cumplimiento; la carencia de una unidad recaudadora central o cuando ésta existe relega las cotizaciones del seguro social de salud para recaudar impuestos más fáciles y lucrativos; la falta de un eficiente sistema de inspección y de autoridad para acceder a las nóminas de las empresas y entidades públicas para verificar el cálculo de las cotizaciones; los procesos administrativos pocos eficientes para firmar convenios de pago con las empresas morosas, los de ejecución inadecuados y lentos, y los judiciales excesivamente burocráticos y prolongados, y los recargos y multas muy bajos a los que incumplidores.

El Estado no cumple con sus obligaciones al seguro social como empleador, como tercero cotizante o como transferente de recursos para atender a la población pobre cubierta en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá y Venezuela. El gobierno, el seguro social y/o las aseguradoras tienen deudas cuantiosas con los hospitales públicos a los que no han reembolsado sus servicios en Argentina y Colombia. Las deudas acumuladas en dos países rondaban en US$2,500 millones en 2002. En ocho países se reporta corrupción o fraude: cobros por empleos ficticios, fraccionamiento de compras para evadir licitaciones, reclasificación de pacientes para cobrar procedimientos más caros, afiliados calificados como indigentes que no lo son y reciben servicios gratuitos, uso del carné de identidad por personas que no son aseguradas, enfermos que se afilian y esperan unos meses o pagan varios meses de cotización para recibir atenciones de alta complejidad.

Seis países han promulgado leyes o tienen proyectos legales en discusión que incluyen medidas para enfrentar problemas de evasión y morosidad (Costa Rica, Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú y Venezuela). Otros cuatro países están implantando medidas en la misma dirección o para recuperar adeudos (Argentina, Brasil, Honduras y Panamá).

iv. ***Subsidios a la oferta y a la demanda.*** Un objetivo de las reformas es cambiar la tradicional asignación de recursos o subsidios a la oferta hacia la demanda. Según la OPS esta es una de las estrategias más importantes para mejorar el desempeño de los servicios de salud, pero juzga que pocos países en la región han logrado avances.

Se obtuvo información sobre el tema en sólo 14 países y en varios no es precisa y reciente. En ocho de ellos la asignación de recursos continúa basada en la oferta, en vez de la demanda: Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. En otros seis países ha habido algunos intentos y avances pero no parecen haber logrado tampoco la transformación esperada: en Argentina los hospitales continuaban con presupuestos centralizados en 2001; en Brasil el gobierno federal no había eliminado el pago por servicios prestados y reembolso de cargos de hospitales y médicos en 2002 y había una yuxtaposición de ambos tipos de subsidios; en Colombia la mitad de los hospitales aún recibían subsidios a la oferta en 2000; en Chile sólo 20% de los recursos presupuestarios se asignaba por pagos asociados a diagnósticos en 2001; en México el seguro popular de salud, el primer programa que intentó el cambio, no transformó totalmente la tradicional asignación a la oferta y sólo los fondos federales frescos se asignan a la demanda y estos fueron reducidos en 2004; en Perú sólo se había hecho el cambio en 1% del total de hospitales en el país en 1998.

v. ***Balance financiero.*** Hay un serio vacío de información sobre el balance financiero y aún peor sobre el balance actuarial, dos áreas vitales para evaluar la sostenibilidad del sistema de salud en la región. El balance financiero del seguro social está disponible en 13 países, pero el del subsector privado sólo en tres; el déficit del subsector público y todo el sistema en Brasil y Cuba usualmente se cubren por el Estado. En el seguro social únicamente cuatro países generaron un superávit en 1999-2004: entre 6% y 30% de los ingresos (Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala). Nueve países arrojaron déficit entre 2,8% y 167% de los ingresos (Chile, Costa Rica, Perú, Panamá, México, Uruguay, República Dominicana, Ecuador y Venezuela). En el subsector privado Chile generó un superávit de 1.8% de los ingresos (pero decreciente de 7,7% en 1990) y Perú 10% de lo ingreso, mientras que Colombia y Uruguay arrojaron déficit de 5,7% y 7,3% respectivamente. La información sobre el balance actuarial en el seguro social, disponible en seis países, indica que las cotizaciones actuales tendrían que elevarse substancialmente para restablecer el equilibrio a largo plazo: en México de 12,4% a 147%, en Panamá de 8,5% a 10% y en Venezuela de 6,25% al menos a 13%.

Las causas del desequilibrio varían según los países, pero hay varias comunes: envejecimiento de la población y transformación epidemiológica; aumento de la informalidad, la evasión y la morosidad; filtraciones/corrupción; traspaso de toda o parte de la cotización del seguro social a aseguradoras o proveedoras externas; crisis económica y/o fiscal; imposición de un tope a las cotizaciones; insuficiencia del aporte estatal para financiar ciertos programas (indigentes, régimen subsidiado); deuda estatal que resulta en menores ingresos fiscales; fallo en entregar los fondos prometidos por el Estado o demora en su transferencia o recorte de fondos; incrementos en los costos de medicinas, equipo e insumos; aumento del costo del paquete básico; costo insostenible de las proveedoras; costo altísimo del programa de pensiones de los funcionarios del seguro social. En varios países el déficit se financió por un tiempo con trasferencias del programa de pensiones, pero esta práctica contribuyó a su desequilibrio y se ha suspendido, lo cual ha agravado el déficit del programa de enfermedad-maternidad. Los países del grupo pionero-alto (Cuba, Uruguay, Chile, Argentina) tienden a enfrentan los problemas más severos de sostenibilidad financiera por un proceso más acelerado de envejecimiento de la población.

Debido a la diversidad de tipos de reforma, no es posible establecer una relación entre ésta y el resultado del balance financiero, pero es significativo que más de dos tercios de los países sobre los que se dispuso de información sobre el seguro social sufrieron déficit, y dos de tres países también arrojaron déficit en el sistema privado, lo que indica que la reforma no ha cumplido su

objetivo de sostenibilidad financiera. En Perú, la información estadística del seguro social antes de la reforma mostraba una situación financiera sólida, pero déficit después de ésta. Tampoco se ha cumplido el objetivo de mayor eficiencia para reducir los gastos del sistema.

b. Políticas

Antes de diseñar la reforma y elaborar un proyecto de ley es esencial realizar una valoración actuarial para determinar el costo del sistema, las cotizaciones y aportes fiscales necesarios para el sostenimiento del mismo. En la República Dominicana, el proyecto de ley original ordenaba hacer dichos estudios previos al diseño, pero la versión final substituyó esa cláusula por otra que estipula estudios socioeconómicos cuatro años después de la promulgación de ley.

i. ***Cuentas nacionales de salud, tendencia y distribución del gasto****.* Ha ocurrido un avance en la metodología de cuentas nacionales de salud y la adopción de ellas por la mayoría de los países de la región. No obstante, las estadísticas disponibles más recientes varían de manera considerable entre 1990 y 2001, hay contradicciones importantes en series publicadas por organismos internacionales y regionales, así como en las series nacionales. Es necesario resolver estas discrepancias y elaborar series consistentes en los países. A ese efecto hay que desarrollar y perfeccionar las cuentas nacionales de salud y mantenerlas al día en todos los países. Esto permitirá conocer mejor el gasto, su distribución por subsector, nivel de atención y unidades geográficas (gobierno central, provincias o estados o departamentos, y municipios, distritos y comunas), así como sus distintos rubros, a fin de poder ejercer mejor control y tomar medidas para mejorar la eficiencia. También habría que crear bancos de datos sobre costos y precios para los hospitales y ambulatorios, evaluar el impacto redistributivo del gasto de salud, y diseñar fórmulas de distribución que aumenten la equidad de las transferencias federales a unidades descentralizadas.

El gasto de salud/PIB en los países menos desarrollados y con los niveles sanitarios más pobres sigue siendo muy bajo, con la excepción de tres (El Salvador, Nicaragua y Paraguay). Hay que estudiar como estos países han logrado este esfuerzo con el fin de determinar su viabilidad en otros del grupo pionero-bajo. La tendencia de incremento del gasto en los subsectores público y de seguro social es positiva, así como la reducción del gasto directo de familias, pero éste continúa siendo muy alto (37-56%) en la mayoría de los países que, salvo dos excepciones (Brasil y México), pertenecen al grupo tardío-bajo y los menos desarrollados del intermedio. Es esencial reducir el gasto de familia en estos países a través de las políticas analizadas en las secciones anteriores, como la extensión de la cobertura efectiva, el paquete básico, la reducción de inequidades de género, el reforzamiento de la solidaridad, los subsidios fiscales a los pobres, y una mejor vinculación con las necesidades de las poblaciones de los incentivos y mecanismos de transferencia de recursos del gobierno central/ federal a las unidades intermedias y locales. Por otra parte ha ocurrido un incremento del gasto en seguros, prepagas y otros similares por el grupo de mayor ingreso, aunque el porcentaje entre los países con mayor grado de privatización es sólo de 12% a 23%.

ii. ***Fuentes de financiamiento****.* La OPS considera que el reto financiero principal es organizar las variadas fuentes de financiamiento solidario a fin de que las necesidades de salud sean satisfechas con equidad y sean sostenibles. Para ello recomienda un fondo único regulado públicamente y basado en financiamiento solidario, con mecanismos de control social y rendimiento de cuentas como el más efectivo en reducir la exclusión social. Los fondos de compensación solidaria y redistribución juegan un papel crucial en disminuir las desigualdades entre grupos de diverso ingreso y riesgo o entre regiones de distinto desarrollo, mediante transferencias que garantizan un paquete básico de salud independiente del ingreso y el riesgo, programas de ayuda a la familia, así como gastos catastróficos o atenciones de alta complejidad y costo. Sólo cinco países tienen actualmente ese fondo en vigor y en la ley aún no ejecutada de otro, de manera que 14 deberían introducirlo. El fondo debe aplicarse a todo el sistema (en Chile hay dos fondos separados, para los subsectores público y privado); Argentina debería incorporar las OS provinciales y otras actualmente excluidas de aportes al referido fondo.

La transferencia del financiamiento basado en gran medida en la nómina hacia un sistema financiado por impuestos (como en Brasil y Cuba), es resistido por los países, debido a que les preocupa el aumento del gasto fiscal, temen que el Estado no cumpla con sus obligaciones o que su financiamiento sea insuficiente, además los cubiertos por el seguro social se oponen porque serían incorporados al sistema público y los sindicatos también porque perderían la cotización del empleador.

En los seis países en que hay segmentación y diversidad de cotizaciones entre diversos grupos de asegurados, habría que uniformar el porcentaje de cotización, también eliminar la doble cobertura por más de una aseguradora e integrar la cotización en una sola basada en el salario combinado. En los países en que hay una doble cotización al seguro social y proveedoras privadas hay que mejorar la calidad de los servicios del seguro social o, de lo contrario, permitir una deducción (no toda) de la cotización al asegurado. Las empresas que ofrecen servicios de primer nivel a sus empleados, también podrían deducir parte de la cotización, pero otra parte debería quedarse en el seguro social por solidaridad. En los países que por mucho tiempo han mantenido topes a los salarios imponibles, con lo cual el monto de la cotización real se deteriora mientras que aumentan los gastos, es esencial aumentar dichos topes (como en Honduras) y continuar haciéndolo en el futuro de acuerdo con la inflación; esta medida no sólo generaría más ingresos pero tendría un impacto progresivo en la distribución del ingreso.

El porcentaje de cotización del trabajador independiente no debería por razones de equidad y cobertura ser superior al del trabajador asalariado, ni tampoco obligársele a pagar el equivalente de la cotización patronal en los países en que el asalariado no cotiza. Los subsidios fiscales combinados con una cotización asequible de los independientes (como en Costa Rica y República Dominicana) ayudarían a incorporar a este grupo. También debe seguirse el ejemplo de otros tres países (Colombia, Ecuador, Perú) que tienen cotizaciones o mecanismos solidarios para ayudar en la extensión de la cobertura a los pobres, campesinos y otros grupos vulnerables o para reforzar la sostenibilidad del seguro social: cargar una cotización a los afiliados al seguro social especialmente cuando su cobertura es baja, urbana y concentra grupos de ingreso medio; retener parte de la cotización de los asegurados que se cambiar al proveedoras privadas.

Si la ley autoriza las cuotas de uso cobradas por los hospitales y otros servicios, éstas deben ser uniformes y aplicarse en todo el sistema. Los pobres deben ser exentos de su pago y las cuotas incrementarse según aumenta el ingreso del usuario. El producto de las cuotas debe utilizarse en mejorar los servicios en que se cargan. En la mayoría de los países se cobran cuotas de uso pero ilegalmente en varios de ellos o de manera informal y no ética por los médicos, estas prácticas deben erradicarse e imponer sanciones fuertes a los violadores; si esta acción fuera política y financieramente imposible entonces sería preferible reformar la ley e introducir cuotas de uso formales reguladas de manera adecuada y con las exenciones indicadas.

El ciclo económico afecta las fuentes de financiamiento, ya sean cotizaciones o impuestos, lo cual pone en peligro la estabilidad financiera de la atención y el paquete básico; los seguros sociales generalmente tienen una reserva pequeña de contingencias y el subsector público carece de ella, por lo que habría que estudiar la creación de un fondo de estabilización que se nutra con aportes en períodos de bonanza y se desembolse en etapas recesivas.

iii. ***Evasión y morosidad****.* A pesar de la importancia de este problema en la mayoría de los países hay muy escasas y deficientes cifras e incluso estimaciones sobre el mismo y sus tendencias, por lo cual es necesario generar las estadísticas necesarias para calcular su magnitud y diseñar políticas para su control y reducción. En el seguro social se requiere más regulación y control de la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos por los empleadores, así como ejecución del cobro (especialmente en Chile, el único que eliminó la cotización del empleador), y penalizar la retención y no transferencia de las cotizaciones como un delito. También es importante investigar las características de las empresas morosas (tamaño, sector económico, si son privadas o públicas) a fin de diseñar

políticas adecuadas para enfrentar el incumplimiento, y estimar que parte de la deuda es cobrable y que parte no.

En todos los países el Estado debería cumplir puntualmente con sus obligaciones como empleador, como tercero (cotización sobre la nómina salarial) o como transferente de recursos para financiar la atención de no asegurados, así como pagar las deudas que tenga ajustándolas a la inflación y con los correspondientes intereses. Si no lo hace y se deterioran los servicios se verá obligado a subsidiar el déficit del seguro social o hacerse cargo de todo el sistema de salud, lo cual le resultará más costoso a largo plazo.

Para enfrentar los problemas de evasión, morosidad y subdeclaración se recomiendan las medidas siguientes: introducir en la legislación el "delito de seguridad social" con fuertes sanciones y multas al incumplimiento; establecer una identificación única nacional para impuestos, seguridad social, etc.; modernizar el cobro y control del pago con mecanismos electrónicos (incluyendo el descuento automático y transferencia a través de bancos); reforzar la inspección, otorgar al seguro social la facultad de solicitar información sobre salarios a la oficina tributaria y el acceso a la contabilidad de las empresas; establecer controles cruzados con la oficina tributaria con la identificación única; retener de la devolución del impuesto sobre la renta los adeudos por cotizaciones de las empresas y traspasarlas a la entidad correspondiente; imponer las empresas la obligación de estar al día en sus cotizaciones para poder contratar con el Estado y optar por incentivos fiscales; suspender la matrícula en las cámaras de empleadores a aquéllos que son morosos, así como de la certificación para participar en subastas públicas y otras actividades; transferir directamente al seguro social las cotizaciones de los empleados públicos, bloquear los fondos del Estado y otras entidades públicas que hayan incurrido en morosidad y transferir las cantidades adeudadas; otorgar al asegurado el derecho a ser atendido aunque el patrono sea moroso y cargar los costos a éste; obligar a una empresa sucesora a pagar los adeudos por mora de la precedente; reforzar el derecho a cobrar las cotizaciones retenidas y no pagadas; ordenar el cierre de establecimientos y crear un tribunal especial ágil para las reclamaciones de deudas patronales. Estas medidas están incluidas en leyes o proyectos de leyes recientes de seis países (Costa Rica, Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú y Venezuela). Otros cuatro países están implantando medidas en la misma dirección o para recuperar adeudos (Argentina, Brasil, Honduras y Panamá). Se necesita una evaluación de la ejecución de dichas leyes y medidas para conocer sus resultados y poder reproducirlas en otros países.

Otras medidas serían permitir al trabajador la reclamación directa al patrono deudor, con el apoyo de un organismo público de defensa ciudadana o de los sindicatos o ambos, para evitar represalias. Habría que educar al asegurado para detectar la mora patronal, así como conducir campañas públicas para que los asegurados sean más conscientes de este problema y tomen acción. Si la deuda es incobrable habría que explorar la posibilidad de que el Estado la financie, pero esto podría volverse un incentivo para el incumplimiento. Los países que estén considerando nuevas reformas no deberían eliminar o reducir la cotización del empleador (como se hizo en varias reformas de pensiones), para evitar aumentos en la carga financiera sobre los asegurados y/o el costo fiscal y sus efectos adversos.

En mayoría de los países el seguro social es el recaudador de las cotizaciones para la salud, pero en al menos seis países (Bolivia, Chile, El Salvador, Nicaragua, Colombia y Perú) el empleador retiene las cotizaciones (para salud, pensiones, etc.) y las transfiere directamente a las diversas aseguradoras o proveedoras de salud, administradoras de pensiones y otros programas de seguro social, lo cual es un problema engorroso y costoso para las empresas pequeñas y algunas medianas, y podrían contribuir a un control menor de la evasión y la morosidad. Habría que hacer una investigación sobre cual de los dos métodos es el más eficiente en controlar la evasión y la morosidad, así como también en cuanto a sus costos.

En los países en que los asegurados en el subsector privado utilizan los servicios de hospitales públicos para atención de alta complejidad (Brasil, Chile, Perú) o en que los afiliados en los subsectores de seguro social y privado utilizan los servicios públicos (Argentina), habría que implementar mecanismos efectivos para el cobro de dichos servicios y deudas: un registro nacional y carné únicos que identifiquen a todos los asegurados y permita detectar con facilidad el uso de servicios, un sistema de cobro automático de las deudas descontándolas de las cotizaciones que perciban las entidades deudoras (como está haciendo Argentina)

iv. ***Subsidios a la oferta y la demanda***. El cambio de la tradicional asignación de recursos/subsidios a la oferta hacia la demanda es una estrategia importante para mejorar el desempeño de los servicios de salud, pero información de 14 países indica que no opera en ocho y en otros seis ha tenido un progreso muy reducido o modesto.

Esta es una de las áreas en que menos información cuantitativa se pudo obtener para este documento; el análisis más profundo parece ser el hecho en Colombia, pero se necesitan estadísticas sobre el avance del proceso y, especialmente, una evaluación sobre sus resultados en la calidad, eficiencia y costos de los servicios.

v. ***Balance financiero***. Para restablecer el equilibrio financiero del programa de enfermedad-maternidad del seguro social en al menos 9 países, es necesario aumentar los ingresos y reducir los gastos especialmente a través de la eficiencia. También es esencial conducir valoraciones actuariales periódicas a los efectos de asegurar el equilibrio a mediano y largo plazo, que sólo se reportan en seis países.

En los países en que el seguro social es la institución principal o una de las más importantes en la cobertura de la población es esencial separar de manera transparente la contabilidad de cada programa en cuanto a patrimonio, ingresos, egresos, inversiones, balance, etc. Es crucial prohibir las transferencias e inversiones del programa de pensiones al programa de enfermedad-maternidad (E-M) y éste debería tener infraestructura propia y ser autosuficiente. Las inversiones del programa de pensiones en hospitales, equipo e incluso gastos corrientes de EM pueden tener una función social pero no son líquidas y productivas, de ahí que conllevan a desfinanciar la reserva de pensiones y eventualmente contribuyen a la quiebra de éste y la de EM. También habría que considerar separar de manera transparente el financiamiento y fondos de programas contributivos y no contributivos o subsidiados por el Estado, para evitar que ocurran transferencias del primero al segundo cuando el Estado falle en el cumplimiento de sus aportes legales, de manera que se ponga presión pública y política en el gobierno cuando ocurra un déficit.

Para expandir las fuentes de ingresos y aumentar estos, así como equilibrar los sistemas se recomiendan las siguientes medidas: aumento del presupuesto nacional de salud para lo cual hay que ampliar la base tributaria, esto es posible en algunos países (El Salvador); asignar al sistema de salud un porcentaje de la venta de empresas públicas al sector privado (Bolivia hizo esto pero con destino al bono solidario no a la salud); crear una cotización de solidaridad que se transfiera del programa contributivo al no contributivo o subsidiado (Colombia); retener parte de la cotización a los asegurados que se pasen a proveedoras privadas (Perú); asignar una parte de los ingresos de la lotería nacional o de ciertos impuestos (por ejemplo, a las exportaciones de petróleo en Venezuela); incrementar el tope de cotización al seguro social en la mayoría de los países que tienen dicho tope (en los 6 países que otorgan cobertura parcial al cónyuge e hijos se aconseja ligar dicho incremento con la extensión de la cobertura a dichos dependientes); mejorar los servicios del seguro social o subsector público, donde sean deficientes, para promover el regreso de asegurados que se cambiaron al subsector privado y recapturar sus cotizaciones (en Costa Rica evaluar si es actuarialmente factible invertir en infraestructura y equipo internos, combinado con un sistema transparente de copagos por servicios especiales de alimentación y hotelería); cambiar la cotización fija a las proveedoras por un porcentaje sobre el salario o ingreso, lo cual no sólo aumentaría los ingresos, sino que ayudaría a restablecer el equilibrio y tendría efectos progresivos (respecto a las IAMC en Uruguay); invertir con mayor

rendimiento las reservas del programa de enfermedad-maternidad del seguro social (como se estipula en la ley de Costa Rica); en los pocos países en que están unidos el programa de enfermedad-maternidad y el de riesgos profesionales, separar ambos y establecer primas a cargo del empleador para el riesgos profesionales basadas en la siniestralidad de las empresas (en El Salvador, Honduras, Guatemala); aunque la tendencia universal es hacia la eliminación de impuestos con destino específico, estos han sido efectivos en algunos países (la República Dominicana), deberían ser progresivos y destinarse a la salud.

Para reducir los crecientes costos de salud habría que introducir las medidas de eficiencia ya indicadas más las siguientes: (i) asignar más recursos al nivel primario de atención y promover la prevención, no sólo en los subsectores público y de seguro social, sino también en el privado; hacer obligatorio un examen anual preventivo (la nueva ley de 2005 de Chile establece esta obligación a las aseguradoras que no efectuaban antes porque el examen no tenía efectos a corto plazo y los afiliados se cambian de aseguradora) o al menos proveer incentivos para premiar a los afiliados que se quedan en la aseguradora y toman las acciones preventivas disponibles (podría ser una fracción de la cotización que se depositaría en una cuenta para uso futuro cuando el envejecimiento incremente el costo de la atención); detectar al tiempo de la afiliación hábitos dañinos como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, los cuales tienen efectos adversos en la salud y encarecen su tratamiento, y tomar acciones para que esas personas abandonen dichos hábitos (incluso considerar cargar primas más altas para incentivar el tratamiento y evitar que haya subsidios cruzados de los afiliados sanos a estos grupos); hacer un diagnóstico precoz de enfermedades cardiovasculares y cáncer para tomar acciones tempranas; introducir mecanismos para disminuir la sobreprescripción, realización de acciones quirúrgicas innecesarias, otorgamiento de licencias de enfermedad fraudulentas, y sustituir el pago por acto médico por pago por problema resuelto o bien contratar a los profesionales como asalariados o darle utilidades en las compañías aseguradoras privadas.[237]

7. Impacto en los indicadores de salud (Eficacia)

a. Conclusiones

Debido a ocho razones de peso explicadas en esta sección no es factible medir el impacto de las reformas de salud en la eficacia. Los perfiles de los sistemas de salud preparados por equipos de la OPS y actualizados periódicamente en los 20 países incluyen la eficacia pero en virtualmente todos los perfiles se afirma que no existe evidencia o es prematuro o imposible cualquier atribución del impacto de la reforma en los indicadores de salud; varios países omiten el tratamiento de la eficacia, mientras que otros describen cambios ocurridos en los indicadores pero sin vincularlos con la reforma. El BID advierte que se necesitan estudios específicos para establecer una relación causal entre los cambios en los indicadores en 1990-1999 y las reformas.

No obstante, se mostró la evolución de ocho indicadores entre 1990 (el año anterior a la reforma en todos los países menos Chile y Cuba) y 2002 (el año más reciente para el que se tienen estadísticas): tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, porcentaje de menores de 5 años desnutridos, tasa de mortalidad materna, porcentaje de partos asistidos por personal profesional, porcentaje de la población con acceso a agua potable, porcentaje de la población con acceso a saneamiento, y esperanza de vida al nacer. En general se observó una mejoría en los indicadores (la mortalidad infantil disminuyó en todos) pero con excepciones importantes: (a) la mortalidad en niños menores de 5 años aumentó en Paraguay; (b) el porcentaje de niños desnutridos creció en 3 países (Guatemala, Panamá y Venezuela); (c) la mortalidad

[237] Para políticas y recomendaciones en esta sección ver Cruz-Saco 2000; Mesa-Lago 2000f, 2001b, 2003a, 2005a; Médici 2002a; Martínez y Mesa-Lago 2003; Arenas 2004; Lizardo 2004; Torres 2004; Titelman y Uthoff 2005.

materna se agravó en 8 (Cuba, Guatemala, Haití, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela); (d) los partos con asistencia profesional bajaron en 5 (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y Perú); (e) el acceso a agua potable disminuyó en 3 (Argentina, Cuba y Venezuela); (f) el acceso al saneamiento declinó en 2 (Cuba y Venezuela), y (g) la esperanza de vida decreció en Haití. Es posible que el uso de algunas fuentes diversas para los indicadores sea en parte responsable de los deterioros identificados, pero en Venezuela se registraron cuatro detrimentos, en Cuba, Guatemala y Haití tres deterioros y en Panamá y Paraguay dos. Las crisis en Cuba, Haití y Venezuela pueden haber contribuido a dicho deterioro y se exploró el posible impacto de aquellas en los indicadores a más de suministrar información adicional sobre otros indicadores. Pero no se pudo llegar a ninguna conclusión.

Se estimó un promedio aritmético de los ordenamientos de los ocho indicadores en cada uno de los países (puntuación), que permitió un *ranking* de 1 (mejor) a 20 (peor). Basado en las puntuaciones de 2002, Cuba, Costa Rica y Chile se colocaron a la cabeza (1, 2 y 3), con una diferencia pequeña entre sus puntuaciones y cerrando la brecha entre Cuba y Chile respecto a 1990), seguidos de cerca por Uruguay y Argentina (4 y 5) a más distancia; estos 5 países pertenecen al grupo pionero-alto, salvo Brasil que se ordenó 10. Le siguieron los cuatro países más desarrollados del grupo intermedio (México, Panamá, Colombia y Venezuela, puestos 6 a 9) y los tres países menos desarrollados de este grupo se ordenaron muy por debajo (Ecuador, Perú y Bolivia, respectivamente 11, 18 y 19). Los países del grupo tardío bajo se ordenaron en los puestos 11 a 20 (Paraguay, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Guatemala, República Dominicana y Haití). Una comparación entre los ordenamientos de 1990 y 2002, mostró que Cuba y Costa Rica mantuvieron sus puestos a la cabeza, Chile y Uruguay cambiaron de posición, Argentina y Brasil mantuvieron sus posiciones (pero Brasil en el puesto 10). México ascendió dos lugares, Panamá mantuvo su posición, Colombia bajó un puesto y Venezuela declinó tres puestos. Paraguay, Nicaragua y Guatemala sostuvieron sus órdenes, El Salvador ascendió un puesto, Ecuador y la República Dominicana descendieron dos lugares mientras que Honduras ascendió dos puestos; Perú, Bolivia y Haití se mantuvieron en los tres puestos inferiores. La brecha entre Cuba (primero) y Haití (último) se redujo un punto entre 1990 y 2002.

Fue imposible inferir si la reforma ha influido en los cambios en los ocho indicadores de salud y el ordenamiento de los países entre 1990 y 2002. Se analizó el caso de Colombia, que ascendió un puesto en el ordenamiento en dicho período y cuya reforma ha sido alabada por la equidad (ordenada por la OMS como primera en el mundo en 2000). Se mostró que si bien hubo mejoría en los ocho indicadores colombianos, especialmente en mortalidad infantil, dicha mejoría no fue significativa en comparación con otros países que experimentaron mayores avances. Pero no se arribó tampoco a ninguna conclusión.

b. Políticas

El análisis anterior demuestra la necesidad de diseñar metodologías para evaluar de manera uniforme el impacto de las reformas en los indicadores de salud en todos los países de la región. El BID (2004b) recién ha propuesto identificar y elaborar indicadores de impacto que permitan la evaluación y el monitoreo de los resultados de las reformas. La eficacia, sin duda alguna, es el factor más relevante para evaluar el efecto de las reformas en la salud de los pueblos de la región, pero hasta ahora continúa siendo una incógnita que impide arribar a una conclusión global y la más crucial sobre la misma.

Bibliografía

Acción para la Salud en El Salvador (APSAL). (2002), *Investigación de los sistemas básicos de salud integral (SIBASI) en El Salvador.* San Salvador.

Almeida, Celia. (1998), *O Mercado Privado de Seviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Asistencia Médica Supplmentar*. Brasilia: IPEA, noviembre.

Angeles, Gustavo y otros. (1999), *Health Care Decentralization in Paraguay: Evaluation of Impact on Cost, Efficiency, Basic Quality and Equity*. Chapel Hill: University of North Carolina, Measure Evaluation Technical Report Series, N° 4.

Arenas de Mesa, Alberto. (2004), Alternativas de políticas para la reforma y modernización del sistema de pensiones de la CSS en Panamá. Washington D.C.: BIB, mayo.

Arce, Claudio A. (1998), "La externalización de bienes y servicios de salud y de apoyo al sector privado: la experiencia de la CCSS 1970-1997", *Setión: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* Vol. 6, N° 1, pp.30-41.

Arredondo, Armando. (2005), "Federalismo y Salud: Estudio de Caso Sobre el Sistema de Salud de México", en SEGOB, *Federalismo y Políticas de Salud*, pp. 150-201.

Arroyo, Juan. (2000), *Salud: la reforma silenciosa*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Arteaga, Oscar y otros. (2002) "Información para la equidad en salud en Chile", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 11, N° 5, pp. 374-385.

Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS). (002, 2003a, 2004, 2005), *Trends in Social Security: An International Update.* Ginebra.

_____(2003b), *Assessing the Coverage Gap: A World Report* (Casos de México y Uruguay, preparados por Carmelo Mesa-Lago y Fabio Bertranou). Ginebra, inédito.

AXESNET. (2004), *Gráficos y cifras: cobertura de seguridad social en salud y equidad.* Bogotá:http://www.saludcolombia.com/actual/salud58/estad58.htm; http://www.saludcolombia.comactual/salud73/ENCV2003salud_archivos/frame.htm.

Baeza, Crisitian y Truman Packard, eds. (2005), *Beyond Survival: Protecting Hoseholds from Improvesrish Effects of Health Shocks: Regional Study*. World Bank, Latin America and the Caribbean Region, 14 junio.

Balsells, Edgar. (2002), *Construyendo una crisis*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación.

Banco de Previsión Social (BPS). (2001), *Seguridad social en Uruguay 2001*. Montevideo: Asesoría Económica y Actuarial.

_____(2002, 2003, 2004), *Boletín Estadístico 2002, 2003, 2004*. Montevideo: Asesoría Económica y Actuarial.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2002. *El Sector Salud en los Proyectos del BID: Una Evaluación Preliminar*. Washington DC.

_____2003. "Program for Operation and Rationalization of the Health Sector". Washington, DC: Haiti, Loan 1009/SF-HA, Program Modifications, June 30.

_____2004a. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina: Retos, Acciones y Compromisos.* Washington D.C.

_____(2004b), "Estrategia de salud (marco para la acción sectorial del banco) perfil". Washington D.C.: Julio.

_____(2005), Health Accounts Methods. Washington DC: http://www.measuredhs.com. http://iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/about_this_website_en.htm.

Banco Mundial. (1993), *World Development Report: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.

_____(2003), *Costa Rica: el gasto social y la pobreza*. Washington D.C: Región de América Latina y el Caribe, Departamento de América Central.

_____(2004), *Health Sector Reform in Bolivia: A Decentralization Case Study*. Washington D.C.: A World Bank Country Study.

_____(2005a), *World Development Indicators 2005*. Washington D.C.

_____(2005b), HNP Stats; http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HNPMDG/goal1_ LAC.xls

_____.(2005c), *Paraguay Health Project II: Safeguards. Integrated Evaluation: Envoromental-Social-Cultura*-Indigenous. Washington D.C.: Draft, January 10.

Bard, Adrienne. (2005), "National Healthcare Plan Would Insure the Poor", *The Miami Herald*, 8 enero, p. 11-A.

Barrientos, Armando. (2000), "Getting Better After Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile", en *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, P.Lloyd-Sherlock, ed., pp. 94-111.

Barros, Elizabeth. (2002), "Partilha do Sistema de Saúde no Brasil: Marco Legal e Comportamento do Gasto". Brasilia, documento inédito, octubre.

Barros Díaz, Otilia. (2003), "Perspectivas demográficas de la población cubana 2000-2050: reflexiones básicas hacia la seguridad social" en Witte, ed., pp. 175-197.

Belmartino, Susana, Silvia Levín y Fabián Repetto. (2001), "Políticas sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso" en *Socialis* Vol. 5, pp. 53-83.

Benítez Pérez, María Elena. (2003), "Cuba: el sistema de salud frente a una población que envejece". Montevideo: CISS, VII Conferencia de Actuarios y Financistas a Nivel Internacional "Evolución y Perspectivas de los Sistemas de Pensiones y Salud", junio.

Bertranou, Fabio. (1999), "Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Posible in Latin America? The Cases of Argentina, Chile and Colombia", *Health Policy* N° 47, pp. 19-36.

Bertranou, Fabio y Javiera Vázquez. (2005), "Cobertura provisional de los trabajadores independientes/autónomos: experiencia de la Argentina". Santiago: OIT.

Beveridge, Sir William. (1946), *el seguro social y sus servicios conexos.* México: Editorial Jus (primera edición en español autorizada por el gobierno inglés de la versión original *Social Insurance and Allied Services:* Londres, 1942*)*.

Biasoto, Gerardo Junior. (2004a), "Setor Saúde: Constitução do SUS, Financiamento Federal, Transferências e Questões Federativas". Universidade de Campinas.

_____(2004b), "A Universalição da Saúde e a Construção do SUS." Universidade de Campinas.

Bitrán, Ricardo y Francisco X. Almarza. (1997), *Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile*. Santiago: Serie Financiamiento del Desarrollo N° 56.

Bitrán, Ricardo y otros. (2000), "Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile", *Health Policy* N° 50, pp. 171-196.

Borzutzky, Silvia. (2006), "The State and the Market: Cooperation or Confrontation? Social Security and Health Policies," in S. Borzutzky and Lois Hecht, eds., *After Pinochet: The Chilean Road to Democracy and the Market*. Gainesville: University Press of Florida, en prensa.

Bossert, Thomas J. y otros. (2003), "Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile", *Bulletin of the World Health Organization* Vol. 81 N° 2, pp. 95-100.

Brachet-Márquez, Viviane. (2001), "Las reformas de los sistemas de salud y previsión social en México 1982-1999", *Sociales: Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social* Vol. 5, pp. 103-129.

Bucheli, Marisa. (2003), "La cobertura de la seguridad social en el empleo", informe final sobre "protección y empleo". Santiago: OIT, noviembre.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (001, 2005), An*uario Estadístico 2000, 2003*. San José: Dirección Actuarial y de Planificación Económica; http://www.css.sa.cr/actuarial/anuarios/anuar03.htm, 22 junio.

Caja de Seguro Social (CSS). (2004), *Informe del Director General a la Junta Directiva "Situación actual de los programas de la caja de seguro social y sus tendencias"*. Panamá, noviembre.

_____.(2005), Información estadística suministrada al autor. Panamá, 8 marzo.

Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud (CSS/MINSA). (2005), *Articulación del sector de salud en Panamá*. Panamá, marzo

Carbone Campoverde, Fernando. (2002), Presentación sobre la salud en Perú. Sucre: Foro de Reforma del Sector Salud.

Carpio, Nancy. (2001), "Alcance y proceso de las reformas de los sistemas de salud en Ecuador", *Revista de Salud Pública* Vol. 3 N° 1.

Castaño, Ramón y otros. (2001), *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo No. 108, mayo.

Castro Gutiérrez, Álvaro. (2003), "Falta de cobertura de la seguridad social: enfoques para una ampliación efectiva", *Revista Estudios de la Seguridad Social* N° 91, pp. 61-71.

Celedón, Carmen y Marcela Noé. 2000. "Reformas del Sector de Salud y Participación Social", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, No. 1, pp. 99-104.

Centrángolo, Oscar y Florencia Devoto. 2002. "Organización de la Salud en Argentina y Equidad: Reflexión sobre las Reformas de los Años 90 e Impacto en la Crisis Actual". Toronto: Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health, 17 julio.

Céspedes, Juan y otros. 2001. "Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y Efectos Sobre la Equidad de Acceso y la Utilización de los Servicios de Salud', *Revista Salutad*, Bogotá, Universidad Jorge Tadeo Lozano.

Cifuentes, Mercedes. 2000. "El Proceso de Reforma de Sector Salud en Chile" en Sánchez y Zuleta, eds., pp. 49-69.

Coelho, Antonio y Rodrigo Moreno. 2004. *Una Propuesta de Evaluación Económica del Programa de Salud de la Familia de Brasil*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1997a. Serie de Financiamiento y Desarrollo, Proyecto CEPAL/ GTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Santiago, diversos estudios.

_____(1997b, 2000), *La economía cubana: reformas estructurales y desempeño en los noventa*. México: Fondo de Cultura Económica, 1ra. y 2da. ediciones.

_____(2002a, 2004a), *Panorama Social de América Latina 2001-2002, 2004*. Santiago, noviembre.

_____(2002b, 2003b, 2004b), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2001, 2002, 2003, 2004*. Santiago, diciembre.

_____(1993, 2000, 2002c, 2003c, 2004c, 2005), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 1993 a 2004*. Santiago.

Comisión Interventora. (1999), "La reforma del seguro social", *El Comercio* (Quito), 10 septiembre a 2 octubre, pp. A-3.

Comisión Salud el Senado". (2003), "Resumen proyecto de ley autoridad sanitaria y gestión, texto aprobado en primer trámite, Santiago, 18 de noviembre.

Confederación Nacional de Seguro Campesino-Coordinadora Nacional Campesina. (2003), "Seguro Social Municipal". Quito, Revista de la CONFEUNASSC-CNC, octubre.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2002), *Indicadores demográficos básicos*. México D.F., http://.www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm.

Cruz-Saco, María Amparo. (2000), *Sistema de salud en El Salvador: diagnóstico y lineamientos de reforma*. Connecticut Collage, diciembre.

_____(2002), *Labour Markets and Social Security Coverage: The Latin American Experience*. Ginebra: OIT, ESS-Paper N° 2.

Cruz-Saco, María Amparo y Carmelo Mesa-Lago. (1994), "Instituto de revisión Social del Paraguay (IPS): diagnóstico económico-financiero y alternativas de reforma". Washington: Gobierno de Paraguay-BID-PNUD.

_____ Eds. (1998), *Do Options Exist? The Reforms of Pension and Health Care Systems in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Chiriboga, Galo. (2000), "Taller sobre fondos de pensiones y seguridad social en América Latina". Quito: ILDIS, noviembre.

Dávila, Enrique y Maite Guijarro. (2000), *Evolución y reforma del sistema de salud en México.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 91, enero.

D'Ella, Yolanda. (2002), "El fondo de asistencia médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma" en *seguridad social: aportes para el acuerdo*, González, ed. Caracas: Documentos del Proyecto Pobreza, pp. 82-116 "Detallan Alcances de la nueva Ley de seguridad social". 2005. *El Nuevo Diario* (Managua), 24 enero.

DIGESTYC. (2002), *Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2001*. San Salvador.

Domínguez Uga, María A. e Isabela Soares. (2005), *Uma Análise da Equidade do Financiamiento do Sistema de Saúde Brasileiro.* Río de Janeiro: Prometo Economía de Saúde, Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, marzo.

Draibe, Sonia. (2001) A Experiencia Brasileira Recente de Reforma dos Programas Sociais", *Socialis* Vol. 5, pp. 131-158.

Durán Valverde, Fabio. (2001). *Sector informal, microempresa y cobertura de la seguridad social en Panamá.* San José: PROMICO/OIT, diciembre.

_____(2003), *Diagnóstico de la seguridad social en Honduras*. OIT, marzo.

Durán Valverde, Fabio y James A. Cercone. (2001). *La seguridad social en Guatemala: un análisis de los programas de salud y pensiones del IGSS.* Guatemala: Fundación Friedrich Ebert / PNUD / Sanigest, junio. Ecuador. 2003. http://www.iess.org.ec.

Encuesta Nacional de Empleo: Módulo de Seguridad Social (ENE-SS). (2001), México D.F.

Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS. (2003), Montevideo: http://redsegsoc. org.uy.

Felizzola, Jesús D. (2002), "The Impact of the 1993 Colombian Health Sector Reform on the Overall Performance of the Health System". Miami: Florida International University, Tesis de Maestría.

Fernández, José E. (2005), *El problema de la información en el sector salud*. Montevideo: UNFPA, abril.

Fernández, José E. y otros (2000), *Evaluación de las reformas de Salud en Uruguay: Equidad y Redefinición del Welfare State.* Montevideo: CIESU.

Fernández S., María E. (2001), "Consideraciones teóricas en torno al sistema de seguridad social integral", *Gaceta Laboral* Vol. 7 N° 3, pp. 369-398.

Ferreira, Alejandro. (1998), "Análisis del sector salud y la reforma de la seguridad social en el Perú". Lima.

Ferreira-Coimbra, Natalia y Alvaro Forteza. (2004), *Protección social en Uruguay: financiamiento, cobertura y desempeño 1990-2002*. Santiago: OIT.

Ferreira de Santana, Rafael Liberal. (2003), Brasilia: MPS, Secretaria de Previdencia Social, información dada al autor, mayo.

Flood, M. Cristina V. de. (1997), *Gasto y financiamiento en salud en Argentina.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57, julio.

Fondo Nacional de Recursos (FNR). (2005), Lista de IMAES por Especialidad. Montevideo; http://www.fnr.gub.uy/web2002/Inicio.htm; 19 julio.

Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2004), Santiago: www.fonasa.cl , marzo.

Gambogi, Nélida. (2003), "Problemas de empleo y seguridad social", *Revista de estudios de la Seguridad Social*, N° 91, pp. 91-122.

García, Daniel. (2005), "Reforma: hoy Ley de ISAPRES vive su día clave." *El Mercurio*, 19 de enero.

García, Daniel y Karin Niklander. (2005), "Salud: comisión de salud el Senado aprueba fondo por riesgos entre ISAPRES", *El Mercurio*, 20 de enero.

Garfield, Robert y Timothy Holtz. (2000), "Health System Reforms in Cuba in the 1990s" en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 112-127.

Gasparini, Leonardo y Fabio Bertranou. (2005), "Protección social y mercado laboral en América Latina: ¿Qué nos dicen las encuestas de hogares?", *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 59, N° 2-3.

Gill, Indermit, Truman Packart y Juan Yermo. (2005), *Keeping the Promise of Social Security in Latin America.* Stanford University Press y Banco Mundial.

Ginneken, Wouter van. (2003), *Extending Social Security: Policies for Developing Countries.* Ginebra: OIT ESS Paper N° 13.

Giordano, Osvaldo y Jorge Colina. (2000), "Economía política de las reformas" en Sánchez y Zuleta, eds., pp. 27-48.

Gobierno de Chile. (2005), *Los objetivos de desarrollo del milenio: primer informe del Gobierno de Chile*. Santiago.

Gómez, José Pablo. (2003), "Reforma en salud, Chile: El Proyecto AUGE". Santiago: Superintendencia de ISAPRES.

Gómez-Dantés, Octavio. (2000), "Health Reform and Policies for the Poor in México", en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 128-142.

Gómez Gómez, Elsa. (2002), "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 11, N° 5, pp. 327-334.

González, Marino, ed. (2002), *Seguridad social: aportes para el acuerdo*. Caracas: Documentos del Proyecto Pobreza.

_____(2004),"¿Será posible una reforma inclusiva de seguridad social en Venezuela?" en *¿Cabemos todos?los desafíos de la inclusión*, María Ramírez ed. Caracas: Informe del Capítulo Venezolano del Club de Roma, pp. 357-366.

_____.(2005), "Cuales son los acuerdos que requiere el sistema de salud?". Caracas, trabajo inédito, 20 junio.

González Pier, Eduardo. (2005), "Federalismo en salud y reforma financiera en México", en SEGOB, *Federalismo y Políticas de Salud*, pp. 202-213.

Gonzales-Rosetti, Alejandra y Patricia Ramírez. (2000), *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case*. Cambridge: Harvard School of Public Health.

Greber, Pierre-Yves. (1997), *An Operational Framework: The Guiding Principles of Social Security*. Ginebra: OIT, Social Security Department, marzo.

Guatemala. (2003), http://www.igss.org.gt/

Guerrero Encina, Adolfo. (2000), *Tiempos de reformas en la seguridad social de salud: tendencias actuales*. Santa Cruz: Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.

Herrero, Fernando y Fabio Durán. (2001), *El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica*. Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 109, abril.

Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. (2002), "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", *Gaceta Sanitaria* Vol. 16 No. 1, pp. 54-62.

_____(2005), "Why Neo-Liberal Health Reforms Have Failed in Latin America?", *Health Policy* Nº 75, pp. 83-96.

Homedes, Nuria y otros. (2000), "Health Reform: Theory and Practice in El Salvador", en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 57-77.

Humblet, Martine y Rosinda Silva. (2002), *Seguridad social: normas para el siglo XXI*. Ginebra: OIT.

INDEC. 2005. Información del Censo de 2001. Buenos Aires www.indec.mecon.gov.ar.

Infante, Alberto, Isabel de la Mata y Daniel López-Acuña. (2000), "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, Nº 1, pp. 13-20.

Inostroza, Palma, Manuel. (2005a), Respuestas a preguntas sobre sistema de salud chileno. Santiago, 19 enero.

_____.(2005b), "Ley Larga de ISAPRES". Santiago: Superintendencia de Salud.

Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (IBGE). (2000, 2005), *Acesso e Utilição de Seviços de Saúde 1998* y *2003.* Rio de Janeiro: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios.

Instituto de Pesquisa Económica (IPEA). (1998), "Saúde," en *1995-1998. Quatro Anos de Transformações*. Brasilia: Rio de Janeiro.

_____.(2001, 2002), *Boletín de Políticas Sociais--Acompanhamento e Análise*, Nºs 3 (agosto), Nº 4 (febrero) y Nº 5 (agosto), http://www.ipea.gov.br.

Instituto de Previsión Social (IPS). (2005), Asunción: http://www.ips.gov.py.

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). 2005. Santo Domingo: Estadísticas proporcionadas a Jefrey Lizardo a petición del autor, 28 de junio.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (2005), Quito, *Boletín Estadístico*, Nºs 12 a 14, y otras estadísticas; http://www.iess.gov.ec; 1 mayo.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). (2003), "La seguridad social en Honduras". Tegucigalpa.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2003, 2004, 2005ª), "Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la stuación financiera y los riesgos del IMSS, 2003, 2004, 2005a. México D.F.

_____.(2005b), *Memoria Estadística 2004.* México D.F.

Instituto Nacional de los Recursos de la Seguridad Social (INARSS). (2002, 2003), *Informe Trimestral* Año 1 Nº 1 (octubre-diciembre) y Año 2 Nº 3 (enero-marzo).

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2005), "Población/mortalidad/tasa de mortalidad infantil corregida". Caracas: http://www.ine.gov.ve/registrosvitales/mortalidad. asp,16 junio.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2004, 2005), *Encuesta continua de hogares: principales resultados 2003, 2004.* Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005), *Anuario deEstadísticas por Entidad Federativa 2005.* México D.F.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). (2003), *Memoria INSS 2002*. Managua.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). (2002), *Memoria de labores 2001*. San Salvador.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). (2005). Caracas www.ivss.gov.ve; 13 junio.

Jack, William. (2000), *Health-Insurance Reform in Four Latin American Countries: Theory and Practice.* Washington D.C.: Banco Mundial, Policy Research Working Paper No. 2492.

Jaramillo Pérez, Iván. (1999). "La seguridad social en Colombia" en *La Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Mito y Realidad*. Quito: ILDIS-FES-CUNASSC, pp. 79-180.

_____. "El régimen subsidiado de salud en Colombia." Ginebra: OIT, ESS Paper 16.

Latin American & the Caribbean-Health Sector Reform (LAC-HSR). (2004), Iniciativa regional de reformas del sector de salud en América Latina y el Caribe. http://www.americas.health-sector-reform.org/Spanish/clearinghouse.htm.

La Forgia, Gerard, ed. (2005), *Innovaciones en el Sistema de Salud de América Central: Lecciones e Impactos de Nuevos Enfoques*. Washington DC.: Documento de Trabajo del Banco Mundial, No. 60.

León, Francisco. (2003), "The Case of the Chilean Health System". Santiago: Trabajo para la OMS.

Ley 19,937 Autoridad Sanitaria. (2004), Santiago, 24 de febrero.

Ley 19,949 Chile Solidario. (2004), Santiago, 5 junio.

Ley 19,966 Régimen de Garantías en Salud. (2004), Santiago, 9 septiembre.

Ley 20,015 ("Ley Larga").*(*2005), Santiago, 17 mayo.

Ley de Creación del Seguro Social en Salud (LCSSS). (1999), Lima, 27 abril.

Ley 28,588. (2005), Lima: *El Peruano,* 21 julio.

Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (LMSSS) y su Reglamento. (1997), Lima 15 mayo y 9 septiembre.

Ley de Seguridad Social (LSS). (2001), Quito, 13 noviembre.

Ley Definitiva de Seguridad Social (LDSS). (2001), Santo Domingo, 24 abril.

Ley General de Salud (LGS). (2005), México D.F., 28 junio.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS). (2002), Caracas: 30 diciembre.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). (2002), Quito: 25 septiembre.

Lizardo, Jeffrey. (2004), "Dime de cuánto dispones y te diré para cuanto alcanza: la reforma de salud y seguridad social en la República Dominicana". Santo Domingo: Universidad INTEC y PNUD, agosto.

_____(2005), Información suministrada al autor, 10 mayo.

Lloyd-Sherlock, Peter, ed. (2000a), *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Londres: University of London, Institute of Latin American Studies.

_____(2000b). "Healthcare Financing, Reform and Equity in Argentina: Past and Present", en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 143-162.

_____(2002), "Health, Equity and Social Exclusion in Argentina and México", en *Exclusion and Engagement: Social Policy in Latin America*, Christopher Abel y Colin M. Lewis, eds. Londres: University of London, Institute of Latin American Studies, pp. 172-188.

_____(2003), "Salud, equidad y exclusión en América Latina: Argentina y México", *Comercio Exterior* Vol. 53 N° 8 (agosto), pp. 700-710.

Londoño, Juan y Julio Frenk. (2000), "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 21-56.

López, María Elena. (2005), San José: Información suministrada al autor, 24 junio.

Madies, Claudia V., Silvia Chiarvetti y Marina Chorny. (2000), "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, N° 1, pp. 33-42.

Málaga, Hernán y otros. (2000), "Equidad y reforma de salud en Colombia", *Revista de Salud Pública* Vol. 2 N° 3, pp. 193-212.

Manrique Morales, Luis A. (1999), *Salud y seguridad social en la América Latina del Siglo XXI: El Caso Peruano*. México D.F.: ISSSTE.

_____ (2005), Información suministrada al autor, 12-14 julio, 2 agosto.

Marques, Rosa María. (1999), *O Financiamiento do Sistema Público de Saúde Brasileiro.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 82, agosto.

Martínez, Félix y otros. (2003), "¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? A ocho años de la reforma en Colombia", *Salud Colombia* N° 70 (marzo-abril).

Martínez Franzoni, Juliana. (2005). "Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios". Universidad de Toronto: Conferencia Latin American Perspectivas in Health, 5-7 mayo, versión preliminar.

Martínez Franzoni, Juliana y Carmelo Mesa-Lago. (2003), *Las reformas inconclusas, pensiones y salud en Costa Rica: avances, problemas y recomendaciones.* San José: Friedrich Ebert Stiftung.

Medici. André. (2000), "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe" en Sánchez y Zuleta, eds., pp. 9-26.

_____(2002a) *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil.* Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

_____(2002b), *Los gastos de salud en las familias de brasil: algunas evidencias de su carácter regresivo.* Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

_____(2002c)**,** "La desregularización de las obras sociales, un episodio más de la reforma de salud en Argentina ¿Qué vendrá luego?". Washington D.C.: BID.

Meerhoff, Ricardo. (2004), "Uruguay: financiamiento y equidad en el sector salud". Montevideo: seminario, 14 octubre

"Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se Inicia un Proyecto de Ley que Establece un Régimen de Garantías en Salud" y "Proyecto de Ley del Régimen de Garantías de Salud". (2003), Santiago, 22 mayo.

Mesa-Lago, Carmelo. (1978), *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburg Press.

_____(1985), *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago: CEPAL, Estudios e Informes N° 43.

_____(1992), *Atención de la salud para los pobres en América Latina y el Caribe* Washington D.C.: Oficina Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.539.

_____(1993), *Instituto ecuatoriano de seguridad social: evaluación económica y opciones para la reforma*. Quito: INCAE.

_____(1994), *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: hacia una disminución de los costos sociales del ajuste estructural*. Santiago: CIEDESS.

_____(1995), "Seguridad social y prestaciones sociales en Venezuela: evaluación y alternativas de reforma". Caracas: Informe a la Comisión Presidencial de Reforma de la Seguridad Social.

_____(2000b). *Informe sobre la seguridad social en Panamá*. Panamá: Friedrich Ebert Stiftung, marzo.

_____(2000c), "Análisis de la seguridad social en Honduras y de sus propuestas de reforma y alternativas a las mismas". Tegucigalpa: Friedrich Ebert Stiftung, mayo.

_____(2000d), *Evaluación del proyecto de reforma de la seguridad social en la República Dominicana*. Santo Domingo: Friedrich Ebert Stiftung, agosto.

_____(2000e), "Achieving and Sustaining Social Development with Limited Resources: The Experience of Costa Rica, en *Social Development and Public Policy: A Study of Some Successful Experiences*, Dharam Ghai, ed. London: Macmillan Press, Ltd.

_____(2000f), Informes para "Diseño e implantación de un programa de evaluación para valorar los efectos del programa de asistencia técnica, TAL y Guiar la implantación de las actividades programas dentro del IMSS", Proyecto N^{os} 1 y 2. México D.F.: Clapp & Mayne.

_____(2001a), "Social Assistance on Pensions and Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean", en *Shielding the Poor: Social Protection in the Developing World*, Nora Lustig, ed. Washington D.C.: Brookings Institution y BID, pp. 175-215.

_____(2001b), *La reforma del sector salud en El Salvador: análisis de la propuesta del consejo de reforma y pautas para su seguimiento*. San Salvador: Friedrich Ebert Stiftung, febrero.

_____(2002), *Buscando un modelo económico en América Latina ¿Mercado, socialista o mixto? Chile, Cuba y Costa Rica*. Caracas: Nueva Sociedad-UIF.

_____(2003a), "La seguridad social en cuba en el período especial: diagnóstico y sugerencias de políticas en pensiones, salud y empleo", en Witte, ed., pp. 33-115.

_____(2003b), Notas del autor de la misión sobre salud en 2003 en El Salvador. San Salvador: Fundación Friedrich Ebert, 26 enero a 2 febrero, inédito.

_____(2004). *La reforma de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de seguridad social*. Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo, N^{o} 144.

_____(2005a), *Problemas de la seguridad social en Panamá y recomendaciones para su reforma*. Panamá: Fundación Friedrich Ebert.

_____(2005b), "Problemas sociales y económicos en Cuba durante la crisis y la recuperación", *Revista de la CEPAL*, N^{o} 86.

Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou. (1998), *Manual de economía de la seguridad social latinoamericana*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Economía Humana.

Mesa-Lago, Carmelo *y otros.(*1997a) *La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma*. Guatemala: Friedrich Ebert Stiftung, abril.

_____ (1997b). *La seguridad social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma*. Friedrich Ebert Stiftung, mayo.

Ministério da Previdência e Assistencia Social (MPAS). (2002a) *Anuario estadístico de previdência social 2001*. Brasilia.

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2004), *Informe económico anual 2003.* Panamá.

Ministerio de Economía y Ministerio de Salud (ME/MS). (2001), *Estimaciones del gasto en salud: argentina año 1997 y proyecciones.* Buenos Aires.

Ministerio de Salud (MINSA). (2003), *Memoria 2002.* Panamá.

Ministerio de Salud (MINSA). (2005a), *Seguro integral de salud, estadísticas 2005.* Lima.

_____(2005b), Lima: website, http://www.minsa.gob.pe, 23 junio.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2003), "Manual de aplicación del sistema AUGE en las redes de atención del sistema nacional de servicios de salud". Santiago: Documento de Trabajo, marzo.

_____(2004) Santiago: htpp://www.minsal.cl.

Ministerio de Salud (MINSALUD). (2000), "Informe de Actividades 1999-2000 al Honorable Congreso de la República". Santa Fe de Bogotá.

_____*Evaluación integral del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud*. Santa Fe de Bogotá.

Ministerio de Salud (MS). (2002), *Lineamiento de política sectorial para el período 2002-2012 y fundamentos para el plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006.* Lima, noviembre.

Ministerio de Salud y Ambiente (MSA). (2004), Buenos Aires: http://www.msal.gov.ar.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). (2004), *Memoria y cuenta 2003*. Caracas, http://www.msds.gov.ve, 20 junio 2005.

_____(2005) *Anuario de epidemiología y estadísticas vitales, anuario de mortalidad*. Caracas, http://www.msds.gov.ve/msds/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Cuadro57-02.html, 20 junio.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2001a) *Cuentas nacionales en salud 1998: estimación del gasto nacional en salud en El Salvador*. San Salvador.

_____(2001b) *Boletín sobre indicadores de salud*. San Salvador, N° 3.

_____(2001c), *Sistema básico de salud integral: marco conceptual y operativo.* San Salvador, septiembre.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cooperación Alemana para el Desarrollo (MSPAS/GTZ). (2002), *La experiencia del SIBASI de Nueva Guadalupe 1996-2001*. San Salvador, diciembre.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2005), Asunción: http://mspbs.gov.py.

Ministerio de Salud Público y Banco Mundial (MSP/BM). (2004a) "Opciones para reforma del sector salud del Uruguay". Montevideo: seminario, presentación en power point, 14-15 octubre.

_____(2004b), *Prestaciones de salud del banco de previsión social: un análisis de su financiamiento, equidad y eficiencia.* Montevideo, 14-15 octubre.

Ministerio de Salud Público y ASSE (MSP/ASSE).(2005), Indicadores asistenciales básicos-Año 2003. Montevideo; http://www.msp.qub.uy; 20 julio.

Montoya, Silvia. *Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina*. Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 60, julio.

Morales, Luis G. (1997), *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*. Santiago: CEPAL.

Mussot, Luisa. (1999), "La contrarreforma de la seguridad social mexicana", en *La Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Mito y Realidad*. Quito: ILDIS-Firedich Ebert Stiftung, pp. 183-201.

Narváez Guzmán, Rory. (2002), *Inequidades en el estado de salud, acceso y uso de los servicios de salud: Bolivia 1998*. La Paz: UDAPE.

Nelson, Joan. (2001), "Las políticas de reformas del sector social: fases, dimensiones y estrategias", *Socialis* Vol. 5, pp. 7-31.

Nelson, Joan y Robert R. Kaufman. (2003), "The Politics of Health Sector Reforms: Cross-National Comparisons", *Woodrow Wilson Center Update on the Americas* No. 12, mayo.

Nigenda, Gustavo. (2005), *el seguro popular de salud en méxico.desarrollo y retor para el futuro*. Washington D.C.: BID, Nota Técnica de Salud N° 2/2005.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (1998), *Valuación financiera y actuarial integral de la Caja de Seguro Social y elaboración de un modelo de cuentas sociales en Panamá*. Ginebra-San José.

_____(2000b), World Labour Report 2000: Income Security and Social Protection in a Changing World. Ginebra.

_____(2001a), *Valuación financiera y actuarial de la Caja de Seguro Social (CSS) [Panamá]*. Ginebra-San José: Equipo Técnico Multidisciplinario.

_____(2002b), *Seguridad social: un nuevo consenso*. Ginebra: OIT.

_____(2001b, 2002c, 2003), *Panorama Laboral 2001, 2002, 2003, América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS). (2001a), *Principios de la seguridad social*. Ginebra.

_____(2001b), *Seguro social de salud*. Ginebra.

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). (2003, 2004), *Anuario Estadístico de Cuba 2002, 2003*. La Habana.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS). (1993), *Resolution V—Health of Indigenous Peoples*. Washington D.C.

_____(1994), *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1994*. Washington D.C.

_____. (1997), *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial*. Washington D.D.

_____(1998a), *Lineamientos metodológicos para la elaboración de los perfiles de los sistemas y servicios de salud en los países de la región de América Latina y el Caribe*. Washington D.C.

_____(1998b), *Health in the Americas 1998*, vols. I y II. Washington D.C.

_____. (2002a), *Health in the Americas 2002*, vols. I y II. Washington D.C.

_____(2002b), *Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana.* Washington D.C.: Análisis Comparativo en Rss, 2ª edición. http://www.lachsr.org/es/comparativeanalyses. cfm?viewid=1.

_____(2002c), *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina.* Washington D.C.: Análisis Comparativo en Rss, 2ª edición. http://www.lachsr.org/es/comparativeanalyses.cfm?viewid=3.

_____. (2004a), "Health Expenditures for Latin America and the Caribbean". Washington DC :http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/PAHO/Health_expenditures_all_countries_data_1990_1999.xls.

_____(2004b), *Situación de la salud en las Américas. indicadores básicos 2004.* Washington D.C.

_____(2004c), *Iniciativa regional de datos básicos de salud 1995-2005.* Washington DC: http://www.paho.org/Sapnish/DD?AIS/cp_218.htm.

_____(2004d), *Indicadores básicos de salud seleccionados: Uruguay*. Washington D.C., http://www.paho.org/Spanish/dd/ais/cp/_858.htm.

_____(2005a), *Perfiles de los sistemas de salud de los países* [Estudios de los 20 países latinoamericanos, doce con edición de 2001, siete con edición de 2002, y uno con edición de 2000]. Washington D.C.: http://www.lachsr.org.

_____(2005b), PAHO Tabulator; http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm; 15 julio.

Oficina Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y otros (OPS/OMS). 2001. "Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud". Washington D.C., 8-10 mayo.

Oficina Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (OPS/OMS/ASDI). (2003), *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Serie Extensión de la Protección Social en Salud, Nº1.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). (2004), *Banco de información de los sistemas de seguridad social iberoamericanos, 2004.* Madrid, marzo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000, 2003, 2004), *World Health Report 2000, 2003, 2004.* Geneva.

_____(2005), "Selected National Health Accounts Indicators". http://www.WHO_WHR2001 World_HHA_indicators_1997_1998_en.xls.

Ortiz, Gabriel y otros. (1999), *La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud y pensiones"*. Washington D.C.: BID.

Paganini, José María. (1998), "La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 4, Nº 5, pp. 305-310.

Piola, Sergio. (2005), Información y cifras proporcionadas a petición del autor, 17 junio.

Piola, Sergio y Geraldo Biasoto. 2001. "Financiamento do SUS no anos 90 en Brasil" en *Brasil: Radiografia da Saúde*, Banjas Negri y Geraldo Di Giovanni, eds. Campinas: UNICAMP, IE.

Pollack E., Molly. (2002), *Equidad de género en el sistema de salud chileno.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo Nº 123, octubre.

Porto, Silvia M. (2001), "Política de Descentralização e Mecanismos de Alocação de Recursos no SUS" en *Relatório do Projeto Reforsus: Metodología de Alocação Equitativa de Recursos*, M.S. Porto, ed. Río de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP.

Presidencia de Gobierno. (2001), *Plan nacional de desarrollo 2001-2006.* México D.F., htpp://.pnd.presidencia.gob.mx. .

Presidencia de la República. (2004), *El gasto público social en el Uruguay (1999-2003)*. Montevideo: Oficina de Planamiento y Presupuesto.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2003). *Informe nacional de desarrollo humano 2003: Guatemala, una agenda para el desarrollo.* Ciudad Guatemala, diciembre.

_____(2004), *Human Development Report 2004*. New York: Oxford University Press.

_____(2005), *Human Development Report 2004*. New York: Naciones Unidas.

Programa Estado de la Nación. (2002, 2004). *Estado de la nación en desarrollo humano sostenible*. San José; http://www.estadonacion.or,cr, 22 junio 2005.

Proyecto de Ley de Reforma del Seguro Social. (2005), Panamá, mayo.

Quijano, José M. (2002), *La Protección Social en Uruguay.* Satiago: CENDA, capítulos 1 y 2.

Quintanilla, Pedro J. (2001), "Evaluación de la gestión técnica-administrativa e impactos del seguro de enfermedad-maternidad, 1997-2001". Managua: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Ramírez de Rojas, María Elena. (2004), *Paraguay: situación de salud 2003***.** Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

_____(2005a), "Análisis de la situación de salud". Asunción, borrador capítulo VIII, abril.

_____(2005b), Información proporcionada al autor, 17 noviembre.

Rathe, Magdalena. (2004), "La equidad en el financiamiento a la salud", en *Desafío del gasto social y la política de empleo*. Santo Domingo: Friedrich Ebert Stiftung y Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra: 103-137.

Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. (RISSSCS). (2002), "Investigación en sistemas y servicios de salud", *Cuadernos para Discusión* No. 2

Reforma del Reglamento del Régimen IVM. (2005), San José, 24 abril.

República Bolivariana de Venezuela (RBV). (2004), *Ley de salud y del sistema público nacional de salud, aprobada en primera discusión en asamblea nacional.* Caracas, 14 diciembre.

_____(2005), *Memoria 2004*. Caracas: Ministerio del Trabajo (IVSS, pp. 757-976)

República de El Salvador. (2002), "Presupuesto: ramo de salud pública y asistencia social 2003", *Diario Oficial*, diciembre.

Republic of Haiti. (2004), *Interim Cooperation Framework (ICF) 2004-2006: Summary Report.* Naciones Unidas, Comisión Europea, Banco Mundial, BID, julio.

Reynaud, Emmanuel. (2002), *The Extension of Social Security Coverage: The Approach of the International Labour Office*. Geneva: OIT, ESS Papers N^{o} 3.

Roberts, Simon, Brice Stafford y Karl Ashworth. (2002), *Evaluación de la falta de cobertura.* University of Loughborough: Center for Research in Social Policy, Iniciativa de la AISS, Investigaciones y Puntos de Vista, N^{o} 4.

Rodríguez A., Bárbara. (2001), "La seguridad social en Venezuela: antecedentes, evolución e impacto económico, financiero y social", *Gaceta Laboral* Vol. 7 N° 3, pp. 341-368.

Roldós, León. (2003), *Pronunciamiento de la Universidad de Guayaquil respecto a la seguridad social*. Guayaquil, octubre 21.

Ron, Aviva y Xenia Scheil-Adlung, eds. (2001), *Recent Health Policy Innovations in Social Security*. Geneva: AISS.

Rossman, Abraham y Larry Valladares. (2003), *Modernización del sector salud en Nicaragua: contribución para el avance en sus esfuerzos*. Managua: Fundación Friedrich Ebert, documento preliminar

Sabatés-Wheeler, Rachel y Naila Kabeer. (2003), *Gender Equality and the Extension of Social Protection.* Geneva: OIT ESS Paper N° 16.

Saldaín, Rodolfo. (2003), "Paraguay: seguridad social, jubilaciones y pensiones". Buenos Aires: OIT, marzo.

Salud Colombia. (2001 a 2004), Bogotá, N^{os} 58 a 74. http://saludcolombia.com.

Sanabria, Hernán. 2001. "El Proceso de Reforma en Perú", *Revista de Salud Pública* Vol. 3, No. 1.

Sánchez, Héctor y Gustavo Zuleta, eds. (2000), *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington D.C.: BID y Centro de Estudios Salud y Futuro, noviembre.

Sandó, Dora. (2003), "Modificaciones en el sistema de pensiones de Cuba". Montevideo: CISS, VII Conferencia de Actuarios y Financistas a Nivel Internacional "Evolución y perspectivas de los sistemas de pensiones y salud", junio.

Scavino, Julio. (2004), "La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en las Américas en 2003". Montevideo.

Secretaría de Gobernación (SEGOB) y Foro de Federaciones. (2005), *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada.* Québec: Gauvin.

Secretaría de Salud (SSA). (2004ª), *Anuario Estadístico 2003.* México D.F.

_____(2004b), *Boletín de Información Estadística 2003* N° 23, México D.F.

_____(2005), *Gasto Público en Salud*. México D.F., www.salud.gob.mx, 30 junio.

Seguro Social de Salud (EsSalud). (2004), *Memoria Anual 2003.* Lima.

_____(2005), Lima: website, http://www.essalud.gob.pe, 23 junio.

Sixto, Felipe Eduardo. (2003), "Una evaluación de cuatro décadas de atención a la salud en Cuba" en Witte, ed., pp. 141-173.

Sojo, Ana. (2001a), "Reformas de gestión en salud en América Latina", *Revista de la CEPAL* N° 74, agosto, pp. 139-157.

_____(2001b), "El combate a la pobreza y la diversificación de riesgos: equidad y lógicas de aseguramiento en América Latina", *Socialis* Vol. 5, pp. 33-51.

_____(2003), "La garantía de prestaciones en América Latina y el Caribe a inicios del Milenio: su sentido de equidad en los cuasimercados de salud". México D.F., trabajo inédito.

Subsecretaría de Previsión Social (SPS). (2002), "El plan AUGE mejora la protección de la maternidad y garantiza la salud de las mujeres". Santiago, 23 mayo.

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). (2000), "Estudio económico financiero para el desarrollo de las entidades prestadoras de salud". Lima.

Superintendencia de ISAPRES (SI). (2004), Boletín Estadístico Sistema ISAPRE 2001, Memoria Anual 2002 e información de 2003. Santiago*:* http://www.sisp.cl, *enero.*

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). (2005), Lima: *Boletín* Vol. 5, N° 4, octubre-diciembre.

Superintendencia de Salud (SS). (2005), Santiago: http://www.superintendenciade salud.cl.

Superintendencia de Seguridad Social (SSS). (2003), *Estadísticas de seguridad social 2002*. Santiago: Departamento Actuarial.

Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). (2004), Encuestas de opinión, satisfacción y evaluación de los servicios de las obras sociales en Buenos Aires y municipios aledaños. Buenos Aires: Gerencia de Servicios al Beneficiario http://www.sssalud.gov.qr/index/index.php?opc=estudio.

_____(2005), Estadísticas. Buenos Aires: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php.

Superintendencia Nacional de Salud (SNS). (2000) "Registro de afiliados al régimen contributivo de salud". Santa Fe de Bogotá.

Tafani, Roberto. (1997), *Reforma al sector de salud en Argentina.* Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53, julio.

Tavares Ribeiro, Laura. (1999), *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRI.

Titelman, Daniel. 2000. *Las Reformas al Sistema de Salud en Chile: Desafíos Pendientes*. Santiago: CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104, septiembre.

Titelman, Daniel, Andras Uthoff y Luis Felipe Jiménez. (2000), "Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8 N° 1, pp. 112-117.

Titelman, Daniel y Andras Uthoff. (2005), "The Role of Insurance in Social Protection in Latin America ", *International Social Security Review* Vol. 58 N° 2-3, pp.43-69.

Torres, Rubén. (2004), *Mitos y realidades de las obras sociales*. Buenos Aires: ISALUD.

_____(2005a), "Entrevista con el Superintendente de Servicios de Salud Dr. Rubén Torres" (realizada por Carlos Vassallo). Buenos Aires: Buenafuente.

_____(2005b), Respuesta a preguntas enviadas por el autor. Buenos Aires, marzo y mayo.

Trejos, Juan D. (2004), "Evolución de la equidad de la inversión social pública desde los años noventa" en Programa Estado de la Nación 2004.

Triunfo, Patricia. (2001), "Economías de escala y de alcance de las instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay". Montevideo.

_____(2005), Correspondencia con el autor sobre cobertura y otros temas. Montevideo, julio.

Ugalde, Antonio y Nuria Homedes. (2002), "Descentralización del sector salud en América Latina", *Gaceta Sanitaria* Vol. 16 N° 1, pp.18-29.

_____(2005), "Las reformas neoliberales del sector de salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 17 N° 3, pp. 202-209.

Ugalde, Antonio, Nuria Homedes y Anthony Zwi. (2002), "Globalisation, Equity and Health in Latin America" en Abel y Lewis, eds., pp. 151-171.

United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). (2005), *Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World.* Geneva.

United States Social Security Administration (US-SSA). (2004), *Social Security Programs Throughout the World: The Americas 2003*. Washington D.C., marzo; htpp://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2002-2003/americas/# accessibility.

Universidad de Guayaquil. (2003), *Pronunciamiento Respecto a la Seguridad Social*. Guayaquil, 21 octubre.

Urriola U., Rafael. (2005), "Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno". Santiago: CEPAL, Seminario de Política Fiscal, 26 enero, inédito.

USAID. (2000), *Encuesta nacional de salud familiar: FESAL-98*. San Salvador.

Uthoff, Andras. (2003), "Disfuncionalidades internas de las reformas de los sistemas de seguridad social en algunos países latinoamericanos". Santiago: CEPAL.

Uthoff, Andras, Daniel Titelman y Luis Felipe Jiménez. (2003), *Universalidad, solidaridad y responsabilidades fiscales en las reformas a la seguridad social en América Latina*. Santiago: CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 12X, febrero.

Valladares, Larry. (2004), "Modelo previsional: nuevo enfoque de la seguridad social en Nicaragua". Managua, junio.

Valenzuela, Rodrigo. (2003), *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia.* Santiago: CEPAL, Serie Políticas Sociales, N° 76.

_____(2004), *Inequidad, Ciudadanía y Pueblos Indígenas en Chile.* Santiago: CEPAL, Serie Políticas Sociales, N° 83.

Vargas, Clara Inés. (2004), Presentación sobre la Corte Constitucional de Colombia. Salvador de Bahía: OISS, seminario internacional "50 Años de seguridad social en Iberoamérica", 25 marzo.

Vassallo, Carlos. (2005), Información suministrada al autor, 2 marzo.

Venezuela. (2003). http://ciss.org.mx/html/Spanish/subreg1/ven_ivss.htm.

Vergara, Carlos. (2000), "El contexto de las reformas del sector salud", *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8 N° 1, pp. 7-12.

Wainer, Juri K. (1997), *Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de las IASPRES*. Santiago: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo N° 54.

Witte, Lothar, ed. (2003), *Seguridad social en Cuba diagnóstico, retos y perspectivas*. Caracas: Nueva Sociedad.

Yepes, Francisco. (2000), "Health Reform and Equity in Colombia", en Lloyd-Sherlock, ed., pp. 163-177.

Anexo

CUADRO ANEXO 1

COBERTURA DE LA POBLACION EN ARGENTINA: AFILIADOS POR SUBSECTORES DE SALUD, 1989 A 2004

(En millones de habitantes y porcentajes de la población)

Subsectores	1989	1991		1995		2001		2004	
	%	M	%	M	%	M	%	M	%
Seguro Social (OS) [a]	60,0	18,8	57,6	18,6	54,0	19,9	54,4	19,6	51,7
Público	25,0	11,9	36,4	12,4	36,0	13,7	37,4		38-39[c]
Privado	10,0	1,5	4,6	3,4 [b]	10,0[b]	2,9	7,9		9-10[c]
Otros	5,0	0,4	1,4			0,1	0,3		0,3 [c]
Población Total	100,0	32,6	100,0	34,4	100,0	36,6	100,0	37,9	100,0

Fuentes: Elaboración del autor basado en 1989 de Jack 2000; 1991 de Flood 1997; 1995 de Mesa-Lago y Bertranou 1998; 2001 de OPS 2005; 2004 de Torres 2004 y SSS 2005; población de censos de 1991 y 2001,CEPAL 2003a y proyección a 2004.

[a] Tanto en 1991 como en 2001, las OS incluyen los asegurados sólo en OS y los que tienen doble cobertura con privado; el público cubre a los que no tienen ni OS ni privado; otros incluyen pequeños grupos (ver texto).

[b] Combinados privados y otros.

[c] Estimados gruesos del autor.

CUADRO ANEXO 2

COBERTURA DE LA POBLACION EN COLOMBIA: AFILIADOS POR REGIMENES DE SALUD, 1993 A 2002

(En millones de habitantes y porcentajes de la población total)

Subsectores	1993		1995		1997[a]		1999		2001[a]		2002	
	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%
Régimen Contributivo[b]	8,8	23,7	8,4	21,8	13,1	33,0	13,0	31,3	12,9	29,4	12,9	29,0
Régimen Subsidiado	18,5[d]	50,0	4,8	12,4	7,0	17,6	9,3	22,4	10,5	24,0	10,8	24,3
Afiliados	27,3[d]	73,6	13,2	34,2	20,1	50,6	22,3	53,7	23,4	53,4	23,7	53,3
No Afiliados [c]	9,8[d]	26,4	25,4	65,8	19,6	49,4	19,2	46,3	20,4	46,6	20,8	46,7
Población Total	37,1	100,0	38,6	100,0	39,7	100,0	41,5	100,0	43,8	100,0	44,5	100,0

Fuente: Elaboración del autor basada en número de afiliados en ambos sistemas; 1993-1995 de Jaramillo 1999; 1997-2002 de OPS 2005.

[a] Estimados basados en las encuestas de hogares (ENCV) de 1997 y 2001 dan porcentajes distintos en dichos años: en contributivo 37,6% y 30,4%; en subsidiado 19,6% y 25,7%; en total de afiliados 57,2% y 42,8%, y en no afiliados 42,8% y 43,9% *Salud Colombia* N° 63 (2002) y N° 73 *(*2003).

[b] Otra serie da porcentajes diferentes: 20,6% en 1995, 30,1% en 1997, 31% en 1999, 30,8% en 2001 y 29,9% en 2002 *Salud Colombia* N° 71 (2003).

[c] En 1997-2002 todo o partes de los no afiliados pueden ser "vinculados" y cubiertos por hospitales públicos.

[d] No son afiliados en el régimen subsidiado sino a cargo del sector público; la suma de las dos categorías es de manera gruesa el número de protegidos, y los no afiliados son los no cubiertos.

CUADRO ANEXO 3
COBERTURA DE LA POBLACION EN CHILE: AFILIADOS POR SUBSECTORES DE SALUD, 1984 A 2003

(En porcentajes de la población total)

Subsectores	1984	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2001	2002	2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Público (FONASA)	83,4	70,1	61,5	60,3	59,4	61,2	62,2	67,4	67,5	
Privado (ISAPRES)	3,1	19,1	24,7	26,3	26,4	24,7	22,0	18,9	18,5	17,7
Otros [a]	13,5	10,8	13,8	13,4	14,2	14,1	15,8	13,7	14,0	
Población Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuentes: Elaboración del autor basado en 1984 de Titelman 2000; 1991 a 1999 de Pollack 2002, OPS 2005; 2001 a 2003 de FONASA 2004, SI 2004, OPS 2005; población de CEPAL 2003a y proyección a 2003 del autor

[a] No está claro si el grupo "otros" está cubierto por otros seguros de salud o son personas sin seguro que tienen que sufragar la atención por pago de bolsillo.

CUADRO ANEXO 4

COBERTURA DE LA POBLACION EN MEXICO: CON Y SIN SEGURO, POR SUBSECTORES Y POR PROGRAMAS, 1985 A 2002

(En millones de habitantes y porcentajes de la población total)

Con y sin Seguro/ Programas [a]	1985		1995		2000		2002	
	M	%	M	%	M	%	M	%
Con seguro	39,5	52,3	45,7	50,2	59,2	59,9	59,3	58,2
IMSS	31,5	41,8	34,3	37,7	46,5 [d]	45,7 [d]	46,2	45,3
ISSSTE	6,4	8,5	9,2	10,1	10,1	10,2	10,3	10,1
PEMEX	1,0	1,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
Defensa	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Marina	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Estados	n,d,	n,d,	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4
Sin seguro [b]	36,0	47,7	52,1	49,8	39,7	41,3	42,6 [f]	41,8 [f]
Público: SSA, usuarios [c]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	25,6 [e]	26,1 [e]	29,7	28,4
Población total	75,5	100,0	91,1	100,0	98,9	100,0	101,8	100,0

Fuentes: Elaboración del autor basado en INEGI 2005 y población de CEPAL 2003a, 2005.

[a] Sólo se estima el subsector privado por la encuesta de 2000: 1,1 millones y 1,1%.
[b] Esta es la "población abierta" que se supone está cubierta por el ministerio federal (SSA).
[c] Número y porcentaje de usuarios que usaron los servicios de SSA en 1999 y 2002 (éste con data de 2003; SSA 2004).
[d] En 1999 había 11 millones de asegurados en IMSS- Solidaridad que se reportaron en la población sin seguro, pero en el cuadro están incluidos en el total del IMSS lo cual explica el aumento considerable en sus asegurados en 2000; si se substrajesen estos al número asegurado en IMSS se reduciría éste a 36,5 millones y el porcentaje a 49,8% en 2000; el total con seguro declinaría a 49,2 millones y el porcentaje a 59,8%.
[e] Año 1999.
[f] El ministerio federal da cifras distintas en 2003: 57 millones no asegurados o 56,6% de la población total (SSA 2004).