

# LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ALGUNOS ELEMENTOS DE SU ECONOMÍA POLÍTICA

André Cezar Medici

Banco Interamericano de Desarrollo

andrem@iadb.org

## Resumen

**E**ste trabajo parte del principio de que solamente algunas de las reformas de salud implementadas en los países de América Latina cambiaron los sistemas de salud al punto de estructurar la fragmentación institucional que caracteriza el sector. Buena parte de ellas no contó con elementos que pudiesen reducir la falta de coordinación entre los sistemas de salud en el modelo de pluralismo vigente y, además, enfrentaron fuertes resistencias de actores relevantes que impidieron que dichas reformas se completasen. Asimismo, el trabajo apunta que ocurrieron mejorías en los indicadores de salud en los países que implementaron reformas estructurales (en contraposición aquellos que solo realizaron reformas parciales o no realizaron reformas), tales como en las tasas de mortalidad infantil, de desnutrición, de mortalidad materna y de atención especializada al parto. El trabajo evalúa aún algunas de las ventajas y obstáculos de un grupo seleccionado de países para implementar reformas de salud en la Región.

— Palabras clave: reforma de salud en América Latina, política de salud, economía política de la reforma de salud  
Clasificación JEL: D7, I12, I18

## Introducción

**L**os años noventa fueron, en buena parte de los países de América Latina, años de reforma de salud<sup>1</sup>. Dichas reformas han sido responsabilizadas, según algunas corrientes de opinión, por

---

<sup>1</sup> Análisis preliminares que definen los modelos de reformas de salud en América Latina han sido realizados por muchos autores en diferentes países. Creemos que no vale la pena repetir lo que existe, pero sí avanzar sobre el conocimiento ya existente. Un marco teórico que explica y describe los principales sistemas sanitarios de América Latina puede encontrarse en Medici, (2000). Muchos otros autores han escrito sobre el tema, tales como Maceira (2002) y más recientemente Mesa-Lago (2005). En este artículo consideramos también las referencias básicas sobre reformas de salud contenidas en Sanchez y Zuleta (2000).

seguir modelos neoliberales<sup>2</sup> que buscaron solamente realizar ajustes en los gastos de salud y flexibilizar los mercados laborales en el sector. Pero, un análisis, aunque superficial, fácilmente demuestra que las reformas no siguieron un mismo modelo en todos los países, ya que los problemas, necesidades, historia institucional previa y conceptos y valores asociados a los sistemas de salud son diferentes de sociedad para sociedad (Medici, 2000).

Asimismo, algunas de las motivaciones explícitas de las reformas fueron comunes, pero no en el sentido apuntado por gran parte de los críticos de las reformas. La mayoría de ellas se configuró como respuesta a las necesidades de ampliar la cobertura y equidad, frente a las restricciones en la expansión del gasto social asociadas a las crisis económicas y fiscales de los años ochenta, cuando fuertes limitaciones se impusieron en cuanto a la cobertura y la equidad en salud, en un momento de ampliación de las demandas sociales impulsadas por el acelerado proceso de urbanización y por el retorno a la democracia política en América Latina.

Por lo tanto, las reformas persiguieron objetivos variados, a depender de la situación específica de cada país. Temas como la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios fueron algunos de los más frecuentes en los procesos de reformas<sup>3</sup>.

En cierto sentido las reformas buscaron resolver problemas institucionales asociados a la limitada base de los estados nacionales en financiar políticas y reestructurar la prestación de servicios, adaptándolos a las necesidades de salud de la población. También buscaron resolver inconvenientes en temas federativos, aumentando la capacidad de los gobiernos locales en financiar y gestionar la entrega de servicios de salud. Por tal motivo buscaron cambiar los incentivos para que usuarios, prestadores y organizadores de los servicios funcionasen de forma más armónica y eficiente, estructurando lo más posible los mecanismos de financiamiento de la oferta a la demanda.

Utilizando el modelo teórico desarrollado por Londoño y Frenk (1997), se puede decir que el sector de salud en los países de América Latina es marcado por una amplia fragmentación, o en

---

<sup>2</sup> La definición de neoliberalismo es polémica y contradictoria, y no es compartida universalmente. El Profesor Andreas Novy del Departamento para el Desarrollo Urbano y Regional de la Universidad de Economía de Viena define formalmente el neoliberalismo como *una forma de liberalismo económico que considera a la economía de mercado como el bien máspreciado. El interés de la economía de libre mercado es el de regular con el poder del mercado y la competencia, ante todo a los monopolios. El derecho a la competencia es esencial para el funcionamiento de la economía de mercado.* Siguiendo el raciocinio del profesor, el concepto de neoliberalismo es acuñado, como continuidad del liberalismo clásico, asociado a economistas como Friedrich August Hayek y Walter Eucken que fueron los fundadores de la así llamada Escuela de Fraiburgo (*Freiburger Schule*). Su aparición política se produjo por primera vez en los años 70's, estrechamente asociado al nombre de Milton Friedman, así como el liberalismo autoritario se asocia al nombre de Hayek, a quien se considera un precursor de esta última corriente. Muchos asocian el neoliberalismo al tema de la globalización, pero verdaderamente, el sentido utilizado comúnmente para el concepto hace que los especialistas o ideólogos que condenan el neoliberalismo no se pongan de acuerdo sobre este concepto. Por lo tanto, el concepto neoliberalismo ha sido utilizado en el sector salud por los críticos de las reformas, con el argumento de que estas buscan avanzar en la privatización del sector y eliminar el papel del Estado. Pero, como veremos en este artículo, pocas fueron las reformas de salud en los países de la Región que avanzaron fuertemente en la privatización del sector y el papel del Estado ha sido creciente.

<sup>3</sup> Un análisis con más detalles del tema de economía política de las reformas de salud, sus actores y escenarios institucionales en América Latina y el Caribe se encuentra en Maceira (2002). Algunos de los aspectos tratados en esta sección recurren a los argumentos básicos desarrollados en este documento.

otras palabras, los sistemas fragmentados y no estructurados de salud son aquellos donde los servicios son prestados por múltiples instituciones, llevando a la existencia de superposiciones, despilfarros e ineficiencias en la organización de los servicios. La fragmentación institucional de las formas de organización del sector salud lleva a una serie de consecuencias negativas, tales como la duplicación de cobertura para unos y la ausencia de cobertura para otros; la selección adversa de pacientes por parte de los proveedores y la selección adversa de procedimientos, por parte de los asegurados, la falta de coordinación entre las funciones de salud pública y prestación de servicios y la baja integración entre los mecanismos de promoción, prevención y atención médica, conducen a la elevación de costos e inequidades en el acceso entre distintos segmentos.

Para resolver estos problemas es necesario realizar reformas que permitan estructurar el pluralismo en salud, reduciendo los costos de transacción, aumentando la cobertura para los segmentos no protegidos y evitando la doble cobertura en el sistema y el correspondiente despilfarro de recursos. La opción de estructurar el pluralismo muchas veces es más factible, bajo la óptica de la economía política sectorial, que la opción de reducir la fragmentación por los procesos de unificación institucional, donde se generan resistencias de los grupos políticos que pertenecen a las estructuras propuestas a desaparecer.

En América Latina, países con sistemas de salud totalmente fragmentados son aquellos donde las instituciones de salud se mantienen sin ninguna forma de articulación o integración. Los prestadores de servicios y las entidades de seguro-salud públicas o privadas actúan de forma independiente y autónoma, manteniendo redes propias de servicios y generando altos costos e inflexibilidad administrativa. Los asegurados pueden utilizar independientemente los servicios públicos y privados y en muchos casos se generan subsidios cruzados de los más pobres hacia los más ricos, como es el caso de sistemas de salud universales y gratuitos, donde los procedimientos de alto costo ofertados en la red pública son consumidos por aquellos de clase media y alta que tienen seguros privados y conocen las formas de traspasar las colas de ingreso existentes para los más pobres en los sistemas públicos. En el contexto latinoamericano, países como Venezuela, Surinam y Bolivia todavía se presentan como sistemas totalmente fragmentados.

Análogamente, países con sistemas de salud integrados son aquellos donde, en que pese la fragmentación, hay una coordinación institucional y administrativa que evita la duplicación de cobertura, reduce los costos de transacción y aumenta la solidaridad y equidad en la oferta de servicios estructurada por las múltiples instituciones existentes. Sistemas totalmente integrados, aunque hay indicios de que países como Chile y Colombia avanzan en la dirección de una mayor integración entre sus sistemas de salud.

La introducción de mecanismos adecuados de regulación de la competencia entre aseguradores y prestadores, procesos de cuidado administrado en salud, mecanismos de acreditación de calidad y protocolos clínicos, procesos estructurados de referencia y contra-referencia, con los servicios de atención primaria como puerta de entrada son algunos de los mecanismos que se podrían utilizar para integrar sistemas de salud, tanto por la vía del Estado (como es el caso de Costa Rica o de Brasil) como por la vía del mercado (como es el caso de Chile y Colombia).

Los organismos internacionales y los bancos multilaterales apoyaron, en gran medida, los esfuerzos de reforma de los países y tuvieron, en algunos países, un papel protagónico en el debate asociado a este proceso. Por citar algunos ejemplos, el Informe para el Desarrollo Mundial

publicado en 1993 por el Banco Mundial y la Estrategia para los Sectores Sociales del BID de 1996, proponen una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud y también sugieren la existencia de espacios de participación privada en la organización del mercado, prestación de los servicios y promoción de la competencia.

Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, muchas de las reformas no lograron un pacto social que permitiese a los distintos grupos de interés (población, proveedores, profesionales de salud, financiadores y gobierno) sentirse beneficiados, generando conflictos de interpretación acerca de la dirección y efectividad de los objetivos, prioridades e instrumentos de reforma.

Dos tipos de sentimiento negativo se generaron en los países en relación a las reformas: 1) los sentimientos asociados a los intereses en mantener el *status quo*, capitaneado por los gremios profesionales que, con el objetivo de defender sus fuentes de trabajo, el empleo estable y mantener el bajo control el proceso y el tiempo de trabajo en las actividades de salud, acusaron a las reformas de neoliberales y privatizadoras y se opusieron fuertemente a los mecanismos que procuraron ajustar el comportamiento del mercado de trabajo en el sector público y al mayor control de la calidad y de los resultados en salud; 2) la crisis de expectativas de la sociedad (mejorar la cobertura y calidad de salud en el plazo prometido), ya que, mismo que las reformas hayan realizado avances en la salud de América Latina, como demuestran los datos, dichos avances fueron más blandos y más demorados que el esperado, en parte por los motivos señalados. Por lo tanto, hubo un desfase entre las promesas de las reformas y el tiempo necesario para que estas se realizasen.

Como el ciclo de las reformas persigue objetivos de largo plazo y los ciclos políticos en América Latina son cortos, buena parte de las reformas se interrumpieron y pasaron por debates y cambios de opinión antes de completarse o de que avanzasen sustancialmente en su implementación, llevando a los países que las iniciaron a incurrir en enormes costos de transacción y alimentando la resistencia social a dichos procesos. Como resultado, actualmente las clases políticas en América Latina temen mencionar el tema de las reformas de salud, las cuales acaban por generar dividendos políticos negativos y amenazar su gobernabilidad.

En la Sección 1 se presentan los impactos en los indicadores de salud de las reformas llevadas a cabo en los países de América Latina. La Sección 2 analiza cómo se produjeron las reformas estructurales en los países que las implementaron. La Sección 3 evalúa a las reformas parciales en algunos países que llevaron a cabo este tipo de reforma. En la sección 5 se presenta una síntesis con los resultados de consultas hechas a actores clave en las reformas de salud. La Sección 6 concluye.

## **1. Impactos de las Reformas de Salud**

Las reformas de salud fueron una realidad en todos o casi todos los países de la región. Algunos desarrollaron instrumentos parciales de reforma, mientras que otros intentaron procesos más amplios que cambiaron la forma por la cual se organizaba la entrega, el financiamiento y la regulación del sector salud.

El Cuadro 1 clasifica a la región según la naturaleza de la reforma emprendida. Países que emprendieron o continuaron reformas estructurales de salud en los años noventa, a través de una mayor integración de su pluralismo, fueron Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá

**Cuadro 1**  
**Grado de Fragmentación y Estructuración del Pluralismo en Salud en Países que Han Realizado Reformas Estructurales y Reformas Parciales de Salud (2005)**

<b>Países que realizaron reformas estructurales</b>	
<b>Países</b>	<b>Tipo de sistema</b>
Argentina	Pluralista con baja estructuración
Brasil	Pluralista con el sector público estructurado
Chile	Pluralista con alta estructuración
Colombia	Pluralista con alta estructuración
Costa Rica	Integrado
Panamá	Integrado
Rep. Dominicana	Pluralista con baja estructuración
<b>Países que realizaron reformas parciales o no realizaron reformas</b>	
<b>Países</b>	<b>Tipo de sistema</b>
Bolivia	Sistemas pluralistas fragmentados o altamente fragmentados
Ecuador	
El Salvador	
Guatemala	
Haití	
Honduras	
México	
Nicaragua	
Paraguay	
Perú	
Uruguay	
Venezuela	

*Fuente:* Elaboración propia.

y República Dominicana. Algunos de los que desarrollaron instrumentos parciales de reforma o no realizaron reformas sustanciales fueron Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Como se afirmó anteriormente, la mayoría de los países de la región emprendieron algunas acciones de reforma de salud. Para efectos del presente análisis estamos diferenciando los países que emprendieron acciones estructurales de reforma de aquellos que no realizaron reformas o que solamente realizaron acciones parciales de reforma. En los primeros, las reformas cambiaron la naturaleza del pluralismo en salud, en el sentido de reducir su fragmentación o aumentar la integración de sus componentes. En el segundo, las reformas ocurrieron al interior de un solo segmento del pluralismo en salud, y, aunque aumentaron la eficiencia, no tuvieron la posibilidad de reducir sustancialmente los costos de transacción asociados al pluralismo.

Es imposible realizar un análisis riguroso de los resultados e impactos de las reformas de salud en los países de América Latina y el Caribe, ya que no fueron construidas de antemano líneas de base e indicadores asociados al inicio de los procesos de reforma que fuesen comunes y comparables internacionalmente<sup>5</sup>. Además, como se ha mencionado, ya que las reformas persiguieron en muchos casos diferentes objetivos, los indicadores, tanto de proceso como de resultado serían por definición diferentes, ya que se asocian a distintos objetivos y medios de implementación. Mientras tanto, algunos indicadores de resultado podrían indicar los logros de los procesos de reforma independientemente de los caminos que las mismas siguieron en cada país. Fueron elegidos los siguientes indicadores de resultado para efectos de una comparación preliminar: 1) tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos; 2) tasa de desnutrición entre menores de 5 años; 3) tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos; 4) porcentaje de partos atendidos por personal especializado; 5) tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles por 100 mil habitantes; 6) porcentaje de embarazos asistidos por controles prenatales.

El Cuadro 2 muestra los resultados de la comparación de estos indicadores de resultado entre países que implementaron reformas estructurales y aquellos que implementaron reformas parciales o no implementaron reformas. Se observa que en todos los seis indicadores de resultado seleccionados, con excepción del relacionado a embarazos atendidos por controles prenatales, los países que realizaron reformas estructurales presentaron resultados mejores que aquellos que

**Cuadro 2**  
**Evaluación de Indicadores Seleccionados de Salud en América Latina:**  
**1990/92 – 2002/5**

Indicador	Países con reformas estructurales			Países con reformas parciales o sin reformas		
	1990/92	2002/2005	Variación	1990/92	2002/2005	Variación
Tasa de mortalidad infantil	47	22	-53	42	29	-31
Tasa de desnutrición entre menores de 5 años	12	9	-25	16	13	-19
Tasa de mortalidad materna	174	71	-59	129	123	-4,7
% partos atendidos por personal especializado	81	97	+20	65	78	+20
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	106	65	-39	124	80	-35
% de embarazos atendidos por controles prenatales	69	64	-7	73	75	+3

*Fuente:* Elaboración propia.

<sup>5</sup> Un análisis exhaustivo de las características, procesos y resultados de las reformas puede ser observado en una reciente publicación de Mesa-Lago (2005), especificando la relación de las reformas con los principios de seguridad social.

realizaron reformas parciales o que no realizaron reformas. Hay por lo tanto que entender un poco mejor cómo las reformas se produjeron en algunos de estos países, lo que se presenta en la sección siguiente.

## 2. Evaluación de Algunas de las Reformas Estructurales de Salud

### 2.1 Argentina

En Argentina, la reforma se inició en 1995 buscando reorganizar el sistema de seguro social en dos aspectos: 1) reformular el esquema de cobertura y calidad en el *Sistema Nacional de Obras Sociales*, generando mecanismos de competencia dentro del sector, y de éste con seguros privados, y 2) mejorar la eficiencia en los servicios hospitalarios y de atención primaria, focalizando la atención en los pobres, a través de la descentralización y la administración autónoma;

Los principales instrumentos utilizados para tales fines fueron: 1) la creación de un Paquete Médico Obligatorio (PMO) de prestaciones garantizadas para los beneficiarios del *Sistema de Obras Sociales Nacionales* y Seguros Privados de Salud; 2) la reducción de la cautividad de los usuarios en la *Obra Social* según sindicato de origen de actividad, a través de un sistema de libre opción de cambio entre grupos de *Obras Sociales*; 3) la descentralización de los Hospitales Públicos hacia las Provincias, implementando un sistema de autogestión hospitalaria, que permite facturación de prestaciones a terceros pagadores y la contratación autónoma de servicios privados; 4) la organización de la atención primaria de la salud en las provincias focalizando la cobertura a los más pobres, mediante una iniciativa nacional de atención primaria. De acuerdo a ella, el nivel nacional establece criterios generales comunes a todas las jurisdicciones, en tanto las provincias se encuentran a cargo de las propuestas programáticas.

Según Maceira (2002), las primeras mediciones de resultados indican que la equidad al interior de la Seguridad Social se vio, por un lado, incrementada por efecto de la redistribución de fondos entre trabajadores de altos y bajos ingresos, pero empeoró para los trabajadores con salario inferior al mínimo, ya que no fueron incorporados en el mecanismo de reasignación de recursos. La calidad de los servicios prestados, de acuerdo a la percepción de los usuarios, se vio deteriorada en términos generales, especialmente a partir de la implementación del sistema de pago capitado, sin control de desempeño. Asimismo, la crisis del sistema de seguridad social provocó numerosos cortes de cobertura.

La reforma provocó en un principio una concentración al interior del mercado de las *Obras Sociales Nacionales*, causada por la desaparición de los agentes más ineficientes y por la fusión entre los de población reducida. Por otra parte hubo una concentración de los empleados de sueldos altos en pocos agentes provocado por la asociación de empresas de medicina prepagada con las *Obras Sociales*, que atraieron a las remuneraciones altas, con planes preferenciales. Esto determina que la variabilidad entre las cápitadas de los distintos agentes sea altísima, con el consiguiente desequilibrio en las prestaciones otorgadas por unos y otros, en cantidad y calidad.

Los inconvenientes presentados para dar cumplimiento con los objetivos propuestos de reforma han sido, en mayor medida, los relacionados con el poder de negociación de las direcciones de *Obras Sociales*. Asimismo, la grave crisis fiscal de las provincias impidió la implementación general del modelo de atención primaria de la salud. Dentro del subsistema público, los resultados

de la autogestión hospitalaria aún no son concluyentes; sin embargo, los mecanismos de facturación no cuentan con controles idóneos de cobro y gestión de contratos<sup>6</sup>.

Con la crisis social que se inicia en 2002, el gobierno argentino cambia su estrategia de reforma, reestructurando sus prioridades en dos ejes: 1) el fortalecimiento de la entrega de medicamentos a las poblaciones desasistidas, a través del Programa REMEDIAR, financiado por el BID y el incentivo a programas de seguros provinciales de salud, a partir de la implantación del Seguro Materno-Infantil (SUMI), financiado por el Banco Mundial.

## 2.2 Brasil

La reforma en el sistema de salud de Brasil, iniciada en los años ochenta y consagrada en la Constitución de 1988 con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) tuvo como objetivos: 1) ampliar la cobertura de salud de la población, a través de la eliminación de la estructura de salud de la seguridad social y su incorporación al Ministerio de Salud y a las Secretarías de Salud Estatales y Municipales; 2) establecer mecanismos de equidad y transferencia de recursos entre en nivel Central, los estados y municipios con diferente nivel de ingreso relativo; 3) profundizar la estructura de descentralización federal de los recursos, e; 4) intensificar los procesos de participación social en salud<sup>7</sup>.

Los principales instrumentos utilizados por el sistema brasileño son:

1) Consolidar un Sistema Público Nacional e Integrado entre los tres niveles de gobierno, tendiente a un seguro universal de salud, que distribuya riesgos entre la población con distintos niveles de ingreso y riesgo. Ello se llevó a cabo mediante la implementación de un Piso de Asistencia Básica (PAB). El valor que corresponde al PAB es calculado sobre la base *per capita*, con una porción basada en incentivos según las prioridades de políticas de salud. Los fondos se transfieren al municipio desde el Fondo Nacional de Salud, o excepcionalmente a los gobiernos estatales si los municipios aún no poseen los requerimientos institucionales para gestionar estos fondos.

2) Establecer un Programa de Salud Familiar (PSF) que se consolida en el nivel local, priorizando la prevención de la salud y articulándose con los otros niveles de gobierno. Según la Norma Operacional Básica de 1993, el objetivo de la descentralización es una “completa reformulación del modelo asistencial dominante, centrado en la asistencia médica hospitalaria individual, no sistemática, fragmentada, y sin garantía de calidad, cambiándolo por una asistencia integral universalizada y ecuaníme, regionalizada y jerarquizada, para la práctica de la responsabilidad sanitaria en cada esfera del gobierno, en todos los puntos del sistema”.

3) Incorporar al sector privado dentro del sistema de seguro público de salud, mediante redes de subcontratación.

---

<sup>6</sup> Otros análisis de los temas de economía política de las reformas de salud en Argentina pueden ser encontrados en Medici (2002) y en Giordano y Colina (2000).

<sup>7</sup> Un análisis en detalle de la Reforma de Salud en Brasil se puede encontrar en Medici (2002), El desafío de la Descentralización: Financiamiento Público de la Salud en Brasil., Ed. BID, Washington (DC).

4) Finalmente, basar todo el proceso en la activa participación de la sociedad civil, a través de los consejos federal, estatales y municipales de salud.

El sistema aumentó la cobertura de salud y su estrategia de comunicación y participación social ha funcionado, generando fuerte aceptación de la reforma entre la población. Evaluaciones de resultado en municipios puntuales permiten inferir un impacto significativo en la ampliación de la cobertura y en el control social que generó el compromiso de los habitantes de la comunidad.

A pesar de las reformas de salud, la mayoría de los trabajadores del sector formal y la clase media están cubiertos por esquemas de seguros de salud privados (voluntario), la mayoría de los cuales funcionan como las organizaciones administradoras de salud (HMO por sus siglas en inglés) americanas. Este sistema surgió como Sistema Complementario de Salud y a finales de los noventas se creó una agencia reguladora gubernamental para regular la cobertura y las primas. Durante los noventa, conforme la expansión del SUS, este sector también creció, alcanzando más de 36 millones de afiliados en la primera mitad de la década del 2000.

Sin embargo, el programa sigue con algunos problemas. La distribución del Fondo Nacional de Salud sobre la base de la cantidad de habitantes sin un ajuste por perfil epidemiológico o nivel de ingresos, provoca un desequilibrio entre regiones, ya que, dada la insuficiencia de la asignación, los municipios ricos se encuentran en mejores condiciones de financiar el resto de sus gastos en servicios, mientras que las jurisdicciones pobres o más castigadas por enfermedades no pueden hacerlo, provocando fallas en los mecanismos de equidad planteados.

Además se identifican fallas en los mecanismos de retribución a los prestadores del sistema: en tanto los prestadores públicos reciben un presupuesto histórico, los proveedores privados perciben pagos por prestación. Al estar capitados los ingresos disponibles al nivel de los gobiernos municipales, ello provoca una absorción completa del riesgo por parte de la autoridad pública descentralizada e inconsistencias entre el balance de la jerarquía de servicios entre atención primaria y atención especializada. Por otra parte la falla en algunos mecanismos de control y la ausencia de mecanismos de evaluación ha provocado selección adversa de riesgo por parte de ciertos prestadores privados, derivando a efectores públicos la atención más costosa.

## 2.3 Chile

La reforma chilena de salud fue la primera de la región (1981) y sigue hasta el momento sufriendo procesos de ajuste. Por haberse iniciado en un gobierno autoritario militar, no tuvo que enfrentar problemas estructurales de resistencia durante su primera década. Sin embargo, con el retorno a la democracia, algunas reformas empezaron a finales de los ochenta y siguieron durante los noventa y también en el nuevo milenio. Los objetivos de equidad e igual cobertura fueron los elementos más destacados en el planteo de metas de la reforma chilena en los últimos veinte años.

La reforma de salud en Chile ha sido paradigmática en América Latina, tanto por sus resultados como por sus instrumentos. Esto se justifica por haber logrado elevar el indicador promedio de esperanza de vida para los sectores de menores ingresos, universalizar la atención primaria y por equilibrar las diferencias entre los sectores más ricos y los más pobres del país en materia de atención básica a la salud. En esta misma dirección, otro objetivo logrado fue garantizar la igualdad de oportunidades entre todos los ciudadanos como estrategia social, que incluyó, entre sus componentes, el acceso al sistema de salud.

Entre los instrumentos utilizados para alcanzar dichos objetivos se encontraron:

- 1) Focalización de recursos, de modo de garantizar el acceso a servicios de salud de grupos de población de menores ingresos, o con necesidades prioritarias y especiales;
- 2) Diseño de esquemas de subsidios a la demanda dentro de la estructura pública de financiamiento, con categorías de seguro de acuerdo a los niveles de ingreso (cobertura FONASA<sup>8</sup>);
- 3) Desconcentración del sector público, la cual aunque con limitaciones de implementación ha facilitado la administración de servicios y la toma de decisiones al nivel local, y;
- 4) Competencia en la provisión de servicios de salud y entre seguros dentro del sector privado, con la creación de instituciones organizadoras (ISAPRE)<sup>9</sup> del sector que proveen seguros a los grupos de mayor ingreso según la capacidad y el perfil de riesgo del grupo familiar<sup>10</sup>.

En cuanto a los resultados, puede decirse que los objetivos de cobertura y equidad, del punto de vista de los fines, y de separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios de salud, así como del punto de vista de los instrumentos, han sido cumplidos muy satisfactoriamente. Sin embargo, la evaluación interna y externa de la reforma ha sido marcada por fuertes contradicciones en función de los matices ideológicos. Para unos (Cifuentes, 2000), tanto la creación del sistema ISAPRES y la descentralización del Sistema Nacional de Salud, como el cambio en los mecanismos de asignación de recursos fueron instrumentos exitosos. Se logró ampliar la cobertura, incluyendo a los indigentes en el sistema subsidiado por el Estado, se permitió una mayor libertad de elección y se mejoró la gestión de los entes públicos. Por otro lado el objetivo de reducir la tasa de mortalidad infantil, se ha conseguido, quedando Chile en primer lugar con la reducción más importante en América Latina, desde 1970 a 1990.

Otros (véase por ejemplo Titelman, 2000) opinan que la segmentación y dualidad en el sistema de salud no promovió la posibilidad de alcanzar un seguro universal, sino que creó un esquema con dos opciones diferenciadas (el sistema público y el privado), provocando mecanismos no-equitativos de subsidio cruzado desde el sector público hacia las ISAPRES. Por otra parte, hay aquellos (Savedoff, 2000) que reconocen la existencia de subsidios cruzados pero con dirección opuesta a la planteada por los críticos del sistema, dado que las personas de altos ingresos contribuyen con el sistema impositivo a la vez que abonon cotizaciones en el sistema privado de salud.

En cuanto a los problemas en la materialización completa de la reforma se pueden citar: a) la oposición ideológica que recibió la implementación de un subsidio a la demanda para trabajadores por debajo de las cotizaciones mínimas requeridas por las ISAPRES, b) la oposición gremial a la

---

<sup>8</sup> El Fondo Nacional de Salud (FONASA), financiado por ingresos fiscales, fue creado para financiar la provisión de salud básica para la población no asegurada y de bajos ingresos. Los fondos para el cuidado primario de salud son transferidos a los municipios y los relacionados al cuidado hospitalario sonj transferidos a los hospitales públicos.

<sup>9</sup> Las ISAPRE (Instituciones para la Salud Previsional) son ONG's creadas para ofrecer paquetes de salud básica para su población afiliada, organizada bajo el paraguas de contribuciones obligatorias pagados por los empleados, esas instituciones cubren no más que el 26 por ciento de la población chilena de más altos ingresos.

<sup>10</sup> Una visión detallada de la reforma de salud en Chile puede ser vista en Cifuentes (2000).

autonomía de los establecimientos y la flexibilización laboral que suponía la competencia y el diseño de regulación apropiada para crear mecanismos para proteger los derechos de los usuarios en forma igualitaria. Asimismo, la existencia de un modelo dual genera contribuciones de sectores de altos ingresos a un fondo diferenciado, limitando los alcances de un seguro de salud que financie la atención de toda la población, especialmente para las enfermedades de requieren cuidados de mediana y alta complejidad, donde el sistema no ha beneficiado a los más pobres.

Sobre la base de estos problemas el actual gobierno chileno inició un proceso de reforma a la reforma, con la institución de mecanismos solidarios de financiamiento y de garantías explícitas para patologías que requieren intervenciones de mediana y alta complejidad. Esta estrategia se configuró, a partir del 2003, en un Plan de Atención Universal con Garantías Explícitas (AUGE) que propone, diferenciadamente del universalismo nominal a la salud existente en las constituciones latinoamericanas, que los servicios sean garantizados universalmente cuando estén disponibles los fondos, instrumentos e instituciones que los hagan sustentables<sup>11</sup>.

## 2.4 Colombia

La reforma colombiana de salud iniciada en 1993, tuvo como objetivos: 1) el aumento de la cobertura con énfasis en grupos de bajos ingresos; 2) garantizar un nivel mínimo de solidaridad, equidad y calidad de servicios financiados con recursos públicos (de impuestos y de la seguridad social); 3) incrementar la calidad de los servicios en base al aumento de la competencia y la libre elección de proveedores y aseguradores, y; 4) generar una estructura de control estatal (a través de la Superintendencia Nacional de Salud).

Los principales instrumentos utilizados para llevar adelante la reforma fueron:

- 1) La separación de las funciones de regulación, provisión y financiamiento de los servicios de salud. Las entidades a cargo de la organización de los Servicios de Salud son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), para los grupos con capacidad de pago, y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), para los grupos marginados y sin capacidad de pago o fuente de financiamiento para su seguro. La provisión recae en las Instituciones Prestadoras de Servicios (Empresas Sociales del Estado en el caso público). Ambos tipos de organización son autónomos y puede tratarse de entes públicos o privados;
- 2) La creación de un grupo de paquetes de salud, cuyos precios, ajustados por departamento y por ingreso, sirven de base para el establecimiento de afiliados contribuyentes y poblaciones subsidiadas del sistema. Esta transferencia de ingresos se realiza a partir de los recursos recibidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía, financiado a través de recursos generales de la nación y de la seguridad social;
- 3) Se generó, adicionalmente, la posibilidad de organizar empresas aseguradoras sociales de carácter privado, que administran fondos y organizan la prestación de servicios;

---

<sup>11</sup> El plan AUGE, dada su implantación reciente, hará el uso de tecnologías de información para garantizar el acceso de la población a los procedimientos de mediana y alta complejidad, como es el caso de los sistemas electrónicos de marcación de consultas, telemedicina y otros. El Banco ha apoyado estos esfuerzos en un Proyecto aprobado a fines del 2004 (Apoyo a la Estrategia Digital en Chile – CH-L1001).

4) La reforma cuenta con un componente territorial, a partir de la descentralización de la gestión de los servicios de salud del sector público. En este sentido el Municipio programa y ejecuta las acciones fundamentales a través de su Plan Local de Salud y su Plan de Atención Básica (PAB). Las competencias de modulación y regulación le corresponden a los Consejos Territoriales de Salud y Seguridad Social (CTSSS) y a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Esta política implicó la transferencia de autoridad y poder desde el Ministerio de Salud, hacia la planificación local<sup>12</sup>.

La reforma logró triplicar la cobertura de la población que accede a servicios de salud desde su inicio, alcanzando a un 60 por ciento del total. Las transformaciones institucionales por ella introducidas permitieron un mejoramiento de los mecanismos de gestión, control y manejo de información entre las Instituciones Prestadoras de Servicios públicas y el fisco. Ello constituye asimismo un paulatino corrimiento del subsidio de la oferta hacia uno basado en la demanda.

Los principales problemas se relacionan fundamentalmente con cuatro aspectos: 1) los incentivos a subdeclarar remuneraciones al sistema de aseguramiento social, que lleva a limitar los chances de sustentabilidad de la reforma; 2) las diferencias existentes en la calidad y la especificidad de los servicios recibidos por usuarios de diferentes sistemas y con planes de cobertura disímiles; y 3) dado que en la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios el pago sigue siendo por presupuesto histórico y los mecanismos de control no cuentan con esquemas eficientes de funcionamiento, la reforma ha inducido a prácticas tales como selección adversa de altos riesgos, desequilibrios financieros y/o sobre-utilización de servicios, lo que ha llevado a muchas EPS a no poder contener el gasto creciente; 4) Los hospitales públicos no han logrado avanzar, ya que fuertes resistencias gremiales y problemas laborales han impedido transformar dichos hospitales en empresas sociales del estado, autónomas, con régimen propio de personal y capacidad para contratar y despedir. Con esto, en las regiones pobres donde se ubican estos hospitales, la cobertura del régimen subsidiado ha avanzado muy lentamente.

## 2.5 República Dominicana

La reforma se inició en 1995 con el objetivo de aumentar el acceso y la calidad de los servicios, enfocándose fundamentalmente en la atención materna e infantil, y en los segmentos de bajos recursos. En este sentido, buena parte de los ODM de salud ya estaban elegidos como prioridad por la reforma

Los instrumentos utilizados para lograr estos objetivos fueron: 1) la desconcentración y descentralización del sector público de salud; 2) la reforma del sistema de seguridad social, especialmente en la parte de entrega de servicios de salud; 3) la definición de conjunto de prestaciones básicas de acceso universal; 4) la reorganización del esquema de financiamiento con un carácter mixto público–privado, basados en la solidaridad contributiva; 5) la introducción de un seguro familiar universal con provisión público–privado y esquema de pago capitado; y 6) el fortalecimiento del rol regulador del Estado sobre la base de un nuevo marco legal.

---

<sup>12</sup> Una primera evaluación hecha sobre el Banco relacionada a la reforma colombiana se encuentra en Savedoff (1999).

Los resultados de la reforma han sido positivos en términos de sus objetivos de expansión de cobertura y calidad de los servicios. Sin embargo, los resultados podrían ser mejores si algunos de los problemas iniciales de su implementación hubiesen sido resueltos a tiempo, cabiendo destacar: 1) la falta de un cálculo preciso en la valorización del paquete de servicios, lo que deriva en una reducción de cantidad y calidad de las prestaciones brindadas; y 2) El hecho de que las entidades prepagas vinculadas al programa no tienen buena cobertura en todo el territorio, imposibilitando el acceso a poblaciones de regiones alejadas o rurales. Para crear incentivos en dichas zonas distantes, fue diseñado un programa para descentralizar financieramente los recursos, en vista de crear incentivos y fomentar la competencia.

### **3. Evaluación de Algunas Reformas Parciales de Salud**

#### **3.1 Bolivia**

La reforma boliviana, buscó, a partir de la Ley de Participación Popular de 1994, descentralizar políticamente al país, brindando mayores facultades y reasignando recursos a los departamentos y a los gobiernos municipales, como método para aumentar la eficiencia y ampliar la cobertura.

Los principales instrumentos considerados en ese proceso a lo largo del tiempo fueron: 1) la creación del Seguro Materno-Infantil y su extensión hacia un Seguro Básico de Salud, a ser cubierto por las instituciones del Sector Público y de la Seguridad Social, mediante pagos subsidiados por prestación; 2) un Seguro Obligatorio de Vejez, distribuyendo pagos *per capita* por ancianos asignados a cada institución, y; 3) la “descentralización por factores” en el sector público, distribuyendo la asignación por gastos en capital físico a los municipios, al tiempo que se desconcentra el pago de honorarios al personal de planta a nivel departamental; 4) la reforma de las cajas de salud, eliminando la cautividad de clientela, estableciendo un sistema de libre competencia entre las mismas con la definición de un paquete mínimo obligatorio de prestaciones, y; 5) la reforma de los sistemas de vigilancia epidemiológica con la creación de una estructura permanente para el combate a las principales enfermedades transmisibles en el país.

Si bien la descentralización política fue exitosa, la descentralización en el uso de los recursos ha sido incompleta. Asimismo, las particularidades de la distribución de funciones entre prefecturas y municipalidades ha reducido la eficiencia del sistema. No se verifica un aumento de la equidad en el sector, aunque existen fuertes indicios de aumento de cobertura, especialmente relacionado con los alcances del Seguro Básico de Salud y de los Fondos de Inversión Social. El sistema de reforma de las Cajas de Salud no se implementó por resistencias políticas de los gremios y la eficiencia del sistema se deteriora progresivamente. El *escudo epidemiológico* ha tenido dificultades estructurales en su organización, pero ha permitido reducir la incidencia de enfermedades transmisibles, especialmente chagas y tuberculosis.

Los principales obstáculos de la reforma han sido la poca delegación real de poder en las decisiones de gasto en salud, y en los mecanismos de asignación de fondos entre jurisdicciones departamentales y municipales. Por otra parte, la articulación entre el sector público y la seguridad social provoca transferencias cruzadas de recursos que crean duplicaciones e inconsistencias que quedan por resolverse. La reforma no se completará mientras no haya el cambio de la cautividad de clientela y de los ineficientes mecanismos de financiamiento y organización de las cajas de salud.

### 3.2 Guatemala

Los objetivos de la Reforma de Salud en Guatemala, iniciada en 1995, fueron básicamente: 1) ampliar la cobertura y entrega de servicios de salud sobre la base de un modelo de atención, orientado a la prevención; 2) aumentar el gasto público en salud, a través de actividades que favorezcan reasignación de recursos públicos con mayor nivel de eficiencia y equidad, brindando garantía de acceso a los servicios de salud, y su sostenibilidad financiera, para la población de mayor riesgo, y; 3) generar una respuesta social organizada, por medio de la articulación del gobierno y la seguridad social con las ONG's, los prestadores particulares y las organizaciones comunitarias.

Para alcanzar estos objetivos fueron utilizados los siguientes instrumentos: 1) la creación de un Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), iniciativa que promueve un plan básico de servicios de salud, definido en el ámbito de Ministerio de Salud, dirigido al 33 por ciento de la población; 2) el uso de mecanismos de focalización en el marco del Plan Nacional de Salud, especialmente para grupos familiares, pueblos indígenas, y población inmigrante; 3) la transferencia de responsabilidades administrativas y del financiamiento a las Jefaturas de Área de Salud, como forma de desconcentrar el Sistema Integral de Atención en Salud.

Entre las medidas dirigidas a alterar la composición tradicional del gasto en salud, la reforma de Guatemala se ha enfocado en: 1) la inclusión de copagos para determinados servicios públicos; 2) el aumento de la proporción de organizaciones no gubernamentales comprometidas con la prestación de servicios para el Ministerio de Salud; 3) la presencia de empresas privadas o profesionales independientes como prestadores del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, y; 4) la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM), especialmente en áreas rurales.

Dados los cambios en la composición del gobierno la reforma pasó por grandes dificultades en su implementación durante el tiempo transcurrido desde su inicio. Asociado a esto, la ausencia de mecanismos claros de evaluación hace con que no haya resultados concretos que puedan presentarse para su evaluación. De todas maneras, se aprecia la falta de mecanismos de control no sólo en la medición de la calidad de los servicios de salud, sino también la comparación entre los compromisos de gestión desconcentrada, presentados en los programas operativos y sus ejecuciones finales, que se establecen independientemente de los niveles erogados en periodos anteriores.

Además, el inicio de las acciones propuestas en el diseño de la misma ha sufrido retrasos debido al continuo proceso de redefinición de sus objetivos y alcances, especialmente relacionado con la inclusión del Instituto Guatemalteco del Seguro Social en el sistema de extensión de cobertura a trabajadores informales. Los mecanismos para facilitar la participación comunitaria y el control social son débiles, aspecto importante de corregir en países conformados por naciones de diferentes razas e idiomas. Finalmente, no han surgido organizaciones comunitarias formales vinculadas a la promoción y cuidado de la salud, a pesar que el Sistema Integral de Atención en Salud requiere de la colaboración de voluntarios de salud de las comunidades donde el sistema se implementa.

## 4. Actores Involucrados en los Procesos de Resistencia a las Reformas

En lo respecta a los actores, los procesos de reforma descritos algunos elementos comunes de economía política que llevaron a que estas quedasen parcialmente implementadas: 1) el papel pasivo de los usuarios en el conocimiento, apoyo o rechazo a las reformas; 2) el papel activo de los gremios médicos y entidades profesionales del sector salud en oponerse y movilizarse contra los procesos de reforma; 3) la fragilidad de los ministerios de salud en defender las reformas a largo plazo, sea porque son identificadas con agendas externas denunciadas por sus oponentes como neoliberales, sea porque, si involucran aumentos de recursos aún que temporales para su implementación, no cuentan con el beneplácito de los ministerios de economía; 4) el largo tiempo necesario a la implementación de las reformas frente a la corta temporalidad de los mandatos de los gobiernos.

Con relación a los usuarios, es conocida la asimetría de información entre ellos y los proveedores, y que los hacen altamente dependientes de la voz y poder de aquellos. Así como los usuarios en general cumplen, cuando tienen recursos, las recomendaciones de los proveedores y de sus doctores para cuidar adecuadamente de su salud, también aceptan sus ideas de que las reformas empeorarán los servicios. Los usuarios de menor ingreso que son en general los más beneficiados con las reformas, dados los compromisos con los temas de equidad, tampoco tienen canales adecuados de expresión y voz para que su satisfacción y sus intereses sean conocidos o valorizados.

Con relación a los gremios médicos y entidades profesionales, sus intereses son contrarios a las acciones que buscan racionalizar y aumentar la eficiencia de los servicios, entre las cuales se destacan: 1) la eliminación de la inamovilidad laboral; 2) la diversificación de los sistemas de pago creando incentivos a la mayor productividad y penalizando, por mecanismos de mercado, a los menos eficientes; 3) la competencia entre prestadores públicos y privados en la entrega de servicios financiados por el sector público, y; 4) la aplicación de medidas que sometan la acción profesional a mayor racionalidad, como el establecimiento de protocolos médicos, paquetes básicos de servicios, listas de medicamentos genéricos.

En éste ámbito, las acciones de servicios de salud que han paralizado las reformas están, en gran medida, relacionadas con el aumento de las oposiciones corporativas en el sector salud, el cuál en América Latina registró en los últimos dos años un nivel de conflictividad superior al observado en otras áreas de la economía y su principal motivación fueron demandas referidas a la asignación de recursos en el sistema. Los colegios y sindicatos médicos han sido actores determinantes de ese proceso (véase Scavino, 2004).

La conflictividad en salud en la región durante 2003 se expresó a través de la concreción de 37 paros y huelgas de alcance nacional en 12 países de América Latina<sup>13</sup>, con duración entre 1 día a 9 meses, representando grandes pérdidas en años de vida saludables y en recursos financieros para la sociedad. Demandas relacionadas con la asignación de recursos en el sistema (incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector) motivaron la mayoría de estas acciones que fueron protagonizadas por 31 organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud (15 de

---

<sup>13</sup> Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay.

médicos). En los servicios de salud del Estado se registraron 36 de las 37 huelgas de alcance nacional.

En 68 por ciento de las huelgas y paros de carácter nacional que se realizaron en la región en 2003, los motivos principales de las movilizaciones fueron demandas relativas a la asignación de recursos en el sistema de salud: incrementos salariales, pagos de beneficios, asignación de cargos, recursos para residentes, incremento del presupuesto para las redes asistenciales públicas, demanda de condiciones dignas de trabajo, pago de adeudos laborales y cumplimiento de compromisos acordados previamente. La oposición a la introducción de reformas sectoriales fue la principal causa en 11 por ciento de las huelgas. El rechazo a la destitución de jefes y exigencia de restitución de funcionarios fue el principal motivo de 8 por ciento paros nacionales.

Los países donde se registró mayor cantidad de huelgas y paros de alcance nacional fueron Bolivia, Perú y República Dominicana (12, 6 y 4 respectivamente) y el conflicto de mayor duración fue el que enfrentó al Colegio Médico de El Salvador con el gobierno de ese país entre el 17 de septiembre de 2002 y el 13 de junio de 2003. La principal demanda de la movilización fue el rechazo del cuerpo médico salvadoreño a una ley aprobada en el parlamento y que los médicos entendían que habilitaba la “privatización” de los servicios públicos de salud (véase Scavino, 2004).

Los movimientos corporativos del sector salud han sido los principales actores directos que se oponen a los procesos de reforma de salud, retrasando su implementación. Las clases políticas y el gobierno, por su vez, han tenido poca tolerancia para enfrentar dichos movimientos y acaban cediendo a las presiones e incluso a paralizar los procesos de reforma, retirando de su camino ministros y técnicos comprometidos con la implementación de estos procesos.

Esto ha sido uno de los motivos que ha llevado a tan intensa rotación de ministros de salud en los países de ALC a lo largo de los años noventa, como se puede verificar en el Cuadro 3. Los países que implementaron reformas fueron aquellos donde se encontraron los más cortos promedios de gestión de ministros de salud –alrededor de un año y tres meses–.

Los principales argumentos defendidos por los opositores de las reformas son que estas llevan a la privatización de los gastos en salud y a la reducción de la cobertura con calidad para las poblaciones. Pero los datos existentes parecen no demostrar la veracidad de estos argumentos, como lo demuestra el Cuadro 4. Se verifica que, con excepción de Argentina y Brasil, todos los demás países aumentaron el gasto público en salud, durante el periodo 1995-2001.

**Cuadro 3**  
**Rotación de Ministros de Salud en Países de América Latina y el Caribe, 1983-1997**

Rotación	Países	Promedio de gestión
Alta	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Grenada, Haití, Perú, Surinam, Venezuela	1 año y tres meses
Mediana	Bahamas, Barbados, Belice, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, San Vicente, Trinidad y Tobago, Uruguay	2 años
Baja	Antigua y Barbuda, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Jamaica, México, Paraguay, Santa Lucía	3 años y medio

Fuente: OPS (2000).

**Cuadro 4**  
**Participación de los Gastos Públicos en Salud en los Países**  
**que Implementaron Reformas en este Sector: 1995-2001**  
(porcentaje)

<b>Países</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Argentina	61	59	58	55	56	55	53
Brasil	43	40	44	44	43	41	42
Chile	36	39	38	40	41	43	44
Colombia	58	59	58	55	54	56	66
Costa Rica	68	67	69	67	69	68	69
El Salvador	41	41	39	42	42	43	47
Guatemala	44	42	45	47	48	48	48
Rep. Dominicana	27	27	29	28	31	28	36

*Fuente:* Proyecto de Cuentas Nacionales de Salud em América Latina y el Caribe: Agenda Compartida BID, Banco Mundial y OPS

En muchos de estos países, especialmente los más criticados por sus propuestas consideradas neoliberales, como Chile y Colombia, la participación del gasto público en el sector salud ha aumentado. En otros, como Brasil, donde los gremios han sido más complacientes, la participación del sector público ha quedado estabilizada o ha bajado ligeramente.

En cuanto al tema de la cobertura, esta se expandió fuertemente y los resultados de las políticas de salud han sido favorables durante los años noventa. Pero el hecho importante es la existencia de una tendencia al aumento de la cobertura de servicios con calidad, la cuál esta asociada a los mecanismos de seguro público o privado y a la reducción del gasto directo del bolsillo (Medici, 2005).

## 5. Consultas a Actores Clave y las Reformas de Salud

En el inicio del segundo semestre de 2004 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizó una encuesta de opinión a actores clave de salud en los países de ALC<sup>14</sup>. Se consideraron como actores clave los altos funcionarios de los Ministerios de Salud (37 por ciento), investigadores o académicos en salud y economía (20 por ciento), altos funcionarios de los Ministerios de Economía (8 por ciento), instituciones proveedoras de servicios (3 por ciento); gremios de salud (3 por ciento) y otros actores (29 por ciento).

Entre los temas investigados en la encuesta se buscó conocer los cambios realizados en la política de salud de los países en los últimos 10 años se evitó utilizar el término *reforma* dados su desgaste y estigmatización entre los actores. Sin perjuicio de ello, las preguntas sobre cambios introducidos en los últimos diez años para mejorar los sistemas de salud en sus dimensiones de eficiencia, efectividad, calidad y equidad buscaron identificar esfuerzos de reforma.

<sup>14</sup> El Informe de la encuesta se encuentra en el link electrónico: <http://www.iadb.org/sds/doc/ReporteEncuesta.pdf>

Más de 50 por ciento de los encuestados tuvieron la percepción de que las reformas lograron buenos resultados o resultados parciales en temas como descentralización, focalización de la atención a los más pobres y uso de paquetes básicos de salud. Sin embargo, no fueron considerados implementados (o adecuadamente tratados) los temas de seguro universal, subsidios a la demanda y la desmonopolización del sector público.

En síntesis, la encuesta revela que, dadas las dificultades que pasó el sector, se implementaron pocas reformas. Hay una percepción de que no se logró implementar cambios en los sistemas de salud que siguen centrados en la oferta pública con insuficientes recursos para los más pobres, gastos de seguridad social para trabajadores formales, altos niveles de gasto del bolsillo y pocos esquemas alternativos de financiamiento que busquen soluciones más eficientes y equitativas.

Esta encuesta fue complementada con consultas directas realizadas con altas autoridades de los Ministerios de Salud de los países de la Región en tres talleres, realizados en Río de Janeiro (Brasil), San José (Costa Rica) y Barbados en los meses de noviembre y diciembre del 2004<sup>15</sup>. A lo largo de los talleres no se propuso evaluar el rol de las reformas, pero avanzar en los problemas actuales y futuras perspectivas. Asimismo fue propuesto que los organismos internacionales no deberían imponer a los países agendas predeterminadas, concentrando sus esfuerzos en auxiliar a los ministerios de salud a fortalecer su rol rector en la coordinación de sus políticas internas y de los recursos de la cooperación internacional.

## 6. Conclusiones

Aunque no haya consenso entre los actores claves del sector, los datos indican que muchas de las reformas de salud en América Latina presentaron buenos resultados en los años noventa. Países como Chile, Brasil, Colombia y República Dominicana tuvieron fuerte expansión de cobertura asociada a los esfuerzos de mejorar la eficiencia en el financiamiento, en la entrega de los servicios, y en implementar procesos de descentralización que aumentaron el acceso a programas de salud en regiones remotas, especialmente a los grupos más carentes.

Sin embargo, en muchos países, como en los casos más visibles de Argentina y Bolivia, los procesos de reforma han sido mucho más lentos que el esperado, en función de la compleja economía política asociada a su implementación. Por otro lado, en todos los países donde se intentó implementar una agenda de reformas ha aumentado la conflictividad en el sector salud, debilitando el esfuerzo del gobierno en seguir adelante con ellas y, al mismo tiempo, generando altos costos de transacción que se materializan en la pérdida de recursos económicos y de años de vida saludables de la población.

Los gremios de profesionales de salud han liderado el movimiento de oposición y rechazo a las reformas, utilizando argumentos cuestionables y fácilmente contestables por los datos y evidencias existentes. Sin embargo, dada la asimetría de información entre usuarios y prestadores y la falta de apoyo político de los ministerios de salud interesados en llevar a cabo las reformas, los argumentos de los opositores a ellas acaban por ser hegemónicos, llevando los gobiernos a sustituir autoridades sectoriales para evitar la pérdida de sus bases electorales.

---

<sup>15</sup> El informe final de estas consultas se encuentra en el link: <http://www.iadb.org/sds/doc/Informe%5Fde%5Flas%5FConsultas11.pdf>

La falta de estabilidad en el sector, la ausencia de objetivos claros, metas cuantitativas y mecanismos de evaluación de los resultados, la debilidad de sus bases financieras de sustentación en momentos de ajuste fiscal y la falta de estrategias amplias de diálogo y comunicación social con los más interesados – los usuarios – han sido los principales problemas que llevan las reformas de salud a continuar inconclusas en América Latina.

Las reformas de salud son procesos de largo plazo, que tienen que estar bien comunicados, involucrar amplios seguimientos de la sociedad y tener a los usuarios como socios. Deben, por lo tanto, traspasar los gobiernos, demostrar resultados tangibles y generar iconos e ideales de satisfacción compartidos por todos.

Al mismo tiempo, no se debe dar la impresión de que las reformas son una magia que transforma a corto plazo las condiciones de salud de la sociedad. Es necesario que se transmita una visión de largo plazo en términos de objetivos y metas de salud, que haya adecuada comunicación social para que cada actor coopere y haga su parte, que se busque mecanismos de planeamiento para separar acciones inmediatas, intermedias y futuras y que se sepa para donde ir, con qué instrumentos, con qué objetivos y con cuáles mecanismos de evaluación y control. Sobre estas bases es que la cooperación internacional debería financiar sus nuevos proyectos de salud, dejando a criterio de los países si ellos deben ser vendidos o no como reformas.

## Referencias

**Cifuentes, Mercedes.** “The Health Sector Reform in Chile”. En *La Hora de los Usuarios (program for users): Reflections on the Political Economy of Health Reforms*. Publicado por Héctor Sánchez y Gustavo Zuleta. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

**Giordano, Osvaldo y Jorge Colina.** “Political Economy of Reforms”. En *La Hora de los Usuarios: Reflections on the Political Economy of Health Reforms*. Publicado por Héctor Sánchez y Gustavo Zuleta. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

**Londoño, Juan Luis y Julio Frenk.** “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America”. *Health Policy* 41, no. 1(1997): 1-36.

**Maceira, Daniel.** “Actors and Health Reforms in Latin America and the Caribbean”. Documento Comisionado para Subsidiar la Estrategia de Salud del BID. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

**Medici, André Cezar.** “Health Reforms in Latin American and the Caribbean”. En *La Hora de los Usuarios: Reflections on the Political Economy of Health Reforms*. Publicado por Héctor Sánchez y Gustavo Zuleta. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

**Medici, André Cezar.** “Public and Private in Health in Latin America”. Nota Técnica de Salud de la División de Programas Sociales SDS/SOC. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.

**Medici, André Cezar.** “The Deregulation of *Obras Sociales* in Argentina: One More Episode of the Health Reform in Argentina: What Will Come Later?” Nota Técnica de Salud de la División de Programas Sociales SDS/SOC. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002. Disponible en línea en: <http://www.iadb.org/sds/doc/Desregulacion.pdf>.

**Medici, André Cezar.** *The challenges of Decentralization: Public Health Financing in Brazil*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

**Mesa-Lago, Carmelo.** “Health Reforms in Latin America and the Caribbean: Their Impact on Social Security Principles”. Serie de Documentos de Proyectos. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2005.

**OPS.** *Public Policy and Health Program database*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

**Savedoff, William.** “Is Anybody Listening? Data Omissions in Debates on the Health Reform in Latin America”. Nota de Salud no. 2. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000. Disponible en línea en: <http://www.iadb.org/sds/doc/AlguienEstaEscuchando.pdf>

**Savedoff, William.** “Reaching the Poor Through Demand Subsidies: The Colombian Health Reform”. Nota Técnica de Salud de la División de Programas Sociales SDS/SOC. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999. Disponible en línea en: <http://www.iadb.org/sds/doc/HealthReformCO.pdf>

**Scavino, Julio.** “How Corporate Interests Work in the Political Economy of the Health Sector. An Approximation Since Conflicts Arose in the Health Sector in the Region of the Americas”. Documento Comisionado por el BID, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2004.

**Titelman, Daniel.** “Reforms to the Health System in Chile: Pending Challenges”. Series de Financiamiento para el Desarrollo no. 104. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000.

**Anexo****Cuadro A.1**  
**Tasas de Mortalidad Infantil**

Países	1994		2005	
	Nacidos vivos (mil)	Tasa	Nacidos vivos (mil)	Tasa
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	684	26	690	17
Brasil	3,800	57	3,706	25
Chile	298	14	251	8
Colombia	808	32	967	18
Costa Rica	85	12	80	9
Panamá	63	21	70	15
Rep. Dom.	202	48	211	35
Promedio	5,940	47	5,975	22
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	249	74	264	54
Ecuador	307	44	294	22
El Salvador	183	43	166	25
Guatemala	383	51	438	39
Haití	241	98	254	80
Honduras	195	44	207	34
México	2,357	30	2,159	20
Nicaragua	164	53	154	35
Paraguay	153	42	178	19
Perú	620	59	630	33
Uruguay	54	19	57	15
Venezuela	566	26	593	19
Promedio	5,472	42	5,394	29

**Cuadro A.2**  
**Tasas de Desnutrición entre menores de 5 años de edad**

Países	1990		2002	
	Nacidos vivos (mil)	Tasa de desnutrición	Nacidos vivos (mil)	Tasa de desnutrición
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	684	3	690	3
Brasil	3,800	12	3,706	9
Chile	298	8	251	4
Colombia	808	17	967	13
Costa Rica	85	6	80	4
Panamá	63	21	70	26
Rep. Dom.	202	27	211	25
Promedio	5,940	12	5,975	9
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	249	28	264	21
Ecuador	307	8	294	4
El Salvador	183	12	166	11
Guatemala	383	16	438	24
Haití	241	65	254	47
Honduras	195	23	207	22
Mexico	2,357	5	2,159	5
Nicaragua	164	30	154	27
Paraguay	153	18	178	14
Perú	620	42	630	13
Uruguay	54	6	57	4
Venezuela	566	11	593	17
Promedio	5,472	16	5,394	13

**Cuadro A.3**  
**Tasa de Mortalidad Materna**

Países	1990		2002	
	Nacidos vivos (mil)	Tasa de mortalidad materna	Nacidos vivos (mil)	Tasa de mortalidad materna
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	684	52	690	46
Brasil	3,800	230	3,706	72
Chile	298	34	251	17
Colombia	808	107	967	99
Costa Rica	85	26	80	33
Panamá	63	55	70	71
Rep. Dom.	202	93	211	98
Promedio	5,940	174	5,975	71
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	249	332	264	230
Ecuador	307	150	294	81
El Salvador	183	140	166	120
Guatemala	383	106	438	153
Haití	241	340	254	523
Honduras	195	221	207	108
México	2,357	58	2,159	64
Nicaragua	164	100	154	96
Paraguay	153	71	178	150
Perú	620	298	630	185
Uruguay	54	38	57	11
Venezuela	566	60	593	68
Promedio	5,472	129	5,394	123

**Cuadro A.4**  
**Porcentaje de Partos Atendidos por Personal Capacitado**

Países	1990		2002	
	Nacidos vivos (mil)	% de partos atendidos	Nacidos vivos (mil)	% de partos atendidos
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	684	95	690	99
Brasil	3,800	84	3,706	97
Chile	298	99	251	100
Colombia	808	59	967	95
Costa Rica	85	94	80	98
Panamá	63	86	70	93
Rep. Dom.	202	44	211	98
Promedio	5,940	81	5,975	97
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	249	29	264	61
Ecuador	307	26	294	69
El Salvador	183	66	166	84
Guatemala	383	23	438	41
Haití	241	33	254	24
Honduras	195	63	207	62
México	2,357	89	2,159	92
Nicaragua	164	42	154	75
Paraguay	153	32	178	86
Perú	620	46	630	71
Uruguay	54	100	57	99
Venezuela	566	82	593	100
Promedio	5,472	65	5,394	78

**Cuadro A.5**  
**Tasa de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles por 100 Mil Habitantes**

Países	1995		2005	
	Población (mil)	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	Población (mil)	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	34,587	51	38,747	61
Brasil	161,790	131	186,405	72
Chile	14,262	73	16,295	40
Colombia	35,101	65	45,600	50
Costa Rica	3,424	35	4,327	25
Panamá	2,631	66	3,232	64
Rep. Dom.	7,823	-	8,895	101
Promedio	259,618	106	303,501	65
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	7,414	-	9,182	211
Ecuador	11,460	145	13,288	66
El Salvador	5,768	142	6,881	83
Guatemala	10,621	-	12,599	212
Haití	7,180	-	8,528	397
Honduras	5,654	-	7,205	-
México	91,145	75	107,029	49
Nicaragua	4,433	214	5,487	67
Paraguay	4,960	153	6,158	88
Perú	23,780	319	27,968	186
Uruguay	3,186	37	3,463	38
Venezuela	21,844	88	26,749	57
Promedio	197,445	124	234,537	80

**Cuadro A.6**  
**Porcentaje de Prenatal Realizado por Personal Especializado**

Países	1990		2005	
	Nacidos vivos (mil)	% de Prenatal	Nacidos vivos (mil)	% de Prenatal
<b>Países con reforma</b>				
Argentina	684	96	690	84
Brasil	3,800	65	3,706	49
Chile	298	91	251	76
Colombia	808	59	967	91
Costa Rica	85	91	80	82
Panamá	63	83	70	99
Rep. Dom.	202	43	211	98
Promedio	5,940	69	5,975	64
<b>Países sin reforma o con reforma parcial</b>				
Bolivia	249	38	264	79
Ecuador	307	47	294	83
El Salvador	183	69	166	46
Guatemala	383	34	438	84
Haití	24	45	254	79
Honduras	195	77	207	85
México	2,357	89	2,159	96
Nicaragua	164	87	154	86
Paraguay	153	76	178	74
Perú	620	68	630	91
Uruguay	54	95	57	94
Venezuela	566	74	593	26
Promedio	5,472	73	5,394	75