

REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Coordinador: Federico Tobar

En la historia de Occidente hay una aventura llamada América. La más grande aventura después del Cristianismo. Cuando América entra en escena, la tierra -plana y pequeña- se hace redonda y grande; los hombres comienzan a pensar y vivir de otra manera; el mundo se hace - todo el mundo- Nuevo. Surge - al menos como posibilidad- la sociedad democrática. Europa encuentra hacia donde desplazarse.

Germán Arciniegas
(en: "El revés de la historia")

Presentación

Este trabajo surge como resultado de un proyecto de investigación y docencia organizado en las siguientes fases:

En primer lugar se desarrolló una actividad académica en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación ISALUD dentro de la Cátedra de Sistemas de Salud Comparados integrada por Ginés González García, Nestor Rodríguez Campoamor, Federico Tobar y Valeria Freylejer. En base a un protocolo común, los alumnos conformaron grupos para relevar y analizar los sistemas de salud y la situación de la reforma sectorial en dieciocho países del continente americano. Los resultados fueron presentados en un seminario desarrollado en la sede de ISALUD los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

A partir de la revisión y corrección del material elaborado por los maestrandos, fueron seleccionados once países de América Latina. Posteriormente, un grupo de investigadores de ISALUD dieron continuidad a las tareas de relevamiento, sistematización y análisis de la información buscando alcanzar los siguientes objetivos:

- ⇒ Recolectar y sistematizar información relativa a la situación de salud, las políticas y los sistemas de salud en once países seleccionados de América Latina.
- ⇒ Analizar el sector salud en los países seleccionados identificando sus fortalezas
- ⇒ 0.
- ⇒ y debilidades.
- ⇒ Identificar tendencias de reforma en salud en los países de la región.
- ⇒ Una vez desarrollados los informes correspondientes a cada país (estudios de caso) se recurrió a informantes calificados para convalidar datos y evaluar la calidad de las informaciones obtenidas.

Reconocimientos

En el desarrollo del proyecto participaron múltiples profesionales.

Primera fase del proyecto: El protocolo fue elaborado por Federico Tobar y luego discutido junto a Ginés González García, Mario Virgolini y Marta Caamaño docentes de ISALUD, Oscar Falla, Alberto Infante y Cleofe Molina Alvarez consultores de la Organización Mundial de la Salud.

En la elaboración de los estudios de casos de los países participaron los siguientes maestrandos:

País	RESPONSABLES
Bolivia	Geler Leonardo, Oppenheimer Ester, Riskin Celia
Brasil	Draghi Jorge, Lopes Rodolfo,
Canadá	Cordova Eduardo, Drago Angélica, Gutiérrez María
Colombia	Montalbeti Hugo, Scafidi Alejandro,
Costa Rica	Arletti Ruben, Nosei Mónica, Pons Alberto
Cuba	Filip Silvana, Pesa Carlos, Santillán Ana
Chile	De Buchy Bruno, Escola Ricardo, Ezpeleta Miguel
Ecuador	Sarsano José Luis, Soria Mario
El Salvador	Madies Claudia, Terraneo Eduardo, Ventura Graciela.

País	RESPONSABLES
Guatemala	Arditti Graciela, Curotto Raúl, Novoa Marta
Honduras	Breppe Juan, Klor Mario, Pérez Bernardou Pablo
México	Felice Carlos, Furlán Sergio, Sánchez Viviana.
Nicaragua	Capuano Adriana, Costilla Marcela, Mate Rothgerber Claudio
Panamá	Izquierdo Estela, Koch Emilio, Zoppi María
Paraguay	Santocono Mario, Suares Carlos
Perú	Di Luca Gabriel, Gastaldi Nelida, Hamilton Gabriela
Uruguay	Amarilla Miguel Angel, Arroyo Carolina, Saporiti Susana
Estados Unidos	Apreda Alicia ,Romero Carlos

Segunda fase del proyecto: Un equipo de investigadores coordinado por Federico Tobar e integrado por Valeria Freylejer y Claudia Madies se encargó de la revisión, corrección y redacción final de los informes de países. Además colaboraron en esta tarea los alumnos responsables por tres países: Costa Rica (Rubén Arletti, Mónica Nosei, Alberto Pons), Cuba (Silvana Filip, Carlos Pesa, y Ana Santillán), Perú (Gabriel Di Luca, Nélica Gastaldi, Gabriela Hamilton)

Una vez concluidos los informes se solicitó la revisión y juicio crítico de un conjunto de expertos que ayudaron a mejorar la calidad del informe: Guido Miranda de Costa Rica, Cesar Sanabria Montañez de Perú, Mario Hamilton de Brasil.

La diagramación y diseño del informe fue responsabilidad de Amira Santillán.

Capítulo 1

Dispositivos metodológicos para el estudio de los sistemas comparados de salud

El principal objetivo de todo estudio comparado es poner de relieve las semejanzas y diferencias entre las unidades bajo estudio. La comparación exige cautela, los diseños comparativos para estudios sobre sistemas de salud involucran determinados requisitos.

Todo sistema de salud, y en particular cuando se considera el sistema de salud que configura cada país en su conjunto, constituye un sistema social, político y económico muy complejo. En este carácter se los puede estudiar desde diferentes perspectivas. Por ejemplo: por un lado estudios de corte estructural funcionalista privilegian un análisis que apunta a identificar los actores involucrados y los roles o funciones que desempeñan. Por otro lado, como realidades históricamente determinadas los sistemas de salud son susceptibles de ser abordados desde el materialismo histórico. De la misma manera se puede recurrir tanto a técnicas cuantitativas como cualitativas.

Los estudios comparativos adquieren tanto una perspectiva histórica como axiológica que involucran la teoría y la interpretación de los datos. Se ha hecho referencia a una “causalidad metodológica” sobre la cual se afirmarían las diferencias entre las principales corrientes en el campo de los estudios comparativos de sistemas de salud (Labra & Buss, 1995:12). Aún asumiendo el riesgo de estar practicando un reduccionismo, se puede decir que una difundida vertiente, originada en el abordaje funcionalista y dual de los sistemas sociales, demuestra que todos los sistemas de servicios de salud, presentan rasgos comunes, coincidentes y, simultáneamente, características singulares, divergentes. En consecuencia desde este enfoque habrá estudios centrados en las convergencias de los sistemas y otros que destacarn los aspectos particulares de cada uno. Labra y Buss mencionan que habría incluso una tercer categoría de estudios holísticos que han buscado superar las dicotomías destacando la dialéctica entre las dimensiones de lo universal y lo particular y, entre las esferas de lo colectivo, de lo universal y de lo particular y, por extensión, entre las esferas de los colectivo y lo individual, de lo público y lo privado, de lo político y de lo técnico.

Pero en la otra vía, cada sistema de salud es único en la medida en que surge como resultado de la historia de la respectiva nación. Aunque ello no impide que fenómenos globales como el desarrollo científico-tecnológico, factores demográficos, culturales y la propia dinámica económica, los afecten.

Mas allá de la intención general de comparar, estos estudios admiten objetivos particulares de diferentes niveles tales como *identificar* tendencias, *explicar* procesos, *evaluar* resultados, etc. Cada tipo de objetivos requiere de una determinada consistencia en la recolección y procesamiento de los datos. Identificar tendencias es un objetivo menos ambicioso que se puede llevar a cabo a través del relevamiento bibliográfico (fuentes secundarias), en los últimos años surgieron excelentes análisis de este tipo preocupados sobre los sistemas de salud de América Latina (AES, 1998, 1996, 1995, 1994, 1993; Medici, 1997; Buss & Labra, 1995; Miranda Radic, 1993; Katz *et al*, 1993)

Explicar involucra probar hipótesis, lo cual introduce requisitos de validez y confiabilidad de la información recolectada. Sea por la vía del análisis cuantitativo como se ha hecho en varios estudios recientes en América Latina (Musgrove, 1996; Katz & Miranda Radic, 1994; Medici, 1994; Marquez, 1990, Medici, 1989) o, en el recurso al individualismo metodológico que construye tipos ideales para explicar procesos históricos (Fleury Texeira; 1992, García;1982, Mesa Lago, 1978).

Evaluar implica disponer de modelos evaluativos que privilegien determinados aspectos (eficacia, eficiencia, efectividad, etc.). Además de criterios y técnicas adecuadas es imprescindible arribar a datos comparables. Aparecen así una serie de limitaciones que radican en el enfoque temporal (series o corte considerado); espacial (lugares, localidades); jurisdiccional (institu-

ciones involucradas en la información); pero en especial en relación a la calidad misma del dato obtenido.

Las conclusiones a las que se arriba dependen de las restricciones mencionadas. Pese a los permanentes esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud, América no cuenta aún con un sistema de informaciones que se aproxime al de la OCDE. Excelentes y rigurosos estudios comparativos muchas veces se apoyan en datos que despiertan dudas sobre su confiabilidad. Esta es una limitación particular de América Latina donde los estudios sobre reformas y sistemas comparados se ven forzados a enfrentar el doble desafío de convalidar datos e hipótesis simultáneamente.

Este estudio no escapó a los condicionantes mencionados. Los mismos afectaron: a) la serie temporal, b) la muestra de países, y c) las variables consideradas.

El estudio se limitó a un corte transversal. No involucró series temporales por las enormes dificultades para recolectar información consistente.

En un primer momento se consideraron 19 países de todo el continente¹. Luego se realizó una selección de aquellos donde las informaciones obtenidas resultaban más adecuadas. De esta manera, se consideraron 11 países² (dejando para una segunda selección posterior los restantes).

El relevamiento se apoyó en un protocolo del tipo cuestionario estructurado que fue aplicado en cada país (ver anexo). Sin embargo, no fue posible conseguir todas las informaciones requeridas o en algunos casos los datos obtenidos eran inconsistentes o muy antiguos (lo cual impedía la comparación con los demás). Por este motivo se procedió a un recorte del protocolo original, restringiéndose a los datos disponibles.

El estudio final presenta, por lo tanto, un conjunto de limitaciones. No obstante, como la intención que lo impulsó es desarrollar progresivamente una base de datos y una red de recolección de los mismos que permita mantener información convalidada y actualizada sobre los sistemas de salud de América Latina confiamos en que este informe constituya un primer paso firme en ese camino.

No se pretende aquí arribar a generalizaciones aplicables a todos los sistemas de salud de la región. Tampoco se buscará comprobar hipótesis de amplio alcance. El presente estudio pretende simplemente combinar y probar dispositivos teóricos y metodológicos que permitan monitorear los procesos de reforma de los sistemas de salud de América Latina. Para ello se ha recurrido a la revisión bibliográfica de la literatura especializada en la región así como a parte de la copiosa documentación sobre tendencias y comparación de los sistemas de salud de los países desarrollados. La intención de esta actividad consiste en precisar los conceptos de análisis e identificar posibles particularidades de la región que la distinguen de los procesos registrados en los países centrales.

En segundo lugar, se presentan estudios de caso de once países seleccionados en los cuales se busca describir la organización y dinámica del sistema en particular con especial énfasis en el proceso de reforma sectorial. Cada uno de estos diez estudios involucra no solo informaciones coyunturales sino también parte de la dinámica evolutiva del sistema.

¹ Ellos eran: Bolivia, Brasil, Panamá, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay, México, Chile, Honduras, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela.

² Los seleccionados e incluidos en el estudio son: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, México, Paraguay, Perú, y Uruguay.

Por último, se presentan algunas conclusiones que involucran cuadros comparativos de la situación y procesos de los países considerados.

Bibliografía Consultada

- AES (1993). *Tendencias Económicas de los Sistemas de Salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- AES (1994). *Salud mercado y Estado*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1995). *Equidad, eficiencia y Calidad: el desafío de los modelos de salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1996). *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1998). *El futuro de las reformas o la reforma del futuro*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- BUSS, Paulo & LABRA, María Eliana (org) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora Hucitec -Editora Fiocruz. 259 páginas.
- ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio / NAVARRO, Vicente. (1995) "Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe". *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1397-1401. Octubre.
- EVANS, Robert (1981). "Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry", in: VAN DER GAAG, J / PERLMAN (ed.). *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam. *Apud*. OECD (1992)
- FLEURY TEIXEIRA, Sonia María (1992). *Estados sem Cidadãos*. São Paulo -Rio de Janeiro. De. Hucitec.
- FRENK, Julio (1997). "Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud" in: RUIZ DURAN, Clemente. *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C. páginas 361-382.
- GARCÍA, Juan Cesar. (1982) "La medicina estatal en América Latina (1880-1983)". En: *Revista latinoamericana de salud* (2). Páginas 102-26.
- KATZ, Jorge (org) (1993). "Estructura y comportamiento del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay". En: OPS. *Cuaderno Técnico* N° 36. Washington D.C.
- KATZ, Jorge & MIRANDA RADIC, Ernesto (1994). "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación". En: *Revista de la CEPAL* 54. Diciembre. Páginas: 7-25
- MARQUEZ, P.V (1990). "Cost Control in Health: an overview of country experiences in the Americas". En: *Health Policy and Planning*
- MEDICI, André (1989) "Saúde e crise na América Latina". En: *Revista de Administração Pública* 223 (3). Mayo Julio. Páginas 7-98.
- MEDICI, André Cezar (1997). *A Economía Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IAHCs. Octubre. 170 páginas.
- MESA-LAGO, Carmelo. (1978). *Social security in Latin America -Pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh.
- MIRANDA RADIC, Ernesto (1993). "Sistemas de salud en el mundo" en: Centro de Estudios Públicos. *Documento de Trabajo* n° 203. Santiago. Noviembre.
- MUSGROVE, Philips (1996). "Public and Private roles in Health". *World Bank Discussion Papers* n° 339. World Bank. Agosto.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD publications, Paris. 1992. 152 páginas.
- ROEMER, Milton (1980). *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*. México D.F. Siglo XXI editores. 455 páginas.
- SAKELLARIDES, C & ARTUNDO, C (1992). "Salud y Asistencia Sanitaria: Reorientación de la atención sanitaria en los 90 desde la perspectiva de la OMS". SAKELLARIDES, C; ARTUNDO, C y VUORI, H. *Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992. páginas 5-30.

Capítulo 2

Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud

Introducción

Por organización de los sistemas y servicios de salud se entiende un conjunto muy amplio, diverso, e incluso hasta contradictorio, de cosas. Este capítulo asume como objetivo precisar algunos conceptos e hipótesis que en los capítulos siguientes serán aplicados en el análisis de cada uno de los sistemas y de salud de los diez países seleccionados de América Latina y de sus reformas.

El capítulo está estructurado de la siguiente manera. Primero se plantea un esquema analítico para el *sector salud* dentro del cual el sistema es solo una entre tres dimensiones. Luego, se consideran los aspectos de la *organización* del sistema entendiendo por la misma al conjunto de actores que lo integran y los roles que asumen. En tercer lugar se presentan algunos esquemas conceptuales para diseccionar los sistemas de salud. Es decir para desagregarlos en sus *componentes* y *subsistemas*. Entre los primeros se presenta aquí un modelo de análisis que distingue tres grandes componentes dentro de todos sistema y servicio de salud, su modelo de gestión, su modelo de financiación y su modelo de atención. Para el análisis de los subsistemas se despliegan dos de las taxonomías más utilizadas a nivel mundial para el análisis de los sistemas de salud: por un lado, la clasificación tradicional de los *tipos ideales* de sistemas de salud y por otro lado el *modelo de Evans*.

Dimensiones para el análisis del sector salud

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país (Tobar 1995):

- I. sus políticas de salud,
- II. el estado o situación de salud de la población, y
- III. el sistema de salud.

I. Una Política pública de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien “gasto en salud” no significa “política de salud”, en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos (González García & Tobar, 1997:25).

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc. que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tienen mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios). Pero no toda vez que se identifica un problema de salud, el mismo es incluido en la agenda gubernamental como objeto de una política.

II. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud (González García & Tobar, 1997: 45-6). Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y

estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer y, de indicadores epidemiológicos más sofisticados como los AVPP -Años de Vida Potencialmente Perdidos- o los indicadores de calidad de vida asociada a salud -AVISA, Qualys, Daylis, etc.

III. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores al mismo tiempo en que de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en relación a la salud.

En síntesis, de acuerdo a lo expuesto se puede postular que *el primer paso para el análisis del sector salud en un país puede consistir en identificar las fortalezas y debilidades en las tres dimensiones centrales: estado de salud, políticas de salud y sistema de salud.*

Actores y Roles dentro de un Sistema de Salud

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones (Frenk, 1996: 69).

- ⇨ Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.
- ⇨ Ni los proveedores ni la población constituyen categorías homogéneas. Se pueden identificar diferentes *status* y categorías dentro de los proveedores y de los usuarios que involucran intereses específicos y formas de actuación acordes a ellos.
- ⇨ La relación entre los proveedores y la población no es directa sino que está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y entidades colegiadas (como asociaciones, federaciones profesionales y cámaras empresarias) hasta el Estado.

En síntesis, *un nivel de análisis de los sistemas de salud consiste en identificar los actores involucrados en el mismo:*

1. Población (usuarios),
2. Proveedores de servicios (o prestadores),
3. Intermediarios.

Una segunda instancia de análisis consiste en identificar los roles que esos actores desempeñan:

- ⇨ En principio la **población** asume dos roles: 1) el de usuarios o beneficiarios del sistema y 2) el de contribuyentes o aportantes para su financiación.

- ⇨ Los **proveedores** de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.
- ⇨ Los **intermediarios** pueden actuar en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que existe un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que implica establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autoregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

El análisis de los actores y roles resulta fundamental ya que en este trabajo se asume que un *sistema de salud se encuentra en reforma cuando se producen cambios en los actores y los roles dentro del escenario sectorial.*

Un tercer paso en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional consiste en identificar los subsistemas que los componen. Cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los usuarios, los prestadores y los intermediarios y cierran un circuito o flujo de provisión - financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la óptica de un país esos sistemas constituyen subsistemas.

De acuerdo con las características del país esos subsistemas son variaciones o componentes de:

- ⇨ Actores similares asumiendo roles similares pero en diferentes lugares (subsistemas regionales, subsistemas locales).
- ⇨ Diferentes actores asumiendo roles diferentes, como ocurre cuando funcionan simultáneamente subsistemas públicos (donde la financiación y/o la provisión es responsabilidad del Estado), subsistemas privados (donde la provisión de servicios se establecen de acuerdo a la lógica del mercado), o subsistemas de seguros sociales (donde una entidad intermediaria recibe financiación del Estado para comprar o proveer directamente servicios de salud a la población).
- ⇨ La combinación de las dos alternativas anteriores configurando subsistemas regionales o locales mixtos.

Componentes de un sistema de salud

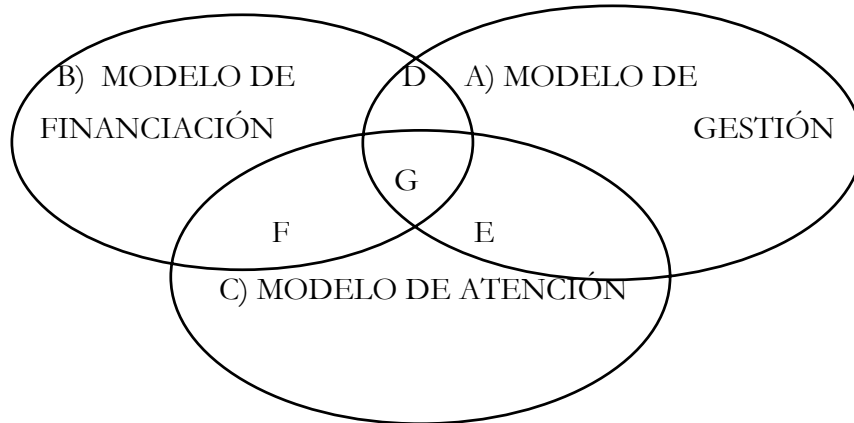
En los estudios centrados en sistemas de salud se han identificado diferentes componentes de los mismos. Por ejemplo, cuando se privilegia una óptica socio-política se destacan componentes jurídicos, organizativos, grupos de interés, etc. El presente estudio se propone analizar las reformas de los sistemas de salud en los albores del siglo XXI y en ese contexto, otorga prioridad a la perspectiva económica y administrativa de los sistemas y sus reformas. Por este motivo, se presenta a continuación un dispositivo propio elaborado para la identificación de los principales componentes de los sistemas de salud.

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 1998):

- a) político,
- b) económico y
- c) técnico.

Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes a dos dimensiones. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: A) uno político, al que llamaremos aquí modelo de gestión, B) uno económico, al que llamaremos aquí modelo de financiación, C) uno técnico, al que llamaremos aquí modelo de atención o modelo asistencial, D) aspectos político-financieros ($A \cap B$), E) aspectos político-sanitarios ($A \cap C$), F) aspectos económico-sanitarios ($B \cap C$) y G) aspectos comunes a los tres modelos ($A \cap B \cap C$). El gráfico 1 esquematiza los componentes de todo sistema de salud:

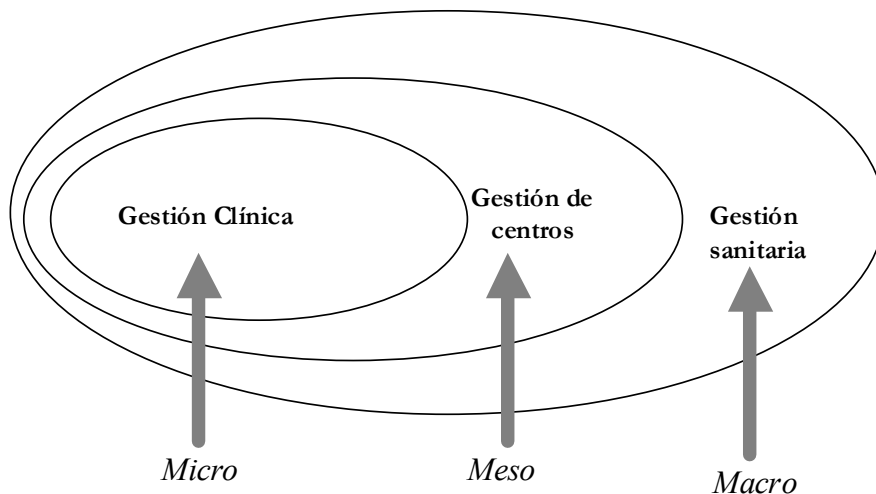
Gráfico 1: Componentes de un sistema de salud



A) Modelo de gestión

Se pueden, siguiendo a Ortún (1996:160) distinguir tres niveles en la gestión de salud. Un nivel de macrogestión o gestión pública que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de: primero, la regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios; segundo, la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; tercero, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Gráfico 2: Niveles de gestión en salud



Un ambiente de mesogestión o gestión institucional que involucra centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Un ambiente de microgestión o gestión clínica donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión: Por un lado los valores que guían al sistema. Por el otro las funciones del Estado en salud.

- ⇒ Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura, otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).
- ⇒ Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho, no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud con total ausencia del Estado. Las funciones del Estado en salud se pueden encuadrar en cuatro categorías³:
 - ⇒ Informar a la población,
 - ⇒ Proveer directamente servicios a la población,
 - ⇒ Financiar servicios de salud,
 - ⇒ Regular el mercado de salud.

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema parecería *importante detectar en cada país cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuales son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.*

B) Modelo de Financiación

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como:

- ⇒ *¿Cuánto debe gastar un país en salud?*. Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios. Hay una serie de variables a ser consideradas para llegar a una respuesta adecuada, y

³ Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sectoriales, entre los trabajos que la aplicaron recientemente se pueden citar: González García & Tobar, 1997; Musgrove, 1996.

están relacionadas con los niveles de salud de la población⁴, los modelos de sistemas de salud⁵ y el tamaño de la economía⁶.

⇒ **¿De dónde deben provenir los recursos?** Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuales deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes más contracíclicas (González García & Tobar, 1997: 86-7).

C) Modelo de atención

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

⇒ **¿Cómo prestar?** Se trata de definir ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios? En el sentido de los niveles de complejidad o adecuación e calidad de los servicios. ¿Con cuales criterios o padrones deben operar?. La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible.

⇒ **¿Dónde prestar?** De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?. ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar?

La problemática de la regulación está contenida dentro de la esfera política del sistema pero está directamente definida por los criterios establecidos en el diseño del modelo de atención. Para regular es necesario disponer de criterios técnicos que permitan establecer cómo deben ser los bienes y servicios provistos a la población.

El aporte médico sanitario también es imprescindible en la hora de determinar qué tipo de prestaciones debe brindar el sistema. Sin embargo, esta definición involucra dimensiones políticas por las cuales las definiciones suelen darse más como resultado de un juego de presiones políticas que como resultado de criterios técnicos.

⁴ Los estudios de este tipo demostraron que la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos seguiría una distribución normal. A partir de un determinado nivel de gasto per capita se registra un punto de inflexión luego del cual el gasto tendría un rendimiento decreciente registraría un rendimiento decreciente (Médici, 1994, Musgrove, 1996, Fuchs, 1974; Jeffrey, 1996, Starfield, 1995; Elola et al., 1995)

⁵ Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que el nivel de gasto en salud de los países es proporcional al rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total en salud inferior (Scheffler, 1993; Scheils, et al., 1992).

⁶ Los estudios que tomaban al tamaño de la economía como variable independiente concluían que los niveles de gasto en salud de un país deberían mantener una relación con su riqueza. Algunos de estos estudios comparativos consideraron países de América Latina (Musgrove, 1996; Suarez, 1995; Médici, 1994).

D) Aspectos político-financieros

Se puede definir la intersección entre los factores políticos y los económico financieros a través de la pregunta *¿Cómo asignar los recursos?*. La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma se puede definir a través de las siguientes cuestiones relacionadas:

- ⇒ ¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas?
- ⇒ ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

Modelos de descentralización financiera en salud

Los modelos de transferencia de recursos entre instituciones dentro del sector público dependen de la constitución de cada país y de definiciones jurídico-legales. Sin embargo, se pueden identificar dos grandes criterios de transferencia. Por un lado, aquellas que son negociadas, es decir donde el juicio discrecional y la voluntad política de las autoridades determina los volúmenes y frecuencias de las remesas de recursos a ser enviadas hacia las jurisdicciones supranacionales.

Por el otro lado, las transferencias automáticas que son modalidades de coparticipación de los recursos centradas en ecuaciones cuyo cálculo es objetivo. De acuerdo con el formato jurídico-político del país y las modalidades de división intergubernamental de las responsabilidades las transferencias serán exclusivas para salud o generales para todos los gastos del gobierno.

Modelos de pago por los servicios de salud

Hasta la década pasada el Estado desarrolló sus funciones de organizar, equipar, proveer, regular, financiar o subsidiar la salud por el lado de la oferta. En los últimos años viene adquiriendo fuerza el reemplazo progresivo de aquel modelo de financiación de la oferta por modelos de subsidio a la demanda.

Se denomina subsidio a la oferta a la forma más tradicional de financiación en salud. En la Argentina esta modalidad ha sido denominada presupuesto global. El concepto difiere mucho de su acepción europea ya que en nuestro país se refiere a un modelo muy rígido donde cada establecimiento dispone de un monto fijo por partida, rúbrica o categoría de gasto, que en general no está vinculado con ningún tipo de metas de producción y las autoridades del establecimiento no están habilitadas para reasignar partidas. En contraposición se suele utilizar el término *global budget* para hacer referencia a un modelo donde se utilizan criterios estrictos para programar el gasto global del establecimiento en función de metas de producción pero la administración del servicio puede reasignar recurso entre partidas.

La ventaja del financiamiento de la oferta radica en que facilita la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un máximo control sobre la oferta de recursos facilitando que la asignación de los mismos se relaciona con las prioridades sanitarias. Sus desventajas están vinculada con todas las limitaciones de la centralización administrativa.

Desde mediados de los ochenta se han venido incorporando en el sector medidas que tienden a un modelo híbrido que combine, por un lado, la responsabilidad social y las ventajas que para la salud pública aporta el modelo de planificación vertical formulados por la teoría tradicional, con incentivos más propios del mercado para mejorar la eficiencia.

La propuesta consiste en fortalecer la función del Estado como comprador antes que reformar el financiamiento global de los sistemas. Los avances en los sistemas de pago a pro-

veedores han sido impulsados, y a la vez han permitido, este desarrollo, facilitando el reemplazo del financiamiento de la oferta por el financiamiento de la demanda. El supuesto es que se puede simular una competición dentro del sector público eliminando la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas y reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a las actividades (producción).

Una de las estrategias que permiten conciliar procesos descentralizadores con redefinición de los modelos de gestión se basa en la construcción de entornos que estimulen la toma de decisiones adecuada. El ambiente es uno de los componentes esenciales que determinan la toma de decisiones. Un componente central del entorno está relacionado con las modalidades de financiamiento. Se pueden enumerar tres entornos diferenciados o modelos ideales de financiación y gestión de establecimientos públicos (Tobar, 1998):

1. Integración vertical.
2. Modelo de reintegros.
3. Modelo de contratos.

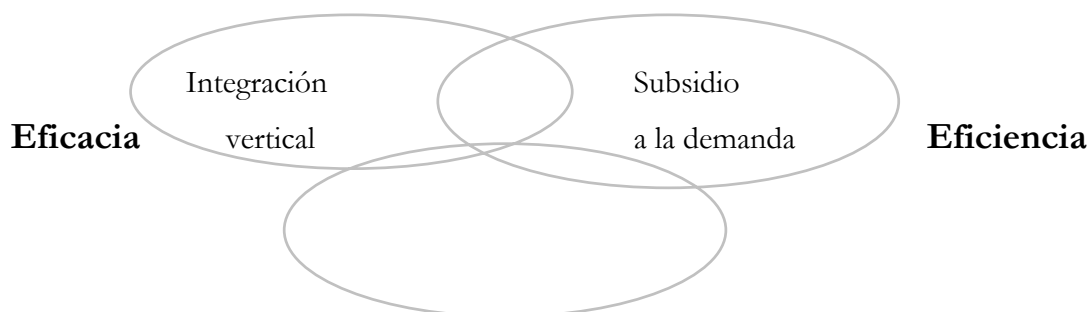
El modelo de integración vertical es aquella estrategia de producción-provisión donde el Estado actúa directamente como financiador y productor. Se trata de una organización pública centralizada cuya financiación se centra en la oferta, es decir cuenta con un presupuesto global. La ventaja de esta estrategia consiste en que el gobierno detenta una amplia capacidad para establecer prioridades y seleccionar aquellas funciones o productos que resultan más eficaces y efectivos. En otros términos cuando el que hace es el propio gobierno, este tiene poder suficiente como para concentrarse en hacer aquello que es más necesario para la sociedad. El talón de Aquiles de esta estrategia radica en su baja eficiencia.

El Modelo de reintegros involucra una primer forma de descentralización en la cual se plantea un mercado interno. Es decir el gobierno decide separar las funciones de oferta y demanda, y establece una relación de compra y venta con sus organismos. Esta modalidad de financiación se denomina subsidio a la demanda. En esta estrategia la eficiencia tiende a aumentar ya que el gobierno no paga a las instituciones por “estar” sino por “hacer”. Sin embargo, cuando se incorporan estas estrategias de mercado el gobierno pierde control sobre las funciones y acciones de las instituciones proveedoras y tiene menor capacidad para controlar que las funciones que estas desarrollen sean aquellas que resulten más eficaces.

El modelo de contratos es una alternativa que busca superar la polarización entre eficiencia y eficacia. Plantea el establecimiento de una obligación contractual entre la esfera central y la institución proveedora en la cual la primera se compromete a financiar a la segunda a través de un presupuesto global y, en contraparte, la segunda se compromete con un conjunto de metas de producción. El contrato, a su vez, repercute sobre la gestión ya que otorga a la entidad proveedora mayores niveles de autonomía. Esta estrategia parece adecuada para situaciones de transición ya que permite al gobierno detentar el control sobre las prioridades pero estimula a la instituciones proveedoras a buscar mayor eficiencia.

El gráfico 3 esquematiza los tres entornos de pago por los servicios de salud

Gráfico 3: Entornos de financiación y gestión por los servicios de salud



Contratos

E) Aspectos político-sanitarios

Todo sistema involucra definiciones políticas donde se plantea una tensión entre argumentos políticos y técnicos. Entre ellos se destacan las respuestas a dos grandes preguntas ¿qué cubrir? Y ¿a quién?, que aunque se circunscriben en la esfera técnico sanitaria afectan los niveles de legitimidad del sistema

- ⇒ **¿Qué cubrir?** Quiere decir ¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?. Para resolver esta cuestión las autoridades contemplan informaciones de diversa índole tales como la evaluación del estado de salud de la población, la evaluación de los procedimientos médico-sanitarios, las expectativas de la población, la capacidad instalada y recursos humanos etc.
- ⇒ **¿A quién cubrir?** Se trata de definir cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema. Aún tratándose de un neologismo, el concepto de elegibilidad es muy utilizado en el diseño de reformas y políticas de salud. El concepto se corresponde con el de cobertura poblacional de las acciones. Frenk (1996) desarrolla una tipología de sistemas de salud considerando a la variable elegibilidad como criterio de clasificación.

F) Aspectos económico-sanitarios

Esta intersección incluye los aspectos económicos que se consideran en la definición de qué tipo de acciones y prestaciones se deben incluir dentro del programa, canasta o paquete de bienes y servicios de salud a ser suministrados a la población. Los estudios de evaluación económica permiten determinar la relación entre los costos de provisión y la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la acción o servicio brindado a la población.

Clasificaciones de los Sistemas de Salud

En la bibliografía especializada en sistemas de salud comparados se pueden encontrar múltiples criterios para clasificar los sistemas de salud⁷. El análisis de las taxonomías para clasificar los sistemas de salud que se presentará a continuación encuadra a los mismos según los tres componentes antes enunciados (modelos de financiación, modelos de gestión, modelos de atención).

En relación a los modelos de gestión:

⇨ Tipos ideales

En relación a los modelos de financiación:

⇨ Modelo de Evans

Tipos ideales de sistemas de salud

El concepto de tipo ideal se utiliza para modelizar situaciones sociales complejas siendo, por lo tanto, muy útil para describir y analizar los modernos sistemas de salud. El tipo ideal implica una simplificación de la realidad de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con él. Para comprender su aplicación podemos pensar, por ejemplo, en cómo describimos una forma geométrica irregular a alguien que no puede verla. Por lo general, tendemos a describir la imagen real como una forma regular, una esfera, una elipse, un rectángulo, etc.

Lo mismo sucede con los sistemas de salud, describimos situaciones ideales a las cuales cada caso concreto se aproxima más o menos. Una vez definido el tipo ideal, el análisis de los sistemas consiste básicamente en identificar en dónde y en cuánto el caso en estudio se aleja de éste. Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuando no existe una hegemonía neta la identificación de los modelos es más difícil.

El recurso a los tipos ideales suele involucrar una revisión histórica de las acciones. De hecho, una clasificación muy utilizada en los sistemas de seguridad social de América Latina es la desarrollada por Carmelo Mesa Lago que distingue entre países pioneros, intermedios y tardíos en incorporar la seguridad social (en previsión social primero y en salud luego). En un trabajo más reciente Sônia Fleury Teixeira postula que existen afinidades entre las maneras en que los países atravesaron su transición al capitalismo y los mecanismos de protección social y sanitaria que en ellos se institucionalizaron. Aunque la clasificación que se presenta a continuación se apoya en estos trabajos constituye una adaptación propia y simplificada.

Modelo universalista

Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación exis-

⁷ Una revisión exhaustiva de los criterios y modelos de clasificación de los sistemas de salud se encuentra en Freylejer (1996).

ten otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor (González García & Tobar, 1997).

Modelo del seguro social

El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las Obras Sociales de la Argentina son exponentes de este modelo.

En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador (González García & Tobar, 1997).

Modelo de Seguros Privados

En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación (González García & Tobar, 1997).

Modelo asistencialista

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos.

El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

El cuadro 1 describe las combinaciones de financiamiento que se articulan en los cinco modelos de sistemas. El cuadro sólo presenta uno de los aspectos de los sistemas y no es suficiente como para tener un diagnóstico global de sus ventajas y desventajas. Por este motivo es importante analizar cada tipo de sistema a la luz de los propósitos centrales que deben orientarlos.

Cuadro1: Modelos de financiamiento de los sistemas de salud

Sector de la población	Modelo Asistencialista	Modelo del Seguro Social	Modelo Universalista	Seguro Privado	Modelo Mixto
Carenciados y desempleados	Recursos fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Recursos fiscales
Trabajadores formales y clase media	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Contribuciones sociales basadas en los salarios
Grupos de altos ingresos	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Pago directo por los servicios y/o primas.

Fuente: adaptado de Médecini, 1995, p.37

Los modelos expuestos conforman tan sólo una descripción teórica. En la realidad, no se encuentran sistemas nacionales puros como los mencionados. En general, predominan las formas mixtas, con algunas tendencias según las particularidades de cada región. Por ejemplo, podría decirse que Estados Unidos de Norteamérica presenta un modelo de seguro voluntario ya que hay más de 1.500 seguros privados que cubren aproximadamente al 75% de la población. Sin embargo, también existen dos programas públicos de seguros: Medicare y Medicaid. Podrían mencionarse también como ejemplos los casos de Inglaterra, Suecia o Dinamarca en donde predominan modelos estatales en cuanto su financiación, organización y gestión pero además conviven con algunas formas de seguros privados, así como también con el pago directo de los usuarios.

Si bien la clasificación expuesta permite entender en una primera instancia la organización de los sistemas de salud, es posible admitir que peca de cierta generalidad, obviando algunas relaciones básicas que hacen a los sistemas de salud. La utilización generalizada de taxonomías basadas en tipos ideales puede introducir el riesgo de que todos los sistemas de salud de los países terminen siendo caracterizados como “mixtos”. Sin embargo, se considera aquí que la misma puede resultar especialmente útil para la caracterización de las reformas puesto que *podría sostenerse como hipótesis que en sus reformas, o por lo menos en aquellas de corte más estructural, los sistemas de salud buscan aproximarse a uno de los modelos ideales.*

Clasificaciones de los sistemas de salud basadas en la financiación

Robert Evans (1981) formuló un modelo empírico para clasificación de los sistemas de salud que puede ser utilizado para identificar los subsistemas y para describir luego los sistemas de salud completos de los diez países considerados en este estudio. El citado autor define a los sistemas de salud por medio de subsistemas de financiación, pago y regulación. Nos concentraremos aquí solo en los dos primeros.

Los subsistemas de financiación se dividen en aquellos con fuente de financiamiento pública u obligatoria y aquellos con financiamiento privado o voluntario. Los subsistemas relativos al pago por los servicios de salud adquieren cuatro formas distintas:

- ⇨ Desembolso directo de las personas sin seguro,
- ⇨ Desembolso directo con reintegro por seguro,
- ⇨ Pago indirecto por parte de terceros mediante contratos,
- ⇨ Indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical.

Modelo de Evans para análisis de la organización y financiación de los sistemas de salud

Modelos de pago	Financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	(No existe)	Modelo voluntario, de desembolso directo
Desembolso directo con reintegro	Modelo público de reintegro (a pacientes)	Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)
Indirecto por contratos	Modelo de contrato voluntario	Modelo de contrato público
Indirecto con integración vertical	Modelo de integración vertical voluntario	Modelo de integración vertical público

De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho combinaciones de financiación y pago. Sin embargo, una de ellas, aunque existe como alternativa lógica, no se verifica en la práctica. Se trata del pago obligatorio con desembolso directo sin seguro. Por lo tanto, los siete modelos restantes son:

- ⇨ Modelo voluntario, de desembolso directo
- ⇨ Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)
- ⇨ Modelo público de reintegro (a pacientes)
- ⇨ Modelo de contrato voluntario
- ⇨ Modelo de contrato público
- ⇨ Modelo de integración vertical voluntario
- ⇨ Modelo de integración vertical público.

Ventajas del modelo de Evans para análisis de los sistemas de salud

Es necesario destacar que, si bien esta modelización de los sistemas de salud da un paso más allá respecto de la clasificación tradicional al analizar con mayor detalle algunas de las interacciones entre los actores principales del sistema, no deja de constituir una abstracción estilizada de la realidad. Por lo tanto, difícilmente se encontrarán casos fieles a los modelos enunciados y las clasificaciones presentadas deberán considerarse simplemente como guías para una mejor comprensión del sistema bajo estudio.

Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en el hecho de que *permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios* y, de esta manera, resulta adecuado para evaluar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones. Una segunda ventaja consiste en que cada modelo constituye un circuito o flujo cerrado de provisión y financiación, de modo que una vez identificados los siete modelos particulares de sistemas, según su financiación, *es posible construir un sistema complejo de la envergadura de un sistema nacional identificando sus subsistemas* de acuerdo a los flujos de recursos que generan.

Esta posibilidad de avanzar en el análisis de los sistemas nacionales desde el estudio micro de sus subsistemas se apoya en la identificación de dos de las tres preguntas centrales de los modelos de financiación de sistemas de salud: ¿de donde provienen los recursos? - las fuentes de ingresos del sistemas- y ¿cómo son asignados? -los instrumentos o modelos de pago con que se remunera a los proveedores de servicios-. De esta manera se hace posible observar como pequeñas transformaciones o ajustes en las formas de recaudar y asignar los recursos generan cambios y repercuten sobre aspectos relacionados con la gestión y los modelos de atención. Por este motivo en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional, *es fundamental identificar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud.*

Flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud. Por un lado, están los *inputs* o flujos entrantes, las fuentes de los ingresos que financian el sistema. Por el otro, están los *outputs*, o flujos salientes que constituyen los modelos de pago a los proveedores de servicios de salud.

Primero, dentro de los sistemas obligatorios los ingresos se dividen en: aquellos que están financiados principalmente por contribuciones deducidas del salario y son administrados por instituciones del seguro social cuasi-autónomas; y aquellos financiados principalmente por los impuestos generales y son administrados por los organismos de financiamiento del gobierno local o central. En los sistemas voluntarios los ingresos son siempre desembolsos de los usuarios que pueden ser prepagos-compra de servicios de aseguramiento, primas que el usuario paga para recibir una protección frente al riesgo de enfermar -o en postpagos-compra de servicios médicos que el usuario paga al prestador una vez que ya se enfermó y fue atendido.

Segundo, las formas o métodos de pago se pueden clasificar según a quién se esté remunerando. En principio se podría distinguir a los profesionales (personas físicas) de los hospitales (personas jurídicas). En el esquema de Evans las formas de pago a los profesionales se dividen en:

- ⇒ honorario por servicio (pago por cada acto médico);
- ⇒ capitación (pagos por cada cliente registrado o afiliado por período de tiempo);
- ⇒ y salario (pagos por cada período de tiempo).

Los dos primeros métodos pueden describirse como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente” --esto es tiene mayor validez para el sistema de honorario por servicio que para el sistema capitado.

En el esquema de Evans, los métodos de pago a los hospitales se dividen en:

- ⇒ pago por caso;
- ⇒ pago por día;
- ⇒ y presupuestos globales prospectivos.

Nuevamente, los dos primeros métodos pueden ser descriptos como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente”.

Finalmente, los proveedores de atención se dividen en:

- ⇒ profesionales e instituciones independientes;
- ⇒ y empleados e instituciones públicas.

Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos asalariados que retienen su autonomía profesional.

En síntesis, las variables a ser consideradas en el análisis de los flujos financieros son:

Ingresos -inputs-

- ⇒ *Pública* (obligatoria)
 - Contribuciones - vinculadas al trabajo -
 - Impuestos
- ⇒ *Privada* (voluntaria)
 - Prepagas -primas o mensualidades-
 - Postpagas -pago por servicios médicos prestados-

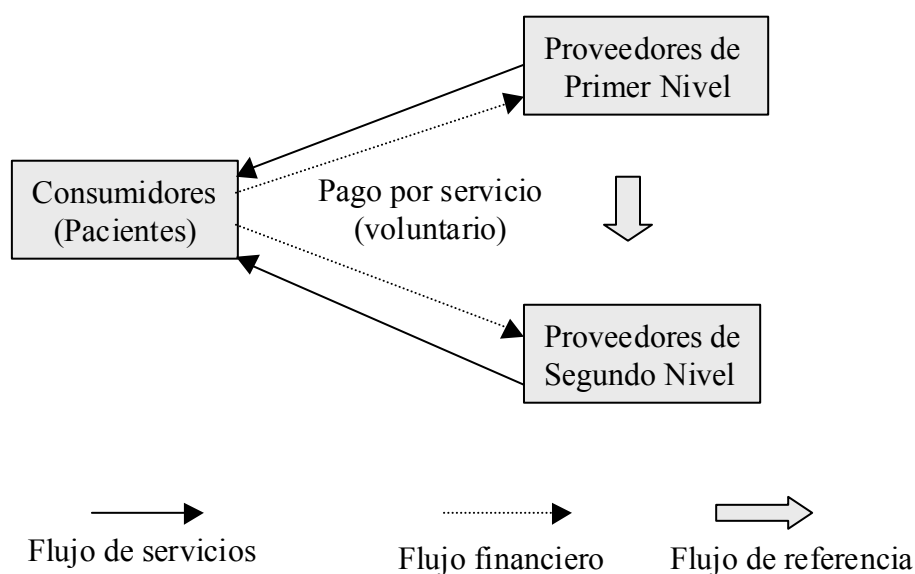
Formas de pago a prestadores -outputs-

- ⇒ A profesionales
 - Acto médico
 - Capitación
 - Salario
- ⇒ A hospitales
 - Por caso
 - Por día
 - Presupuesto global prospectivo.

1. Modelo voluntario de desembolso directo

Se trata del modelo que, a primera vista, más se aproxima a un mercado competitivo de servicios de salud, aquel donde el usuario elige libremente y paga directamente por los servicios. Sin embargo, el mercado de servicios de salud presenta un conjunto de fallas particulares - las cuales, por otro lado, son el fundamento de la intervención del Estado en salud -. Los pagos autofinanciados dependen de la capacidad de pago. Cuando el ingreso es insuficiente o cuando el gasto de salud es inesperado y catastrófico, el modelo no será compatible con un acceso equitativo y suficiente a los servicios de salud ni con una protección adecuada del ingreso. Dejando de lado estas cuestiones referentes a la distribución y los riesgos, el logro de la eficiencia macro y micro económica es dudoso. Aún si los consumidores fueran totalmente conscientes, informados y con libertad para elegir el prestador, no resultaría suficiente para garantizar la soberanía del consumidor prevalecerá o que habrá una competencia efectiva. Esto es a causa de la asimetría de conocimiento entre los pacientes y los médicos, y de la posesión de un poder monopólico colectivo por parte de los últimos. El modelo tiene mayor posibilidad de tener éxito para un gasto de salud menor y de rutina.

Diagrama 1: Modelo voluntario de desembolso directo para la atención de la salud



El diagrama 1 muestra la forma más simple y temprana del mercado privado de salud sin seguro pero con transacciones directas, del propio bolsillo, según honorario por servicio entre los consumidores (a la derecha) y los prestadores del primer y segundo nivel, respectivamente (a la izquierda). Las líneas enteras muestran los flujos de servicio, las líneas punteadas los flujos financieros y las líneas ondeadas los flujos de derivación. Los prestadores del primer y segundo nivel aparecen como múltiples, para indicar que generalmente hay una competencia dirigida por el consumidor entre los mismos (frecuentemente sujeta a restricciones en cuanto a la publicidad y a la competencia de precios y otras prácticas restrictivas). El diagrama 1 también podría usarse para representar los copagos bajo el seguro de salud obligatorio o voluntario, si se lo combinase con los Diagramas 2 y 7.

Dada la prevalencia del pago por parte de terceros para los servicios de salud, el modelo auto financiado juega actualmente un rol secundario en los sistemas de salud descritos en este informe. Es usado universalmente para los medicamentos de venta libre, y para los copagos, especialmente para medicamentos con prescripción médica. Las consultas médicas privadas son frecuentemente pagadas del propio bolsillo. En Irlanda, más de la mitad de la población normalmente paga de su propio bolsillo las consultas a los generalistas (OECD, 1992). En América Latina este modelo es cada vez más residual, sin embargo, se puede decir que aún es predominante si se analiza exclusivamente el modelo de financiación de los medicamentos y en algunos países, como por ejemplo El Salvador, aún existen proporciones importantes de la población que se proveen de todos o servicios de salud a través del desembolso directo en el mercado.

2. Seguro voluntario con reintegro

Se denomina así al modelo de los seguros privados de salud en el sentido más estricto, donde la enfermedad puede ser concebida como un siniestro. Cuando una persona es asegurada paga una prima al seguro, al enfermarse también compra servicios médicos directamente a los proveedores pero este importe le es total o parcialmente reintegrado por el seguro.

El funcionamiento de los mercados privados de atención médica puede realizarse mediante la introducción de un seguro voluntario de salud, pero hay una tendencia a que haya efectos secundarios no deseados. El Diagrama 2 muestra el seguro voluntario “convencional” tipo

indemnización, que implica el reintegro total o parcial a los pacientes por las cuentas de atención médica, y una mínima interferencia con las transacciones médico/paciente del tipo descrito en el Diagrama 1. Hay pagos directos de honorario por servicio a los prestadores por parte de los consumidores; aseguradores competitivos; primas relacionadas al riesgo; ninguna conexión entre los aseguradores y los prestadores; y los aseguradores reembolsan a los pacientes por las cuentas médicas cubiertas bajo sus pólizas de seguro. En el diagrama, dentro del recuadro de los consumidores, se puede hacer una distinción entre la población que paga primas y los usuarios/pacientes que utilizan los servicios.

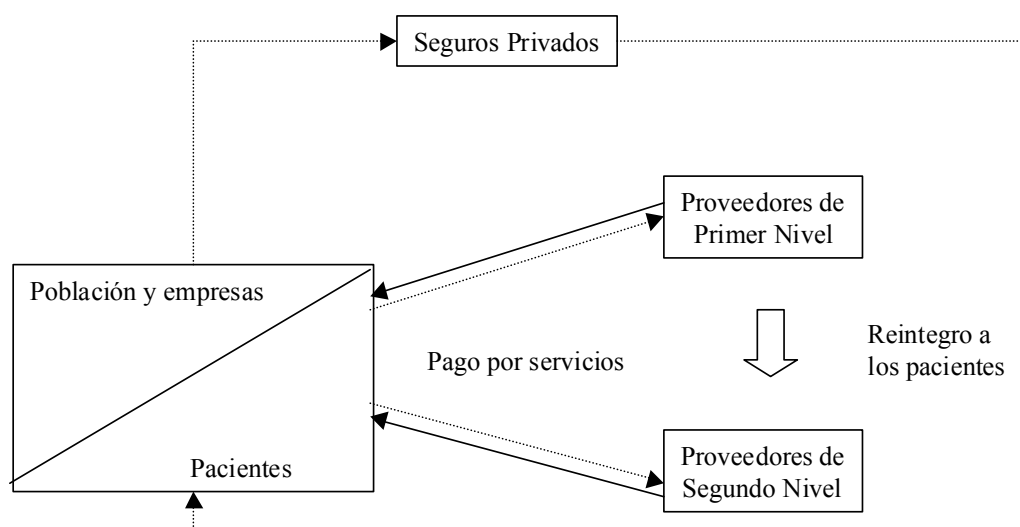
El modelo voluntario con reintegro perfeccionará el modelo auto - financiado hasta el grado en que los consumidores pueden agrupar los riesgos para las facturas médicas inesperadas. Habrá ganancias en el bienestar si los individuos pueden intercambiar una determinada prima por el proyecto incierto de un mayor salario (si no se enferman) o de una pérdida financiera (si se enferman e incurrir en gastos médicos). Hay otras dos desventajas importantes asociadas a este tipo de arreglo.

Primero, cuando el consumidor está protegido por este y otros tipos de seguro, no tiene incentivo para limitar su demanda (abuso moral) y los prestadores sabiéndolo, y con pagos según honorario por servicio, tienen incentivos positivos para inducir la demanda. La competencia puede servir para estimular el volumen y calidad de los servicios y para aumentar, más que para reducir, los precios. Por esta razón, el modelo de reembolsos o reintegros usualmente se implementa acompañado por copagos. La tendencia a fomentar el gasto excesivo se verá reforzada si los gobiernos bien intencionados han establecido la desgravación impositiva para las primas del seguro de salud. Esto ocurre en varios países de América Latina, tales como Brasil y Argentina.

La otra desventaja importante es que no se hará nada para abordar las inequidades sistemáticas. El acceso al seguro estará relacionado a la capacidad de pago. Los aseguradores competitivos que buscan maximizar sus ganancias tienen un incentivo para seleccionar adversamente determinados riesgos o para recargar las primas contra los mismos. Es probable que a los individuos con condiciones pre-existentes de enfermedad se les niegue el seguro por dichas condiciones. Si los precios de la atención de la salud crecen a causa del seguro de reembolso, la condición de los grupos de bajos ingresos puede empeorar.

A pesar de que este modelo ha sido descrito como “convencional” por respeto a la literatura americana, comparativamente era muy poco común en Europa antes de la introducción de los planes de seguro de salud público. Hasta entonces los modelos de seguro voluntario dominantes eran del tipo integrado o contractual los cuales brindaban beneficios en especie -- precursores del modelo prepago de las HMO's. No obstante ello, el modelo de reintegro frecuentemente halló un rol luego del establecimiento de los planes públicos. Arreglos que se asemejan a este modelo se pueden encontrar actualmente en los sectores privados en Reino Unido y los Países Bajos (OECD, 1992). En América Latina esta modalidad no ha alcanzado gran desarrollo. Brasil es el país donde más se ha expandido, donde según Médici (1992:102-3) en 1989 había cinco empresas operando en el sector que cubrían 950 mil personas y prácticamente duplicó su nivel de facturación en relación al año anterior. En Argentina los sistemas de seguro voluntario actúan como sistemas de reaseguro.

Diagrama 2: Seguro voluntario con reintegro a los pacientes

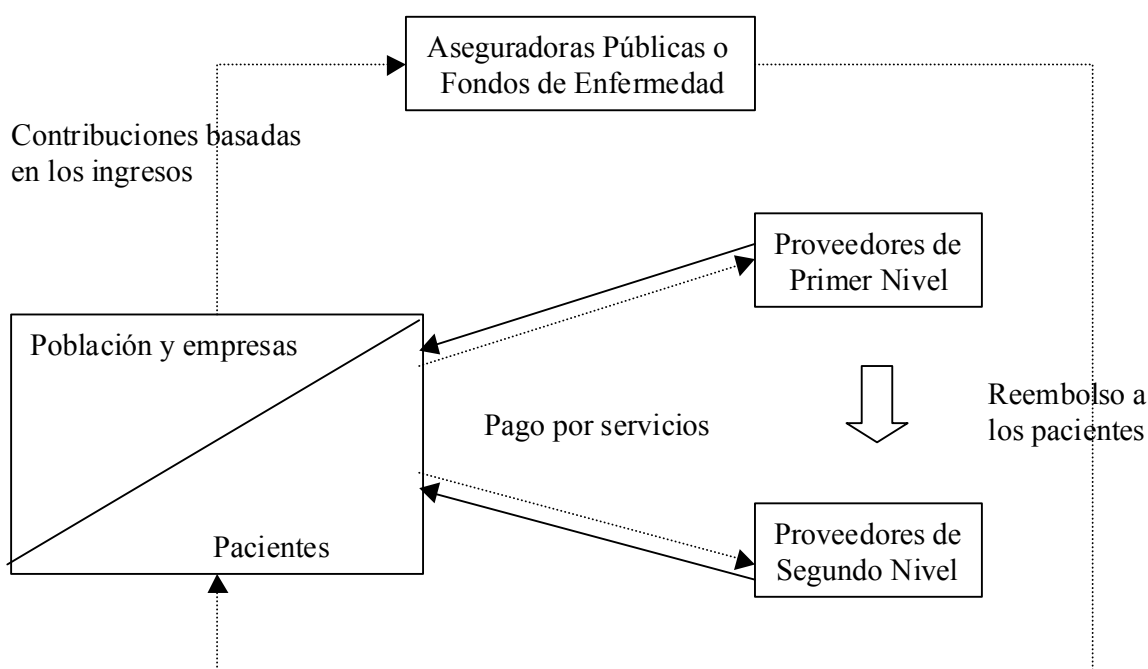


3. Modelo público de reintegro

Si el modelo del seguro de salud voluntario presenta problemas de equidad y selección adversa, al convertirlo en un el seguro público estas debilidades pueden ser contrarrestadas. El modelo público de reintegro involucra el agrupamiento obligatorio de riesgos, contribuciones basadas en los ingresos y subsidios públicos para reemplazar las contribuciones de los pobres.

El Diagrama 3 muestra el seguro público basado en los mismos principios de reembolso abordados anteriormente, con: pago directo de pacientes a prestadores según honorario por servicio; contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso; organismos de financiamiento o fondos de enfermedad no competitivos; ninguna conexión entre los seguros y los prestadores ya que los primeros reembolsan directamente a los pacientes por las cuentas médicas según los beneficios del plan. Puede haber coseguros entre los pacientes y los aseguradores. Puede haber múltiples seguros con características específicas por rama de ocupación, industrias o localidades diferentes e inclusive libre elección del seguro por parte de los usuarios. Sin embargo, debe haber tasas uniformes de contribución y subsidios cruzados entre los fondos a fin de preservar la solidaridad. Por esta razón, los fondos de enfermedad no aparecen como múltiples. Sin embargo, puede haber elección dirigida por el consumidor entre proveedores.

Diagrama 3: Seguro obligatorio con reintegro a los pacientes



Este modelo puede ser diseñado para lograr el nivel deseado de equidad en el acceso a, y pago por, los servicios al costo de las contribuciones obligatorias. De lo contrario, tiende a compartir los defectos de su equivalente en el sector privado -abuso moral, demanda inducida por el proveedor y una tendencia hacia altos costos administrativos. Nuevamente, el abuso moral puede ser contrarrestado con el recurso a copagos y *tickets* moderadores.

El sistema francés en los años '50 se asemejaba a este modelo en ciertos aspectos, si bien el Estado subsiguientemente intervenía por detrás de los fondos de enfermedad para negociar los honorarios centralmente con los médicos y otros prestadores independientes. Tanto el sistema de seguro de salud belga como el francés retienen elementos del modelo público de reembolso. Según Abel Smith (1994: 205) el único sistema nacional de seguro de salud exclusivamente basado en este modelo es el de Filipinas. Sin embargo, el modelo chileno de aseguración de los riesgos laborales también utiliza este esquema.

4. Modelo de contrato voluntario

El denominado modelo de contrato se diferencia del modelo de seguro porque lo que se asegura a los usuarios no es un reintegro sino que recibirá atención médica sin que ello involucre el desembolso directo. En otros términos, es un modelo de seguros donde el paciente solo paga una mensualidad. Como contrapartida este modelo exige un acuerdo entre el proveedor y el seguro que se formaliza en un contrato. Dicho contrato generalmente establece las bases del modelo de atención.

Desde hace mucho tiempo los mercados privados en Europa desarrollaron planes de seguro de salud voluntario que implicaban relaciones contractuales entre aseguradores y prestado-

res independientes que habilitaban a estos últimos (pero no a otros) a proveer servicios en forma total o mayormente gratuita a los afiliados asegurados⁸. Estos fueron precursores de aquellas HMO's en USA que contratan a médicos individuales ó a grupos de médicos. El Diagrama 4 muestra un modelo tal, con servicios provistos en especie a los pacientes, competencia entre aseguradores, primas (de tasa fija) pagadas voluntariamente por la comunidad y pagos directos según honorario por servicios o pagos capitados de las terceras partes a los prestadores. Los prestadores aparecen como múltiples usando líneas punteadas, para llamar la atención al hecho de que la competencia está dirigida por los aseguradores más que por los consumidores individuales.

Este modelo admite varias versiones: Por un lado, según quien controle o sea responsable por la gestión de los seguros, se pueden distinguir:

- ⇨ Los **consumidores** (como en las antiguas mutuales europeas (*friendly societies*) que han sido seguidas por algunos países latinoamericanos, en especial los que tuvieron un desarrollo pionero de sus sistemas de seguridad social. Estos esquemas de protección fueron luego evolucionando⁹ hacia formas más complejas como las *Health Alliances* en los Estados Unidos de Norteamérica y las Cooperativas Comunitarias de Salud de Colombia. Muchas mutuales de salud actúan según este modelo, pero tal vez el país donde el mismo se haya generalizado más sea el Uruguay en el cual la reglamentación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –IAMC- siguió al modelo de las mutuales.
- ⇨ Los **médicos** como en las asociaciones de práctica individual actuales en los Estados Unidos de Norteamérica, las cooperativas médicas de Brasil y los prepagos médico gremiales de Argentina.
- ⇨ También pueden estar controlados por **organizaciones privadas** que son independientes tanto de los consumidores como de los médicos.

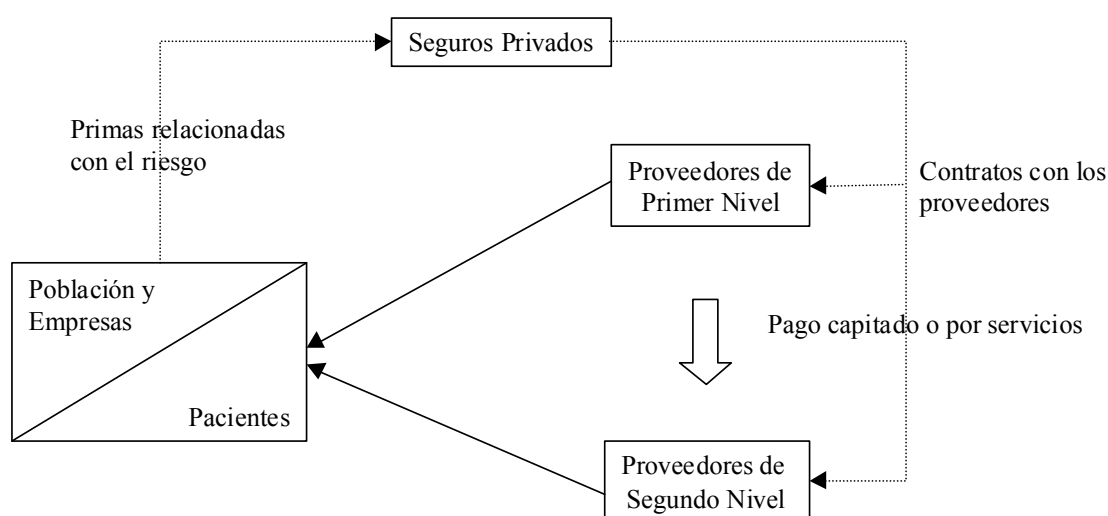
Por otro lado, el modelo admite variaciones según los tipos de beneficios incluidos. El plan puede limitarse solo a la atención primaria, pueden cubrir tanto la atención primaria como la hospitalaria, o incluso puede restringirse solo a las emergencias o a los altos riesgos.

Dos rasgos importantes de este modelo son: que la elección del consumidor generalmente está restringida a los prestadores contratados; y que los aseguradores tienen tanto el incentivo como los medios para negociar una atención económica pero de alta calidad en nombre de los consumidores. Si bajo este modelo se ofrece atención hospitalaria, es probable que los médicos de atención primaria oficien de “porteros”.

⁸ Inclusive Brian Abel-Smith ironizaba en relación al neologismo americano *managed care* diciendo que solo se trata de “vino nuevo en odres viejos”.

⁹ Algunos autores (Green, 1985; Abel Smith, 1988) sugieren que el modelo cerrado de contrato asegurador - prestador que promovían las mutuales resultó perjudicado porque se oponía a la reivindicación de “libre elección de prestadores” que fue una presión constante de los gremios médicos cuando se introdujeron planes nacionales o se expandió la cobertura.

Diagrama 4: Seguro voluntario con contratos asegurador/prestador



Los planes de seguro de salud voluntario con contratos tienen un mayor potencial para lograr la eficiencia micro y macroeconómica que el seguro “convencional”. Ello se debe al poder compensatorio ejercido por los aseguradores y a que, en muchos casos, se implementan modelos de atención centrados en la figura del un médico de atención primaria que desempeña funciones de “portero”. Es probable que haya ahorros en los costos administrativos en comparación con el seguro convencional. La principal debilidad del modelo es su limitada capacidad para lograr equidad y solidaridad.

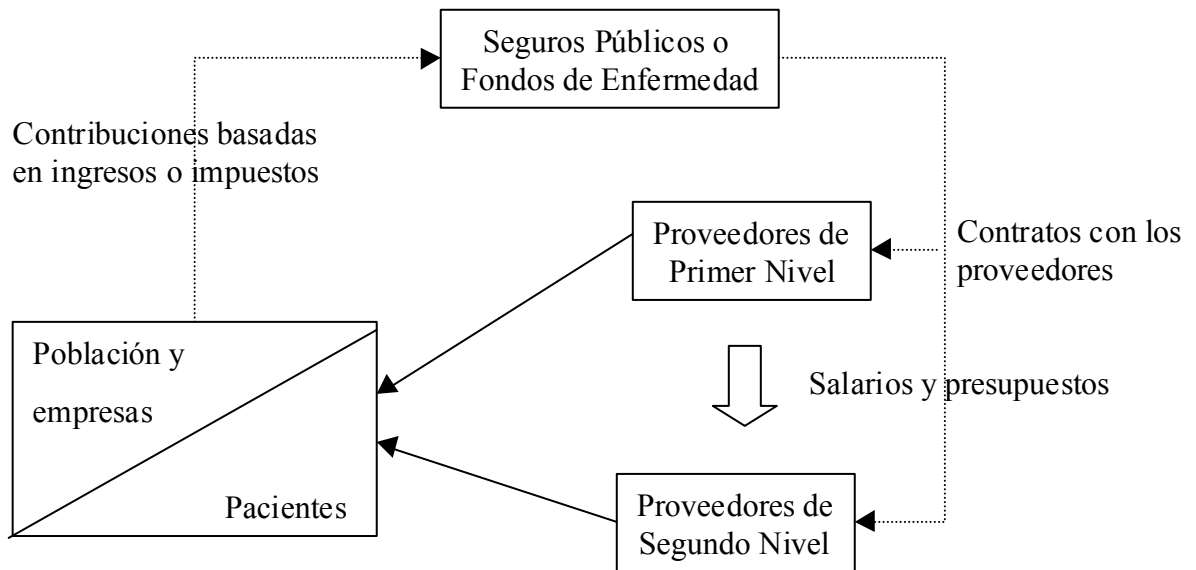
5. Modelo de contrato público

El Diagrama 5. muestra un modelo de contrato público con: servicios provistos a consumidores elegibles en especie; organismos de financiamiento o seguros de salud no competitivos; contribuciones obligatorias en proporción al ingreso; y pago directo según honorario por servicio o capitado por parte de los seguros de salud a los prestadores independientes. Nuevamente, este modelo tiene una cantidad de versiones. La fuente de fondos puede ser los impuestos generales más que las contribuciones. En vez de los seguro de salud, las terceras partes pueden ser el gobierno local o central o, inclusive, los médicos del primer nivel en el caso de prestadores de segundo nivel. Y los prestadores, especialmente si son hospitales, pueden ser organismos públicos. Los rasgos principales de este modelo son que las terceras partes son públicas y que tienen relaciones contractuales con los prestadores --en otras palabras, hay una separación entre los organismos de financiamiento y los prestadores. También es usual que los métodos de pago a los prestadores estén, al menos parcialmente, relacionados a la producción,

Es (y, en algunos casos, fue) común en los sistemas de seguro social europeos que los prestadores hayan ganado el derecho de hacer contratos con cualquier seguro, bajo la consigna de “libre elección de médico”. Esto puede ampliar la elección del consumidor en comparación con el modelo voluntario, pero a expensas de convertir a los fondos de enfermedad locales en oficinas pasivas de pago. Esto previene que los fondos exploten su poder monopsonico lo-

calmente. Como resultado, la negociación sobre honorarios y precios usualmente se da entre las asociaciones nacionales o regionales de los fondos de enfermedad (u organismos gubernamentales centrales) y los prestadores bajo un monopolio bilateral. Cuando este se combina con elección del prestador por parte de los pacientes resulta en una competencia dirigida por el consumidor por la cantidad y calidad de los servicios, pero no por el precio.

Diagrama 5 : Seguro obligatorio con contratos asegurador/prestador



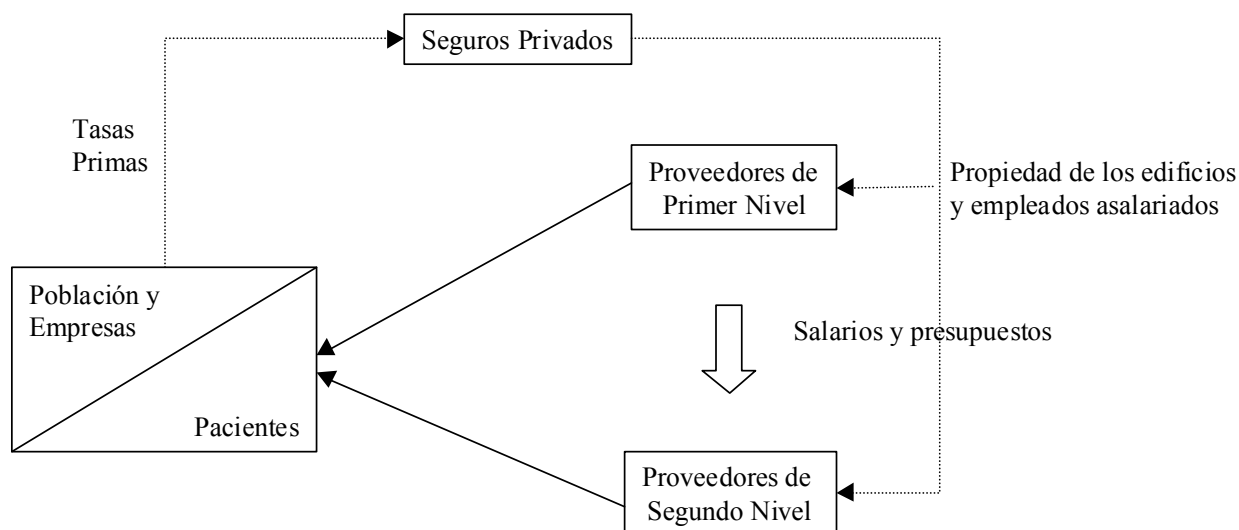
El modelo de contrato público comparte muchas de las características de la versión voluntaria. Es capaz de preservar la libertad de elección de prestador para los consumidores, si bien ello depende del alcance de los contratos negociados por las terceras partes. Usualmente no ofrece libertad de elección de asegurador. La eficiencia macroeconómica tiende a pasar a ser responsabilidad del gobierno. Existe un considerable potencial para lograr eficiencia microeconómica mediante una combinación de competencia dirigida por el consumidor por la calidad, y el desarrollo de los incentivos y regulaciones apropiadas en los contratos entre los aseguradores y los prestadores. No obstante, ambas están sujetas a limitaciones de información. Si el pago es capitado es probable que se logren economías en comparación con el modelo de reembolso. También es probable que los costos administrativos sean menores en comparación con el modelo de reembolso. En particular por la ausencia o el bajo gasto de comercialización. Como el modelo implica obligatoriedad puede ser diseñado para brindar cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

En diversas versiones, este es actualmente el modelo dominante para los médicos de atención primaria en Alemania, Irlanda, los Países Bajos, y el Reino Unido, y para los hospitales en Bélgica, Holanda, Alemania y el Reino Unido. El modelo contractual también juega su parte en los pagos a los médicos de atención primaria en Bélgica y Francia. Como entre las mayores tendencias en la organización y financiación de los sistemas de salud se destacan la separación de las funciones de provisión y financiación, el recurso a los modelos de subsidio a la demanda y la conformación de un *mix* público – privado de proveedores de servicios, este modelo es cada vez más vigente. En él se centran muchas de las reformas discutidas en los siguientes capítulos de este libro.

6. Modelo voluntario integrado

Un desarrollo temprano en los mercados privados europeos de atención médica fue que algunos grupos de consumidores así como también ciertos aseguradores prefirieron recurrir a la financiación de la oferta, emplear médicos asalariados y ser propietarios de las instalaciones para la atención primaria -e inclusive servicios hospitalarios- antes que contratar a prestadores independientes. Luego, estos tipos de arreglos fueron redescubiertos en los Estados Unidos de Norteamérica dentro de lo que se dio a conocer como *managed care* de las HMOs. El Diagrama 6 representa la versión voluntaria de este modelo con: servicios provistos a los pacientes en especie; aseguradores competitivos; primas voluntarias basadas en la comunidad; e integración vertical entre aseguradores y prestadores, con salarios y pagos con presupuestos prospectivos a los prestadores. Una vez más, los prestadores aparecen como múltiples usando líneas punteadas para indicar prestadores que la elección del prestador por parte de los consumidores será consecuencia de, pero estará restringida por, su elección de asegurador.

Diagrama 6: Seguro voluntario con integración entre aseguradores y prestadores



El modelo integrado voluntario preserva la libertad de elección de asegurador a expensas de restricciones en la elección de prestador. Restringe la autonomía ejecutiva de los médicos, a pesar de que puede coexistir con la autonomía clínica. Posee un buen potencial para lograr eficiencia micro y macroeconómica porque hay: incentivos competitivos; buenas oportunidades para gestionar la provisión de atención (a través de “porteros” y el contrato de empleo); y perspectivas para lograr ahorros administrativos a causa de la integración vertical. Si bien hay incentivos hacia el subservicio, estos son contrarrestados por la necesidad del asegurador de atraer y mantener al consumidor en un mercado competitivo de seguro. Sin embargo, al igual que sucede con los modelos de reembolso y contractual, es improbable que este modelo logre el nivel deseado de protección del ingreso o de equidad para los grupos vulnerables. Ello es porque la adquisición de seguro dependerá de la capacidad de pago y habrá incentivos para la selección del riesgo en un mercado competitivo. El modelo no fue popular con la medicina organizada en Europa y, en su versión voluntaria, no pudo sobrevivir al establecimiento de los planes de seguro nacional obligatorio (Abel-Smith, 1988).

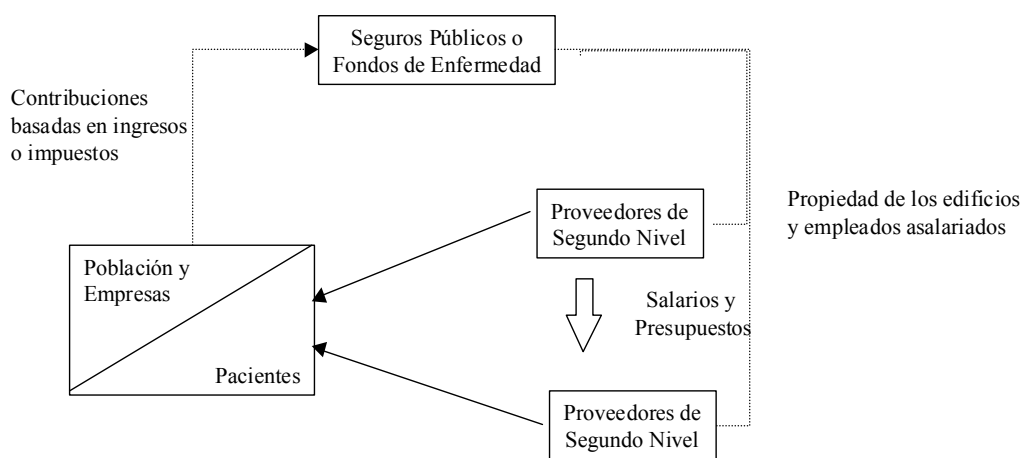
En Argentina y Uruguay surgieron fuertes sistemas mutuales desarrollados por las diferentes comunidades de migrantes europeos (británicos, españoles, alemanes, franceses, etc.) En el caso argentino la mayoría de las mutuales de comunidad se reconvirtieron en prepagos competitivos de libre afiliación organizados sobre la base de una estructura propia (integración vertical).

7. Modelo público integrado

La mayor parte de los sistemas públicos de atención a la salud se centraron en la financiación de la oferta. El Diagrama 7 muestra esta versión con: servicios provistos a pacientes en especie; pagos de terceros organizados por organismos de financiamiento públicos, usualmente gobiernos locales o centrales; financiación por contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso, frecuentemente vía impuestos generales; y pagos a prestadores mediante salarios y presupuestos prospectivos. Variaciones del modelo son posibles, incluyendo la financiación por contribuciones del seguro social y un mayor o menor grado de autonomía clínica. Tal es el caso del programa que incorpora al Hospital Público de Autogestión ya vigente en Argentina y en implementación en el Uruguay.

En términos generales, los consumidores no pueden elegir el asegurador dentro del plan público. En la versión pura del modelo, es probable que también su elección de prestador esté limitada.

Diagrama 7: Seguro obligatorio con integración entre seguro y provisión



La versión pública del modelo integrado se distingue de la voluntaria porque:

- ⇨ El usuario no puede elegir al asegurador.
- ⇨ El asegurador (Estado) no tiene incentivos para retener la clientela de los asegurados.
- ⇨ El usuario no puede elegir el prestador (ni el hospital ni el médico), o bien puede hacerlo pero esta elección seguramente será mucho más limitada que dentro del modelo de contrato público.
- ⇨ Involucra incentivos perversos a los prestadores. Si a los prestadores se les paga a través de salarios y presupuestos globales el dinero no sigue al paciente. A los prestadores eficientes se los recompensa con más trabajo pero no con mayores recursos. La recompensa para los prestadores ineficientes es una vida tranquila y recursos

no utilizados. Las colas para acceder a los servicios son un lugar común, y los pacientes tienden a transformarse en suplicantes agradecidos más que en consumidores habilitados. Además, carece de incentivos para que los prestadores minimicen los costos unitarios. Por ejemplo, el gasto hospitalario en un año es frecuentemente cubierto con una reducción de la subvención al año siguiente.

- ⇒ La eficiencia macroeconómica pasa a ser responsabilidad del gobierno, y a causa de la naturaleza integrada del modelo es relativamente fácil para el gobierno controlar el gasto total de salud al nivel que desea. El modelo integrado es probablemente capaz de lograr ahorros administrativos adicionales en comparación con el modelo de contrato. Este modelo, al implicar obligatoriedad, es capaz de lograr una cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

Este es el modelo dominante en los servicios públicos de casi todo América Latina donde los hospitales se financian a través de presupuestos (la mayoría de las veces históricos) y los profesionales son asalariados.

8. Sistemas mixtos

Como se verá en los estudios de caso todos los países tienen sistemas de salud que son combinaciones de varios de estos siete subsistemas de financiación y distribución de la atención. Contrariamente a lo que podría parecer, el recurso a modelos híbridos presenta un conjunto de ventajas:

- ⇒ Los sistemas de pago voluntario pueden actuar como válvulas de seguridad para los sistemas obligatorios.
- ⇒ El empleo moderado de copagos puede mitigar los efectos del incentivo adverso de una cobertura generosa de terceras partes, particularmente en el modelo de reembolso (Van de Ven, 1983).
- ⇒ El modelo de contrato público ha sido popular para la atención médica ambulatoria, presumiblemente porque ayuda a preservar la independencia de los médicos.
- ⇒ El modelo público integrado ha tenido éxito para la atención hospitalaria, en parte porque favorece el control de los costos.

Sin embargo, se puede sostener que en todos los países predomina un modelo sobre los otros de acuerdo al porcentaje de la población cubierta y a la participación en el total del gasto.

Tendencias de reforma según el modelo de Evans

El recurso a los modelos de Evans permite identificar tendencias de reforma y reconversión de los sistemas. Así, un estudio sobre las reformas de siete países de la OCDE (1992) señala que:

Primero, los modelos voluntarios han pasado a desempeñar un rol menor o complementario en todos estos países excepto en Holanda, en donde el modelo de reembolso privado aún jugaba un rol importante a fines de los '80.

Segundo, entre los modelos obligatorios, los modelos de contrato público e integrado son dominantes complementados, a lo sumo, por una costo - participación menor. Si bien Bélgica y Francia aún dependen del modelo de reembolso público hasta cierto grado, este ha sido combinado con el modelo de contrato público o, en el caso de los hospitales públicos en Francia, invalidado por el modelo integrado. Alemania, Holanda y, más recientemente, el Reino Unido, dependen principalmente del modelo de contrato público. España del modelo integrado e Irlanda de una combinación de ambos.

Bibliografía Consultada

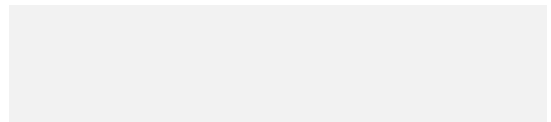
- ABEL SMITH, Brian (1994). "Tendencias Mundiales en el financiamiento de la salud" en MIRANDA RADIC, E. *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago. Páginas 195-211.
- ABEL-SMITH, Brian (1995) "Health Reform: Old wine in new bottles". En: *Eurohealth* (vol 1) N° 1. Junio.
- ABEL-SMITH, Brian /MOSSIALOS, Elias (1994). *Cost-contention and Health Reform*. The European Institute. London School of Economics and political Sciences. Londres.
- AES (1993). *Tendencias Económicas de los Sistemas de Salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- AES (1994). *Salud mercado y Estado*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1995). *Equidad, eficiencia y Calidad: el desafío de los modelos de salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1996). *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1998). *El futuro de las reformas o la reforma del futuro*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- BASCOLO, E; PEREZ, I; GALIMBERTI, F (1997) "La construcción de estrategias de cambio en el modelo de financiamiento del subsector estatal de salud". Trabajo presentado en las *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires. Mimeo.
- BENGOA RENTERIA (1997) "Tendencias en la financiación hospitalaria". *Los hospitales en la reforma de salud*. Segundo Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- BUSS, Paulo & LABRA, María Eliana (org) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora Hucitec -Editora Fiocruz. 259 páginas.
- ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio / NAVARRO, Vicente. (1995) "Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe". *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1397-1401. Octubre.
- ENTHOVEN, A.(1985) *Reflections on the Management of the National Health Service*. London. Nuffield Provincial Hospital Trust.
- ENTHOVEN, Alan (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam. *Apud*. OECD (1992)
- EVANS, Robert (1981). "Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry", in: VAN DER GAAG, J / PERLMAN (ed.). *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam. *Apud*. OECD (1992)
- FLEURY TEIXEIRA, Sonia María (1992). *Estados sem Cidadãos*. São Paulo -Rio de Janeiro. De. Hucitec.
- FRENK, Julio (1997). "Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud" in: RUIZ DURAN, Clemente. *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C. páginas 361-382.
- FUCHS, V. (1974). *Who shall live?*. Nueva York, Basic Books.
- GARCÍA, Juan Cesar. (1982) "La medicina estatal en América Latina (1880-1983)". En: *Revista latinoamericana de salud* (2). Páginas 102-26.
- GONZÁLEZ GARCIA, Ginés / TOBAR, Federico (1997). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires. Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.
- HIMMEISTEIN, David (1992). "Perils Of Prediction In U.S./Canadian Comparisons". *Health Affairs*, invierno . p.254-7.
- JEFFREY, Nancy Ann (1996). "Enough is enough: some people simply have too much health insurance". *Health & Medicine. Wall Street Journal*. Thursday, October 24, página. 7.
- KATZ, Jorge (org) (1993). "Estructura y comportamiento del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay". En: OPS *Cuaderno Técnico* N° 36. Washington D.C.

- KATZ, Jorge & MIRANDA RADIC, Ernesto (1994). "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación". En: *Revista de la CEPAL* 54. Diciembre. Páginas: 7-25
- KUTZIN, Joseph (1995). *Experiences With Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Ginebra. OMS. Division of Strengthening of Health Services. Paper nº8. Enero.
- MAESTRO MARTIN, Ángeles (1995). "Crisis del Estado de Bienestar y tendencias privatizadoras". En: FUNDACION DE CIENCIAS DE LA SALUD. *Alternativas a la Gestión Centralizada de Centros y Servicios Sanitarios*. Madrid.
- MARQUEZ, P.V (1990). "Cost Control in Health: an overview of country experiences in the Americas". En: *Health Policy and Planning*
- MEDICI, André (1989) "Saúde e crise na América Latina". En: *Revista de Administração Pública* 223 (3). Mayo Julio. Páginas 7-98.
- MEDICI, Andre (1992). "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil". *Revista de Administração Pública* 26(2). Abril junio. Páginas 79-115.
- MÉDICI, André Cezar (1994). *Economía e financiamento do Setor Saúde no Brasil*. Sao Paulo. USP.
- MEDICI, André Cezar (1997). *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IAHCS. Octubre. 170 páginas.
- MESA-LAGO, Carmelo. (1978). *Social security in Latin America -Pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh.
- MIRANDA RADIC, Ernesto (1993). "Sistemas de salud en el mundo" en: Centro de Estudios Públicos. *Documento de Trabajo* nº 203. Santiago. Noviembre.
- MUSGROVE, Philips (1996). "Public and Private roles in Health". *World Bank Discussion Papers* nº 339. World Bank. Agosto.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD publications, Paris. 1992. 152 páginas.
- ROEMER, Milton (1980). *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*. México D.F. Siglo XXI editores. 455 páginas.
- SAKELLARIDES, C & ARTUNDO, C (1992). "Salud y Asistencia Sanitaria: Reorientación de la atención sanitaria en los 90 desde la perspectiva de la OMS". SAKELLARIDES, C; ARTUNDO, C y VUORI, H. *Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992. páginas 5-30.
- SALTMAN, R & VON OTTER, C (1992). *Planned Markets and Public Competition: Strategic reform in Northern European Health Systems*. London. Open University Press.
- SALTMAN, Richard. (1992). "La responsabilidad individual y colectiva en la atención sanitaria desde una perspectiva política" en: SAKELLARIDES, C & ARTUNDO, C. *Op. Cit.* páginas 31-42.
- SCHEFFLER, R. (1993). "Containing Health Care Costs: International Comparisons". FICOSSER. *Politiques de Contenció de Costos Sanitaris*. Barcelona. páginas 11-21.
- SCHIEBER, G.J; POULIER, J.P & GRENWALD, L (1991). "Health Care Systems in twenty four countries". En: *Health Affairs*. Otoño.
- SHEILS, J; YOUNG, G.J. RUBIN, R.J.; ICF, L.; FAIRFAX, V (1992). "Return to Constructive Debate On U.S./Canadian Health Spending". *Health Affairs* 11 (3): 168-70. Otoño.
- SHEILS, Jonh; YOUNG, Gary, RUBIN, Robert (1992). "Perils Of Prediction In U.S/Canadian Comparisons". *Health Affairs*, invierno. p.257-8.
- SHMUELI, Amir (1995). "Inversiones rentables con mejores resultados sanitarios", *Foro mundial de la Salud*. Volumen 16, págs. 327-33.
- STARFIELD; Barbara (1995). "Comment: Health Systems' Effects on Health Status -Financing vs the Organization of services". *American Journal of public Health* (vol.85) nº10:1350-1. Octubre.
- SUAREZ. Ruben (1995). "Modelos de Financiamiento", *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Ediciones Isalud. Buenos Aires. Págs. 33-46.
- TOBAR, Federico (1998). "El marco económico -social de la desregulación". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. 25 páginas.
- TOBAR, Federico (1995). "Tendencias en Políticas de salud". Documento de trabajo Isalud. Buenos Aires. 25 páginas.
- TOBAR, Federico /TOBAR, Sebastián (1996). "Reingeniería y reforma sanitaria". In: AES (1996). Páginas 321-339.

- WEIL, Thomas (1992). "Preparing For Increased Hospital Use in a Reformed System". *Health Affairs*, invierno. p.254-7.
- YOUNG, Gary, RUBIN, Robert (1992). "Return to constructive debate on U.S./Canadian Health Spending". *Health Affairs*, otoño.

Capítulo 3

Estudio de caso de los países



Argentina*

Características Generales



La República Argentina constituye un caso excepcional dentro de la región en muchos aspectos entre los cuales no escapan los sanitarios. Por un lado su población predominantemente europea, por otro la precoz incorporación de los derechos civiles y sociales que se reflejan en hechos tales como el haber sido el primer país del continente en abolir la esclavitud, en incorporar el voto femenino o el haber desarrollado ya en la segunda mitad del siglo XIX la educación pública universal y gratuita.

Sin embargo, Argentina no escapó de los mayores azotes políticos y económicos que castigaron a los países de la región: los golpes militares y sus consecuentes gobiernos dictatoriales, los conflictos internos armados, la crisis de la deuda externa, la hiperinflación, la estagflación de los ochenta, etc.

Durante los ochenta el país consiguió redemocratizar el Estado y la sociedad. Luego en la década del noventa a través de una política monetaria que establece la paridad de su moneda con el dólar estadounidense, se consiguió recuperar rápidamente el equilibrio macroeconómico y el crecimiento del Producto Bruto.

En este contexto de reforma económica se desplegó también una Reforma del Estado que se inició con las privatizaciones de las empresas públicas, la alteración del régimen de los empleados nacionales, y luego afectó a sectores específicos como el de salud. La reforma sectorial se centra en dos componentes la autogestión de los hospitales públicos y la desregulación de las Obras Sociales.

* Este informe ha sido elaborado por Federico Tobar

Cuadro 1: Argentina: Información general del país

Indicador y año de referencia	Valor
Población total (estimada en base a proyecciones para 1995)	34.768.458
Tasa de crecimiento poblacional promedio(1990-1995)	1,22%
Tasa de urbanización (1995)	88,0%
Tasa de desempleo (1995)	18,6%
Población en situación de pobreza. Según Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas.(1993)	19,3%
PBI en 1995 (en millones dólares corrientes)	279.542
Superficie del país (en Km ²)	2.791.810

Fuente: 1.,2,3, 4. INDEC, 5. SPE –MEyOSP, 6. Instituto Geográfico Militar

Población

Por sus características demográficas Argentina se ubica en un punto intermedio entre los países europeos y América Latina. Presenta una pirámide poblacional con ligera tendencia al envejecimiento aunque aún con una población infantil proporcionalmente mayor a la que presentan los países nórdicos. De manera complementaria, el peso de los ancianos (9,4%) es en Argentina aún bajo si se lo compara con los países desarrollados, donde ronda el 12% y se espera que crezca de forma acelerada.

Cuadro 2: Argentina: Población por grupos de edad, 1995

Grupos de edad	Número	Porcentaje
-1	716.458	2.05
1-4	2.707.000	7.7
5-14	6.624.000	19.05
15-49	17.092.000	49.1
50-64	4.358.000	12.5
65 y más	3.271.000	9.4
Total	34.768.458	100.00

Fuente: INDEC.

Como ocurre en los mayores países de la región, se registra en Argentina una alta heterogeneidad regional. Por ejemplo, la población menor de 15 años en Capital Federal es casi la mitad de la que representa la misma faja de edad en las provincias más desfavorecidas como Formosa.

Organización política

La República Argentina es un Estado Federal. Está integrada por 23 provincias, y alrededor de 1.600 municipios y la Capital Federal. Estas unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población.

Estado de Salud de la Población

Los indicadores de salud de la Argentina han registrado una evolución positiva. El país ha atravesado su transición epidemiológica como lo demuestran las tasas de mortalidad por causas en las cuales cardiovasculares y tumores registran el mayor peso.

Cuadro 3: Argentina: indicadores de salud seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	22,2 (expresada por mil nacidos vivos) (1994) MSAS
Esperanza de vida al nacer mujeres	75,59 (proyecciones 1990-1992) INDEC 1995
Esperanza de vida al nacer hombres	68,44 (proyecciones 1990-1992) INDEC 1995

Cuadro 4: Argentina: Principales causas de muerte, 1995

Principales causas de defunción (CIE 9 Revisión)	Tasa	%
Enfermedades del corazón (390-429)	227,0	29,5
Tumores malignos (140-208)	148,4	19,3
Enfermedades cerebro vasculares (430-438)	72,2	9,4
Accidentes (E800-E949)	31,4	4,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	22,4	2,9
Diabetes Mellitus (250)	21,6	2,8
Neumonía e influenza (480-487)	20,4	2,7
Total	768,8	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación No. 38 Serie 5. 1995. Extraído de: MSAS *Indicadores Básicos de Salud*. 1996. 1. Todas las edades y ambos sexos. Incluidas las defunciones cuyas edades y sexo se ignoran. Las tasas se calcularon por 100.000 habitantes

Cuando el análisis se realiza a través de los Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP- se verifica que la primera causa tiene que ver con el envejecimiento de la población. Pero la segunda causa de mayor peso en términos de años de vida potencialmente perdidos, son los accidentes. La tercera causa son las enfermedades del corazón.

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema

Las consolidación del modelo argentino de sistemas de salud puede ser esquematizada en tres capítulos o fases: el desarrollo de los servicios públicos, la consolidación de las Obras Sociales, la propagación de los seguros privados.

El Estado argentino comienza a incorporar funciones en relación a la salud durante la década del '40. Es el inicio de una etapa en el que la salud es asumida como un deber de Estado. Aparecen entonces las políticas de salud que tenían como prioridad asegurar el acceso a la atención a todo el pueblo argentino.

Entre 1946 y 1954, se desarrolla una importante infraestructura de atención estatal. Durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo en el Ministerio de salud se duplicó la capacidad hospitalaria argentina.

Las Obras Sociales son esquemas de protección social y sanitaria que surgen como producto y consecuencia del esfuerzo y organización de los trabajadores. Durante las décadas del cincuenta y sesenta las Obras Sociales registraron un gran crecimiento pero orientaron su demanda de atención hacia el sector privado de prestadores, dejando de lado la alternativa de desarrollo de sus propios establecimientos y del uso de los hospitales públicos.

En los períodos correspondientes a los gobiernos de facto que se suceden a partir de 1955, se afianza una concepción del Estado subsidiario, en virtud de la cual éste va dejando determinados espacios de la acción social a la propia comunidad. En el caso de la salud supone dar lugar y promover formas institucionales en manos de organismos intermedios, como las Obras Sociales.

En el año 1970 se produce un nuevo avance en la organización del modelo argentino de salud con la ley 18.610, que extiende de manera obligatoria el sistema a toda la población trabajadora. Los múltiples aportes de empleados y contribuciones de empleadores, ya existentes, se unifican y tornan obligatorio. Esto consolida el financiamiento del sistema en base al trabajo. Se expande la cobertura de las Obras Sociales existentes y se crean nuevas para el resto. Sin embargo, salvo excepciones como las Obras Sociales de ferroviarios y metalúrgicos, su estrategia no impulsó la provisión directa (centrada en servicios propios), ni la participación del sector público en el sistema, sino que afianzó la tendencia ya existente a la contratación con el sector privado. Más allá de la letra de la ley, que pudo haber dado lugar a un crecimiento orientado por una regulación que asegurara el carácter social del sistema, éste creció y se consolidó al margen de una efectiva integración y regulación. Se generaron de tal modo, desde sus propios orígenes, casi todos los "vicios y virtudes" que se le reconocen a las Obras Sociales argentinas.

A partir de los setenta se registra un fuerte desarrollo de formas privadas como empresas de medicina prepaga o planes médicos de clínicas y sanatorios, de adhesión voluntaria, dirigidos, en general, a los sectores de mayores recursos.

El rol protagónico del Estado va decayendo progresivamente, su capacidad instalada se deteriora y los altos *stocks* de capital incorporados hasta los cincuenta no son repuestos, de modo que el subsector público va perdiendo su liderazgo como financiador y proveedor de servicios.

Entre 1977 y 1981, el gobierno militar despliega una política económica que bajo pretexto de aumentar la productividad por vía de una mayor competencia con los productos externos, sobrevaluó la moneda nacional al mismo tiempo que redujo las barreras arancelarias. El saldo de este modelo económico en el sector salud fue un importante incentivo a los prestadores para la importación de tecnología médica fundamentalmente en las áreas de diagnóstico, terapia intensiva y neonatología.

La mayor parte de la oferta de internación que integra el subsector privado de salud en Argentina se encuentra nucleada en federaciones provinciales, estas últimas, a su vez, se agrupan en la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA). A su vez, los profesionales de la salud son representados por sus gremios profesionales y sus entidades de primer nivel -colegios-, de segundo nivel -federaciones- y de tercer nivel -confederaciones-. De esta manera, hay en nuestro país una alta organización de los profesionales a través de sus entidades: médicos -COMRA, farmacéuticos -COFA-, odontológicos -CORA- y bioquímicos -CUBRA. La sobreoferta de tecnología incorporada masiva y en muchos casos acriticamente precipitó la crisis de la financiación de las Obras Sociales, las cuales comienzan a poner freno a su cobertura y a incorporar copagos. Esta situación se acelera durante la hiperinflación de finales de los '80. Frente a la retracción de las prestaciones cubiertas por el subsector de la seguridad social,

el subsector público debió enfrentar mayores demandas por servicios y ahora con un gran déficit de la capacidad instalada, insumos, equipamientos y crisis fiscal.

Aparecen, en algunos casos, modalidades emergenciales de financiamiento como la recaudación directa de asociaciones cooperadoras de los hospitales que permiten la adquisición de equipamientos, e insumos. No obstante, la falta de una coordinación de estas incorporaciones de capital, así como la ausencia de una red jerarquizada de establecimientos, hace que esta incorporación de tecnología frecuentemente no constituyan inversiones oportunas en el sentido de su eficacia y su efectividad. Los años de desregulación de la oferta de médicos, tecnología y camas hospitalarias, comienzan a cobrarse su precio en caída de ingresos profesionales y crisis económica de los sistemas público y privado.

Desde la consolidación del sistema de Obras Sociales el modelo argentino de salud adquiere sus principales características de heterogeneidad y fragmentación. Esto se traduce en una falta de integración entre los distintos subsectores -público, seguridad social y privado- así como en el interior de cada uno de los mismos.

Los intentos de reforma que surgieron a partir de entonces buscaron modelar el sistema de salud aproximándolo a alguno de los tipos ideales. Así como la historia de la institucionalización del sistema tiene tres capítulos, la de su reforma también.

Los primeros proyectos de reforma buscaron establecer la hegemonía del subsector público convirtiendo el sistema argentino al modelo universalista (Beveridge). Luego se trató de consolidar un modelo de seguro único, destacando las fortalezas del modelo de Obras Sociales, tales como su amplia cobertura y financiamiento solidario, pero resolviendo los problemas de equidad que le son característicos. Por último, el rumbo de la reforma encontró un nuevo punto de inflexión y en lugar de buscar reformar el seguro de salud desde adentro se planteó hacerlo desde afuera. Así, los últimos pasos de la reforma no apuntan a establecer la hegemonía del subsector público, ni de la seguridad social sino a la prevalencia de un sistema de seguros privados.

A principios de la década del '70 y luego con la recuperación de la democracia en los 80 se registraron intentos de reforma marcados por un mayor compromiso desde el Estado por asegurar el *derecho a la atención de la salud de la población*. Se trató de intentos que compartieron el objetivo de constituir un sistema de atención que integrara los diferentes subsectores, morigerando los niveles de fragmentación y estratificación que alcanzaba la organización.

El Sistema Nacional Integrado de Salud -SNIS-, en 1974, representó el proyecto de conformar un sistema único de salud cuyo eje fuese el Estado, y que asegurase al conjunto de la población un acceso igualitario. El proyecto original sufrió importantes modificaciones que reflejaron el conflicto de intereses que planteaba para las organizaciones médicas, de prestadores privados y de los trabajadores. Perdió fuerza al no lograr incorporar dentro del sistema a las Obras Sociales de los trabajadores, y concitar la adhesión sólo de escasas jurisdicciones. No obstante, en ellas (San Luis, La Rioja, Chaco, Formosa) tuvo espectaculares avances hasta su intervención por el golpe militar de 1976.

En 1985 el proyecto del Seguro Nacional de Salud, cuyo eje eran las Obras Sociales, encontró la más férrea oposición del sindicalismo, que lo veía como un intento de subordinarlo al proyecto político del gobierno radical. El proyecto reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las Obras Sociales.

El nuevo punto de inflexión en la dinámica de reforma se produce como resultado de una serie de factores. A partir de las dificultades que enfrenta la sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud, el diseño de alternativas para el sistema es sustraído del debate político. Las propuestas de reforma adquieren un carácter más técnico, no son publicadas ni debatidas y las pocas discusiones que tienen lugar son guiadas por documentos de organismos internacionales.

Al mismo tiempo, de manera similar a lo que ha ocurrido en otros países de la región, esa reforma “custodiada por expertos” deja de lado las preocupaciones centrales del sanitarismo, como la equidad, la accesibilidad y el aumento de la vida saludable, para concentrarse exclusivamente en los flujos financieros del sector. Se abandonan las banderas de la reforma sanitaria para operar la reingeniería del sector preocupada con la contención de costos y la “eliminación” de los actores prescindibles (*down sizing*). La reforma no se opera a través de una ley sino de una serie de transformaciones microscópicas. Una larga sucesión de decretos y normas cuya interpretación requiere de un alto dominio técnico y amplia dedicación.

Actores y Roles dentro del sistema

El modelo de sistema de salud es mixto. Dentro del mismo existen tres subsectores claramente delineados:

- ⇒ subsector público,
- ⇒ subsector de la Obras Sociales,
- ⇒ subsector de medicina prepaga

La hegemonía de un subsector se podría medir de acuerdo con la cobertura poblacional o al gasto. En este sentido se puede verificar la ausencia de un predominio claro aunque con un peso relativo mayor del subsistema de Obras Sociales.

Podemos clasificar a los organismos de acuerdo a la siguiente taxonomía:

- ⇒ Actores que participan en el financiamiento.
- ⇒ Agentes.
- ⇒ Proveedores directos de servicios de salud.

Actores que participan en el financiamiento:

- ⇒ Tesoro Público (DGI, Secretaría de Hacienda de La Nación, ministerios provinciales y secretarías municipales)
- ⇒ Organismos internacionales de préstamo o donación
- ⇒ Empleadores (a través de sus contribuciones laborales)
- ⇒ Empleados (a través de sus aportes laborales)
- ⇒ Familias (a través sus desembolsos directos)

Los agentes intermediarios son:

- ⇒ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- ⇒ Ministerios de salud provinciales.
- ⇒ Secretarías de salud municipales.
- ⇒ Obras Sociales nacionales.
- ⇒ Obras Sociales provinciales.
- ⇒ Otras Obras Sociales.

⇒ Prepagas y seguros privados.

Los proveedores de servicios son:

- ⇒ Servicios públicos (hospitales, centros ambulatorios, puestos de salud).
- ⇒ Servicios privados (clínicas, sanatorios, laboratorios y centros de diagnósticos, farmacias).
- ⇒ Profesionales independientes.

El Estado actúa en salud a través de sus tres niveles: Nación , provincias y municipios.

El Estado financia estos servicios a través de los impuestos que recauda. También es su responsabilidad la regulación de todos los subsectores que conforman el sector salud. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población. El Ministerio de Salud y Acción Social -MSAS- es la máxima autoridad en materia de salud. A nivel provincial y municipal el rol le corresponde a los respectivos ministerios y secretarías. El MSAS tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. En la práctica el rol del MSAS es acotado porque maneja sólo un mínimo porcentaje del presupuesto público en salud, y dado que la salud no es una atribución delegada por las provincias a la Nación, su poder de decisión queda limitado ya que las provincias y municipios cuentan con una autonomía en sus respectivas jurisdicciones. Como la Nación no financia acciones, sus políticas sustantivas sólo tienen valor indicativo y la concreción de acciones determinadas desde dicho nivel depende de coincidencias de nivel político más general. Además del MSAS, existe otro organismo de alta importancia dentro del sistema que es la Administración Nacional del Seguro de Salud -ANSSAL-, cuya función central es regular y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas. El fondo está integrado por el 10% de los aportes de las Obras Sociales Nacionales y el 15% de las de personal de dirección. Con la reconversión de las Obras Sociales el ANSSAL está desapareciendo mientras que surge la Superintendencia de Salud, la que debe ejercer el control sobre los entes financiadores, las Obras Sociales y los prepagos que ingresen al sistema, o en este último caso como lo determine la ley de prepagos.

El sistema de salud en la Argentina está integrado por tres subsectores:

- ⇒ público,
- ⇒ seguridad social y
- ⇒ privado.

- ⇒ El subsector público desempeña funciones de provisión directa de servicios a través de hospitales y centros de salud nacionales. Los gobiernos provinciales y municipales tienen hospitales y otros establecimientos de atención bajo su jurisdicción.
- ⇒ Las Obras Sociales conforman actualmente un sistema de seguro médico para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.
- ⇒ El subsector privado está compuesto por los profesionales que prestan servicios en forma independiente, ya sea a pacientes afiliados a Obras Sociales o a seguros voluntarios (pre-pagos) o a aquéllos que deciden consumir una prestación a través de un contrato particular de pago por acto médico, y los establecimientos

asistenciales contratados tanto por las Obras Sociales como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de empresas de medicina prepaga, las que se encuentran agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina -CIMARA- y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga -ADEMP-, la cual representa a las empresas sin servicios propios.

Responsabilidades jurisdiccionales

Desde sus inicios el subsector público de salud fue descentralizado territorialmente. Se practicó la devolución puesto que aunque gran parte de los hospitales públicos surgen por obra del gobierno nacional una vez instalados pasan a la esfera provincial y municipal. Algunos hospitales de referencia permanecieron bajo la esfera nacional pero durante la década del '90 fueron transferidos a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a la Provincia de Buenos Aires.

Las Obras Sociales surgen también de forma descentralizada. En lugar de haber un único seguro social se implementaron varios con administración autónoma.

También en la década del '90 se inician movimientos descentralizadores de los hospitales públicos bajo la forma de desconcentración y delegación. Estas acciones surgen primero con las leyes de descentralización hospitalaria de las provincias de Mendoza y Buenos Aires y luego son promovidas desde el MSAS con el Decreto no 579-93 que establece el Hospital Público de Autogestión -HPA- habilitado para gestionar directamente recursos que recauda a través del cobro a las Obras Sociales por los servicios brindados a la población que cuenta con cobertura de las mismas.

Como función de gobierno la salud es una competencia compartida por las tres esferas de modo que no existe una división clara del trabajo por nivel de gobierno en lo que a salud respecta. Sin embargo, con la descentralización de los hospitales nacionales hacia provincias y Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires -MCBA- La Nación concentra sus esfuerzos en acciones de prevención y regulación. La mayor parte de la provisión pública es responsabilidad de las provincias aunque algunos municipios poseen servicios propios

En Argentina queda solamente un Hospital Nacional, el Gervasio Posadas que no ha sido aceptado por la Provincia de Buenos Aires. Por otro lado un hospital pediátrico de referencia el Dr. Juan P. Garrahan cuenta con la cofinanciación de Nación y la MCBA.

La mayor parte de los servicios públicos de salud en todos los niveles de complejidad pertenece a las provincias y a la MCBA.

Existen servicios municipales aunque en la mayoría de los casos se limitan al primer y segundo nivel de atención.

Oferta de Servicios

El subsector público proporciona servicios a través de efectores que están bajo la responsabilidad económica y normativa de tres jurisdicciones político-administrativas: la Nación, las Provincias y las Municipalidades. La organización federal del país otorga a los

gobiernos provinciales y municipales una gran autonomía para planificar y ejecutar acciones de salud.

El subsector público tiene una vasta red de centros de atención ambulatoria y de internación, muy debilmente integrados en una red asistencial de referencia

Hoy existen en el país 1.204 hospitales públicos (9 nacionales, 957 provinciales y 238 municipales) con un total de alrededor de 75.000 camas disponibles. La red pública cuenta con 5.741 establecimientos sin internación. Además existen otras 1.500 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.000 camas.

La relación de camas por cada mil habitantes en Argentina país ronda los 4,5.

El subsector de la seguridad social posee escasa capacidad instalada propia y se comporta casi exclusivamente como un sistema financiador, recibiendo los aportes y contribuciones obligatorias de los trabajadores en relación de dependencia y de sus respectivos empleadores, y contratando servicios fundamentalmente con el subsector privado (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos).

Hay en Argentina 337 Obras Sociales y más de 2.000 entidades de medicina prepaga.

Recursos humanos disponibles en el sistema por subsector (número de médicos, otros profesionales del sector, enfermeras, y personal total, en el año de referencia)

En total ejercen en Argentina más de 100.000 médicos¹⁰. Según el catastro de recursos de salud de 1980 en ese año trabajaban en el sector público 35.452 médicos. Argentina cuenta en la actualidad con una fuerte oferta de recursos humanos profesionales y una alta capacidad instalada. La relación de médicos por cada mil habitantes se aproxima a 3. En 1992 había 5,4 enfermeros¹¹ cada 10.000 habitantes y 6,5 odontólogos¹² cada 10.000 habitantes.

Cuadro 5: Argentina: Oferta de servicios por subsector. 1995

	Público	Privado	Total
Establecimientos	6.945	1.500	8.445
Hospitales	1.204	1.500	1.704
Sin internación	5.741	N/D	5.704
Camas	75.000	67.000	142.000
Recursos humanos			
Médicos x 10.000 hab			26,8
Enfermeras x 10.000 hab			5,4
Odontólogos x 10.000 hab			6,6

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación No. 38 Serie 5. 1995. Extraído de: MSAS *Indicadores Básicos de Salud*. 1996 y de González García & Tobar, 1997

Demanda

¹⁰ En 1992 había 88.800 médicos en ejercicio (Abramzón, 1993). Cada año egresan de las nueve facultades de Medicina del país alrededor de 4.500 médicos. Si no se introducen fuertes regulaciones en ese sentido es de esperarse que el número aumente. De hecho, hay en la actualidad 35 escuelas de medicina que se encuentran a la espera de la correspondiente habilitación para comenzar a funcionar.

¹¹Incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería. Calculado a partir el estudio de Abramzon (1993)

¹²Calculado a partir del estudio de Abramzon (1993).

Según el MSAS, en 1995 el subsector público fue responsable por la producción de 57.288.743 consultas. En 1996 las consultas ascendieron a 69.030.444.

En 1995, se registraron 1.832.463 internaciones. En 1996, se registraron 2.014.804 egresos, lo cual representa 5,8 internaciones cada 100 habitantes.

Cuadro 6: Argentina: Demanda de servicios en el subsector público de salud, 1996

	Subsector público de salud
Consultas anuales per capita	69.030.444
Egresos anuales per capita	2.014.804

Fuente: González García & Tobar, 1997

Cobertura

El subsector público brinda cobertura fundamentalmente a través de los servicios provinciales y municipales, los que atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social o del sector privado y a aquellos que si bien están cubiertos tienen limitaciones de acceso por razones económicas y geográficas. En base a la evolución del tamaño de la población y de la tasa de desempleo se estimó que en 1995 el sector público cubría aproximadamente 15,9 millones de habitantes, lo que representa un 46% de la población total de Argentina.

De la información derivada del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, el 57,6% de los habitantes del país (alrededor de 18.000.000 de personas) eran beneficiarios de alguna obra social. Considerando el posterior incremento en las tasas de desempleo y las proyecciones del tamaño de la población se puede estimar que la población cubierta en 1995 llegaba a 18,7 millones de personas, lo cual representaba el 54% de la población. La mayor parte de la población está concentrada en unas pocas Obras Sociales. Las 50 mayores instituciones representan el 90% de la población

Las entidades de medicina prepaga cubren una población cercana a 2.500.000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el resto a través de empresas. El 40% aproximadamente realiza aportes a las Obras Sociales

Gasto

En 1995 el gasto en salud estimado en la Argentina ascendía a aproximadamente 20.147 mil millones de pesos. Esto representaba un 7,21% del PBI. El 95% de estos fondos corresponde a atención médica.

Las autoridades de los diferentes subsectores del sistema de salud tienen influencia directa sobre el 60% de ese gasto. El 40% restante corresponde a gastos de bolsillo de las familias (desembolsos directos y pago de primas y mensualidades de prepagos). Si bien este último puede ser condicionado por algunas políticas oficiales, por ejemplo el precio de los medicamentos, prohibición de cobros suplementarios, etc., la influencia del Estado es más débil y en la práctica es casi nula.

El gasto en medicamentos fue de 5780 millones de dólares en 1995 (estimación efectuada en base al IMS y otros estudios (González García & Tobar, 1997). Esto representa el 29% del gasto total en salud.

Cuadro 7: Argentina: Gasto total en salud, 1995

Subsector	Cobertura (millones de habitantes)	%	Gasto Millones de dólares de 1995.	%	% del PBI	Capita /año
Público	15,9	46%	4.676	23%	1,67	294,08
Privado	2,5	7%	8.416	42%	3,01	3366,4
Seguros socia- les	16,2	47%	7.055	35%	2,52	435,49
Total	34,6		20.147	100%	7,21	582

Fuente: González García, Tobar, 1997.

Modalidades de contratación y pago

El subsector de la seguridad contrata servicios fundamentalmente con el subsector privado (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos) a través de diversas modalidades (pago por prestación, por capitación, por nomenclador globalizado, por cartera fija, entre las más importantes) para la atención de sus beneficiarios.

Financiamiento

El subsector público se financia con recursos provenientes de las rentas generales, siendo fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de financiar la provisión directa de servicios a través de los establecimientos públicos (hospitales, centros, puestos de salud) el gasto público financia acciones de salud pública relacionadas con la promoción, la prevención, la regulación y la fiscalización. Se estima que del total del gasto público de salud aproximadamente un 20% (\$976 millones) corresponde a acciones de prevención y regulación, mientras que el 80% (\$3.700 millones) serían asignados a atención médica.

La principal fuente de financiamiento de las Obras Sociales la constituyen los aportes sobre la nómina salarial. Para las Obras Sociales del régimen nacional están fijados en el 8%, correspondiendo un 3% al empleado y el 5% al empleador. En el caso de las Obras Sociales provinciales éstos se elevan en promedio al 11%, conformado por el 5% y el 6% al empleado y al empleador, respectivamente. La tendencia es a descender los aportes patronales como paliativos del déficit fiscal. Otras fuentes de financiamiento previstas son los coseguros (por diferencia de planes de cobertura) y los copagos (*ticket* moderador, plus o gastos no cubiertos).

El financiamiento del sistema prepago se constituye básicamente por las primas y copagos pagados por los individuos y las familias que adhieren de manera voluntaria al sistema. Estas son las fuentes previstas en el esquema puro donde las organizaciones prepagas sirven a los fines de nuclear demanda dispersa.

Nuevas modalidades de comercialización ubican a las empresas de medicina prepaga como administradoras de fondos para la atención de grupos de consumidores. Esto ocurre con las empresas que sostienen contratos con Obras Sociales, por los cuales administran capita.

Otra de las variantes de financiamiento se relaciona también con cambios ocurridos en la organización de la seguridad social que han dado lugar a que determinados sectores de las Obras Sociales se incorporen a la modalidad de prepago con financiamiento de aportes y contribuciones sobre salarios. Es el caso de Obras Sociales de sectores empresariales, caracterizadas por altos niveles de ingreso, cuya operatoria se ha ido de hecho distanciando del funcionamiento propio del esquema de la seguridad social y asemejándose progresivamente a la modalidad de prepago con opciones de servicios vinculados a los aportes obligatorios y pagos voluntarios de los usuarios.

Reforma del Sistema

El sistema de salud argentino está siendo modificado en estos últimos años en dos frentes: los hospitales públicos y las Obras Sociales nacionales. Los primeros son objeto de un política de descentralización que procura conferirles mayor autonomía de gestión y de recaudación de recursos. Las segundas están atravesando un proceso de reordenamiento financiero que consiste en la desregulación que promueve la libertad de afiliación de los beneficiarios y tiene como meta final la implantación de un mercado competitivo en el que participen también las prepagas.

a) Descentralización de los servicios de salud

En primer lugar se operó la transferencia de todos los hospitales nacionales hacia las provincias. Posteriormente, siguiendo la experiencia de las provincias de Buenos Aires (Ley 11.072 de 1991) y Mendoza, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promulgó el Decreto N° 578-1993 que establece el Hospital de Autogestión. A través de esta figura se autoriza a los hospitales a facturar a las Obras Sociales los servicios prestados a la población que cuenta con cobertura del seguro social.

Resta destacar que si bien el conceder mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos podría permitir la obtención de mayores niveles de eficiencia en la microgestión, el proceso descentralizador que en nuestro país ha sido denominado “autogestión” no contiene costos. Aún cuando esté contemplada su posterior incorporación, la posibilidad de cobrarle a las entidades intermediarias como seguros, prepagos y Obras Sociales por los servicios prestados, no involucran automáticamente ningún tipo de incentivo a la calidad y la productividad¹³. La descentralización no modifica, por si misma, los costos operativos de los hospitales. A su vez, la posibilidad de recuperar costos a través de la facturación a las Obras Sociales diversifica las fuentes y hasta puede aumentar la eficiencia en la recaudación, pero tampoco reduce los costos.

¹³ Una excepción lo constituye el proceso de transformación hospitalaria implementado en la Provincia de Mendoza, donde existen desde principios de esta década incentivos salariales al personal de los hospitales buscando incentivar la calidad y la productividad de las prestaciones (Tobar, 1996).

b) La desregulación de las Obras Sociales

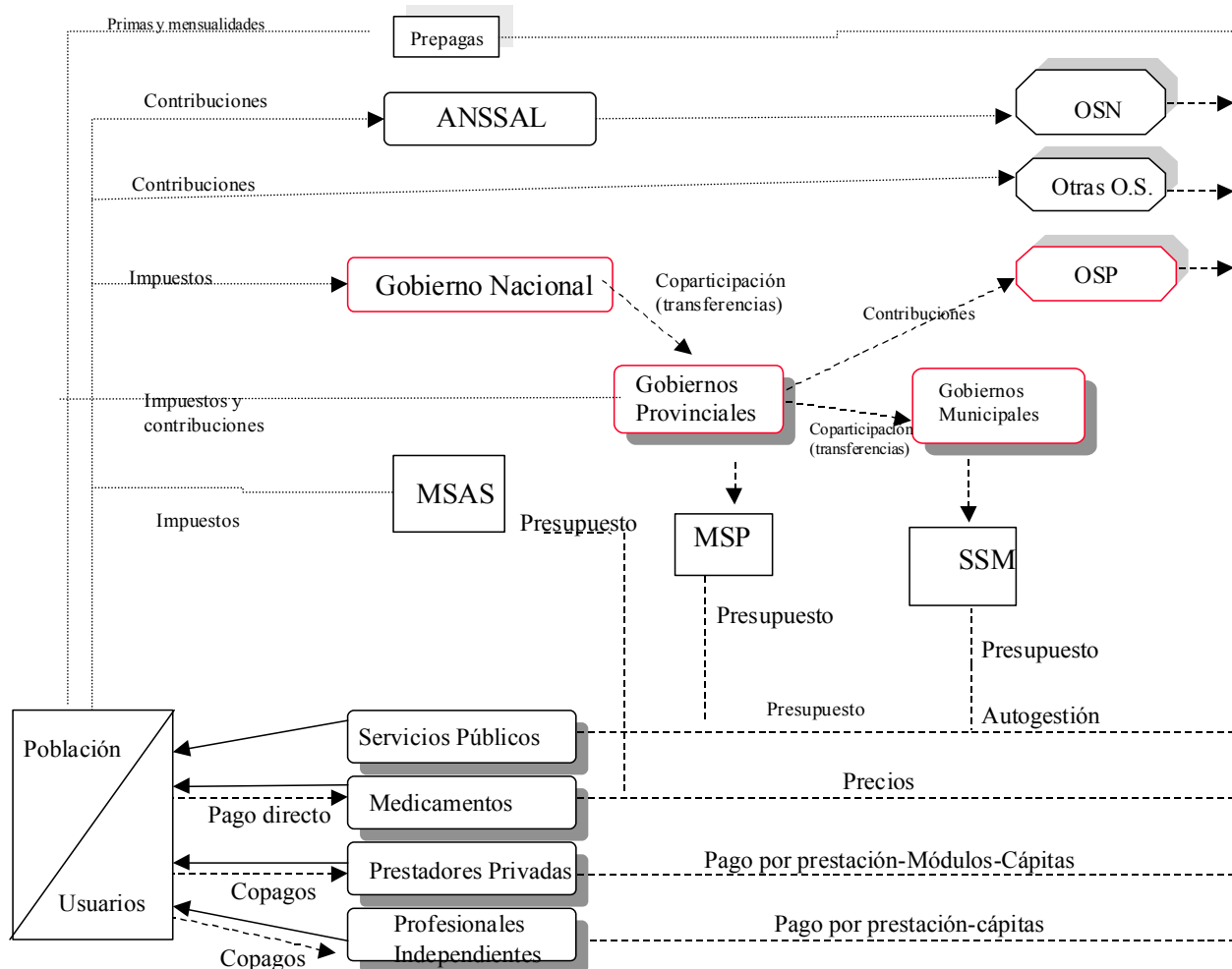
Si las reformas anteriores buscaban aproximar el sistema de salud argentino al modelo universal y de seguro único, la reforma actual lo orienta hacia el modelo de seguros privados. La reforma apunta a reducir las ineficiencias sectoriales y se centra en medidas de corte financiero. Se parte del supuesto de que la crisis de las Obras Sociales responde a la falta de competitividad derivada de la condición de cautividad de sus beneficiarios.

El antecedente oficial más inmediato para la reforma de las Obras Sociales fue el proyecto denominado Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM) que no llegó a convertirse en ley. Los puntos más salientes de esa propuesta fueron: 1) La implementación de la libertad de afiliación y la incorporación al sistema de nuevas instituciones de atención médica, 2) La implementación de un nuevo régimen financiero y 3) La paulatina universalidad de la cobertura.

Flujos de recursos

El siguiente diagrama representa los actores y flujos de servicios y financieros que se plantean en el sistema de salud argentino.

Argentina: Organización del Sistema de Salud



Debilidades y Fortalezas

Situación de Salud de la población

Fortalezas

⇒ *Baja prevalencia de enfermedades infectocontagiosas:* El país ha atravesado su transición epidemiológica.

Debilidades

- ⇒ *Alta heterogeneidad regional:* Existen grandes brechas en los perfiles de morbi - mortalidad.
- ⇒ *Alta incidencia de accidentes:* Aunque son la quinta causa de muerte, constituyen la primer causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos.

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇒ *Alta disponibilidad de recursos físicos humanos y financieros en el sector:* Argentina es el país de América Latina con mayor gasto per capita en salud (\$582) y uno de las más altas participaciones dentro del PBI (7,21%). Además tiene la tercer mayor disponibilidad de médicos por habitante.
- ⇒ *Alta cobertura poblacional:* A pesar de que ha disminuido durante los últimos años debido al desempleo, el 54% de la población cuenta con cobertura de las entidades de seguro, sean estas Obras Sociales o empresas privadas de medicina prepaga.

Debilidades

- ⇒ *Inequidad:* Existe superposición de diferentes esquemas de protección tales como el modelo voluntario de desembolso directo (mayor componente del gasto), el modelo de contrato voluntario (medicina prepaga), el de contrato público (Obras Sociales), y el público integrado (subsector público). Por este motivo se genera una gran diversidad de tipos de cobertura, acceso, y gasto entre diferentes grupos poblacionales.

Políticas de salud

Fortalezas

- ⇒ *Alta inversión sectorial:* Argentina es el país de América Latina con mayor niveles de gasto en salud per capita.
- ⇒ *Compromiso interjurisdiccional:* Salud es competencia compartida por los tres niveles de gobierno.

Debilidades

- ⇒ *Bajo costo-efectividad:* Pocas políticas preventivas y falta de articulación interinstitucional e intersectorial.
- ⇒ *Vulnerabilidad:* El contexto actual en el marco de la desregulación no consigue detener el desempleo médico y quiebra de instituciones.
- ⇒ *Desarticulación:* La ausencia de mecanismos de regulación sobre el mercado de salud dificulta la obtención de resultados y amenaza la eficiencia del sistema.

Bibliografía Consultada

- ABRAMZÓN, M. "Recursos humanos en salud", Mimeo, Argentina.
- ANGELELLI, Pablo; RAPOSO, Martín. "El mercado de la salud en Argentina". *Revista de Economía*. Córdoba. n.74, jul. - sep. 1994, pp. 3-26.
- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro. *Medicina Prepaga*. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Fundación Isalud. Buenos Aires. 1996. Mimeo.
- ARCE, Hugo. Argentina: Diagnóstico Sanitario Sintético. *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. vol. 11, n. 4, jul. - ago. 1988, pp. 102-110.
- GONZÁLEZ GARCÍA Ginés; TOBAR, Federico. *Análisis de los procesos de inversión en atención de la salud: el estudio de caso de la República Argentina*. Buenos Aires. Fundación Isalud. septiembre 1994. 98 p.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & TOBAR, Federico. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Ediciones GEL - ISALUD. 1997.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; Ramos, Silvina, Llovet, J.José Abadie, J.Pablo. *El gasto en salud y medicamentos. Argentina, 1895*. Cedes - Humanitas.1988.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés, RAMOS, Silvina. ABELLA, Alejandro, DIAZ LEGASPE, Alberto; SAVINO, Atilio. *Los sistemas de salud en los países del Mercosur*. Buenos Aires. Fundación Isalud. 1993.Mimeo,
- ISALUD-FESS. *Alternativas para la reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires, Fundación Isalud. 1995,Mimeo.
- KATZ, Jorge (y colaboradores). *El sector salud de la República Argentina*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1993.
- KATZ, Jorge; MUÑOZ, Alberto. *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*. Buenos Aires. CEAL-CEPAL. 1988
- KATZ, Jorge; MUÑOZ, Alberto; TAFANI, Alberto. *OPS Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino*. OPS Publicación, n. 1, 1988.
- LERNER, Laura Susana. *Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de Obras Sociales seleccionadas*. Cuadernos Médico Sociales n° 45:19-32. Rosario.
- MERA, Jorge. *Oferta y utilización de servicios en áreas urbanas*. *Medicina y sociedad*. Vol.1 N°2. mayo -junio de 1978.p 81-5.
- MONTOYA, Silvia. *Reformas al financiamiento del Sistema de Salud*. Córdoba, IEERAL, Julio de 1996.
- OMS.*World Health Statistic Annual*, Ginebra. OMS. 1991.
- OPS - *Condiciones de Salud de las Américas - Edición 1994. Vol II*. Buenos Aires. OISS. 1994.
- PANADEIROS, Mónica. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. *Gasto Público Social: el Sistema de salud*. Buenos Aires, Documento de Trabajo n° 34. 1992 .
- PANADEIROS, Mónica. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. *Organización del Seguro de Salud en Argentina. Análisis y Propuesta de Reforma*. Desarrollo Económico. N° especial vol 36. verano de 1996.
- PULIZZI, María del Carmen; ROMERO LAGO, Pilar; MÜLLER, Mario Rodolfo. *Análisis económico-financiero del sistema nacional de Obras Sociales Buenos Aires*: OPS; diciembre 1985.

- ROSSI, Saúl; ROYER, María Eugenia. *Diagnóstico de la Situación de Salud en la República Argentina a partir del estudio de la mortalidad*. 1994. Grupo de Epidemiología de la Fundación Isalud. 1995. Mimeo.
- TAFANI, Roberto. *Desfinanciamiento y sobreoferta en salud*. Revista de Economía de Córdoba N° 76:225-44. Enero y marzo de 1995.
- TOBAR, Federico. *Modelos de Gestión descentralizada en Hospitales Públicos Argentinos*. AES. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid. 1996
- TOBAR, Federico; TOBAR, Sebastián. "Reingeniería y reforma sanitaria". AES. *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector, V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1997. Páginas:321-339.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Por ser muy fragmentado Argentina es uno de los países donde resulta mas difícil obtener informaciones confiables. Particularmente datos agregados o sobre el subsector privados y el de Obras Sociales. Sin embargo, este relevamiento contó con la ventaja de apoyarse en los resultados de una investigación previa (González García & Tobar, 1997) que había avanzado bastante en la sistematización, depuración y consolidación de datos agregados.

Siglas Utilizadas

ANSSAL: Administración Nacional del Seguro de Salud

CONFELISA: Confederación de Clínicas y Sanatorios

COMRA: Confederación de Médicos de la República Argentina

CORA: Confederación de Odontólogos de la República Argentina

COFA: Confederación de Farmacéuticos de la República Argentina

CUBRA: Confederación de Bioquímicos de la República Argentina

DGI: Dirección General Impositiva.

HPA: Hospital Público de Autogestión.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MCBA: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

ME y OPS: Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación.

MSAS: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SPE: Secretaría de Programación Económica

Brasil*

Características Generales



La República Federal del Brasil es el mayor país de América Latina tanto en términos de población, extensión territorial como por su economía. Sus dimensiones lo hacen muy diferente del resto de los países de la región. Se lo puede considerar en si mismo un continente ya que es el quinto país del mundo en territorio y población y su economía, medida a través del Producto Bruto Interno, ocupa el octavo lugar.

Otra característica particular del país es la extrema desigualdad en la distribución de la riqueza, que también tiene sus consecuencias sobre los resultados sanitarios. De hecho el Informe de Desarrollo Humano de 1992 publicado por el PNUD consignaba al país como el de mayor concentración de renta en el mundo, medido a través del índice de Gini.

Población

Se distinguen cinco regiones: Norte, Noreste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur; cada una de las cuales presenta indicadores económicos, sociales, demográficos y epidemiológicos particulares. La región más poblada es la Sudeste que en el último censo reunía a 42,5% del total, en segundo lugar está el Noreste con 29%, luego el Sur con 15,11%, el Norte con 6,94% y el Centro-Oeste (donde se sitúa la ciudad capital: Brasilia) con 6,45%.

Durante la segunda mitad del siglo XX el país registró una urbanización acelerada. Con el surgimiento de grandes polos industriales se generaron grandes conglomerados urbanos, entre los que se destacan los de San Pablo y Río de Janeiro. En 1996 el 79% de la población habitaba en áreas urbanas. Durante los últimos años se incrementó el flujo migratorio de las áreas rurales hacia las ciudades medianas del interior más que hacia las grandes capitales.

Cuadro1: Brasil: Información general del país

Superficie del país (en km²)

8.511.996

*. Este informe fue elaborado por Federico Tobar en base al relevamiento preliminar desarrollado por Jorge Draghi y Rodolfo Lopes, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

Población total (N° de habitantes)	163.132.000 (1997)
Población urbana (%)	79 (1996)
Población rural (%)	21 (1996)
Población en situación de pobreza (%)	30,2 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	1,24 (1995-2000)
Tasa de desempleo urbano (%)	5,4 (1996)*

Fuente: OMS/OPS (1997), IBGE(1991, 1998).

Brasil se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica. Si entre 1940 y 1960 se registró una explosión demográfica, luego el ritmo de crecimiento se ha desacelerado y esto se expresa en la brusca caída de la tasa de fecundidad de las mujeres en edad reproductiva que hoy se sitúa en 3 hijos por mujer (Rodrigues, 1992). Entre los censos poblacionales de 1980 y 1991 la población creció cerca del 22,8%, lo cual representa 27,2 millones de habitantes y una tasa geométrica anual del orden de 1,89%. Como lo muestra el Cuadro 3 para el quinquenio 1995-2000 se proyecta un crecimiento poblacional del orden de 1,24% anual.

Esta dinámica alteró la pirámide poblacional del país (Cuadro 2) en la cual se observa un incremento de la tercera edad (mayores de sesenta años) cuyo peso relativo sobre el total prácticamente se duplicó durante la segunda mitad del siglo. No obstante, Brasil no ha dejado aún de ser un país joven ya que los menores de 15 años representaban en el Censo de Población y Vivienda de 1991 alrededor del 40% del total de la población.

Cuadro 2: Brasil: Estructura de la población según grupos de edad, 1996

Grupos de Edades	Cantidad	%
menos de 1 año	3.107.290	2
1 a 5	12.516.494	8
6 a 14	33.911.770	22
15 a 39	67.329.044	43
40 a 59	27.395.464	17
60 a 64	3.992.715	3
65 y más	8.396.612	5
Desconocido	411.423	0
Total	157.070.163	100%

Fuente: IBGE, 1998

La población desempleada representó en 1996 el 5,4% de la PEA urbana y registra una tendencia creciente. Sin embargo, el principal problema social del país no reside en el desempleo sino en los bajos niveles salariales. El censo de 1991 registraba que el 45% de la población (64,5 millones de personas) pertenecía a familias cuyos ingresos se situaban por debajo de la línea de pobreza, esto quiere decir ganado hasta medio salario mínimo (de US\$28 a 32 mensuales) per capita (Buss, 1995:64)

Organización política

Brasil es una república federal, constituida por 26 estados, un Distrito Federal y 4.974 municipios. Durante los últimos años se desarrolló un proceso de descentralización política y

fiscal en favor de los municipios. Además de la creación de casi 500 nuevos municipios se incrementó su participación en el total de los recursos públicos y la nueva Constitución Nacional, sancionada en 1988, garantizó sus autonomías. El fortalecimiento de las esferas locales a su vez generó condiciones propicias para la municipalización de las acciones de salud.

Economía

Brasil es la octava economía del mundo con un Producto Interno Bruto que alcanzó los: U\$S688.085 mil millones en 1995 (World Bank, 1997). Esto representa una renta per capita del orden de los 4.400 dólares.

Estado de Salud de la Población

Brasil presentó durante los últimos años una considerable reducción de la mortalidad general y en especial de la mortalidad de menores de cinco años. La mortalidad infantil también registra una evolución en sentido decreciente pero, durante la década del 80 el ritmo de esta disminución se detuvo (Simões, 1992 *apud.* Buss, 1995:69-70). En 1996 la tasa de mortalidad infantil del país se situaba en torno a los 39 por mil nacidos vivos (Cuadro 3) pero, así como ocurre con los demás indicadores socio-sanitarios del país, las diferencias regionales son notables.

De manera similar la esperanza de vida al nacer (Cuadro 3) se incrementó de forma sostenida durante las últimas décadas, pasando de 42,7 años en la década del 40 a 67,1 proyectados para el último lustro del siglo XX. Sin embargo la brecha entre el estado con mayor esperanza de vida al nacer (Río Grande do Sul) y el de menor (Paraíba) llegaba en 1980 a 26,3 años (Buss, 1995: 66).

Cuadro 3: Brasil: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	39 c/ 1000 nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	67,1 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	71,2 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	63,4 años (proyección 1995-2000)

Fuente: OMS/OPS (1997)

En relación a las patologías prevalentes, aunque se han reducido subsisten en Brasil algunas enfermedades infectocontagiosas que en los países del cono sur (con excepción del Paraguay) han sido prácticamente erradicadas. Al mismo tiempo, se registra una expansión de las enfermedades crónico degenerativas y de las causas externas en la estructura de mortalidad, especialmente en el contexto de las grandes ciudades y áreas metropolitanas. Se puede afirmar que en el Sur y Sudeste del país el perfil de mortalidad es bastante similar al de Uruguay y Argentina, mientras que en el Noreste, Norte y Centro-Oeste la situación es muy diferente (Medici, 1997:70).

Las principales causas de muerte son enfermedades del aparato circulatorio, luego siguen las causas externas donde accidentes de tránsito ocupa el primer lugar y luego homicidios son un notable incremento durante los últimos años. En tercer lugar los tumores y luego las enfermedades respiratorias.

Cuadro 4: Brasil: Cinco principales causas de muerte, 1996.

Causa	Nº	%
Enfermedades del aparato circulatorio (CIDVII)	244.605	27,36
Causas externas (CIDXVII)	114.887	12,85
Neoplasmas (CIII)	99.058	11,08
Enfermedades del aparato respiratorio (CIDVIII)	83.330	9,32
Glandulares, endocrinas, nutricionales (CIDIII)	49.310	5,52
Subtotal cinco mayores causas	591.190	66,14
Resto de las causas	302.687	33,86
Total	893.877	100,00

Fuente: SUS. Ministerio da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS(1998).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del sistema de salud

Brasil es uno de los países pioneros en América latina en desarrollar una respuesta social organizada a los problemas de salud de la población. Sin embargo, el desarrollo del sistema siguió diferentes rumbos.

En 1930, con la creación del Ministerio de Educación y Salud y del Departamento Nacional de Salud y Asistencia Médico-Social, se organizaron dos estructuras orientadas a atender las necesidades de atención de la población: la salud pública y el seguro de salud. En los inicios, fue claro el predominio del componente público con un fuerte acento en la medicina preventiva. Ese perfil fue modificándose en dirección al eje curativo, que lo caracteriza en la actualidad.

En la década del '60 se inició un proceso orientado a reforzar la Seguridad Social en el área salud. En 1966 se creó el Instituto Nacional de Previsión Social con el objeto de promover la centralización y uniformidad de los beneficios de este sistema que se encontraba muy fragmentado y brindaba servicios heterogéneos a través de las distintas cajas organizadas por sector de actividad. Los esfuerzos se centraron en la extensión de la cobertura poblacional, apoyándose en la estructura prestacional desarrollada por el Estado.

A partir de la década del '70 se registran diversas iniciativas que buscan la universalización de la cobertura. En 1974 tiene lugar un intento de adaptar las políticas locales para dar respuesta a la necesidad de expandir la cobertura a través de una modalidad asistencial que ofrezca "salud para todos". En esta dirección, se desarrolló el Plan de Pronta Acción (PPA) que universalizó la atención de las urgencias y reorganizó las relaciones de la previsión social con diferentes prestadores a través de distintas formas de pago. Esto provocó un gran crecimiento del sector privado, merced a la creación de un mercado fijo y recursos para su expansión "subsidiada". De esta forma comienza en el país la expansión de la iniciativa privada, tanto de forma directa - configurando un mercado autónomo de bienes y servicios de salud- como a través de la intermediación del sistema previsional - incorporados a la cartilla de prestadores del seguro de salud.

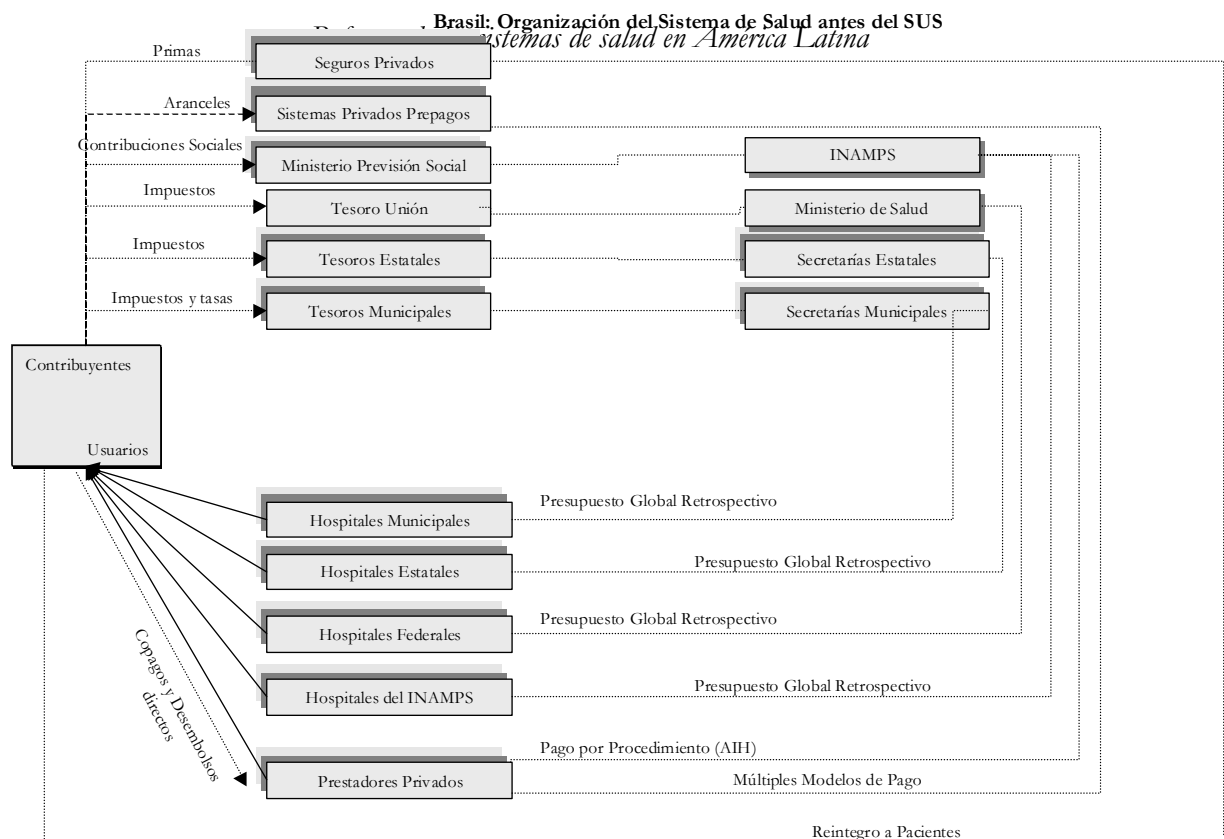
En 1975, mediante la Ley 6229 se establece la separación de las acciones de “salud pública” de las de “atención médica”, reservando las primeras para el sector estatal y las segundas para el sector privado.

En 1977 se creó el Sistema Nacional de Previsión Social (SINPAS) buscando uniformizar los beneficios previsionales. Ese mismo año se creó el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS). El INAMPS cuenta con infraestructura propia (42 hospitales y 562 puestos de salud) y contrata servicios del sector privado conveniado (Castelar, 1993).

Hasta la década del '80 coexistían en el Brasil un sistema público de salud, un seguro social de salud administrado por el INAMPS - Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social- y el subsector privado.

- ⇒ **Subsistema público:** Representado por la red de servicios asistenciales del Ministerio de Salud del gobierno federal, junto a las secretarías de salud de los estados y municipios, donde se ejercía una medicina simplificada dirigida a las poblaciones no integradas económicamente (Buss, 1993:78).
- ⇒ **Subsistema del seguro social de salud:** La Previsión Social contaba con una red propia de prestadores y una extensa red de prestadores privados contratados y conveniados para brindar asistencia a sus beneficiarios.
- ⇒ **Subsistema privado:** Los sistemas privados crecieron favorecidos directa e indirectamente por el fisco. Por un lado, las deficiencias en la cobertura de los demás subsistemas impulsaron la medicina privada. Por otro lado, la previsión social subsidiaba directamente a las empresas que brindaran cobertura médica a sus trabajadores y grupos familiares. El sector privado además se ve favorecido en Brasil porque los contribuyentes, en la categoría de persona física, pueden deducir de sus impuestos de renta los gastos en afiliación a sistemas privados de atención médica.

La organización del sistema de salud en Brasil antes del SUS puede esquematizarse de la siguiente manera:



Durante los años '80 los servicios de salud incorporaron una tendencia hacia la universalización de la clientela y la unificación de las estructuras sanitarias. Un conjunto de programas públicos dan cuenta de estas tendencias, el PIASS (Programa de Interiorização da Assistência à Saúde e saneamento), o PREV-SAÚDE, o PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) e, finalmente o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), precursor del actual SUS y que ya asumía como valores centrales la universalidad, la equidad y la integralidad en las acciones.

En 1985 tomó posesión un gobierno civil elegido por el Congreso Nacional que puso fin al régimen militar que venía dirigiendo el país desde 1964, lo que posibilitó la recuperación de la participación ciudadana democrática en diferentes instancias de la vida nacional.

Es precisamente en la década del '80, especialmente en la segunda mitad, cuando Brasil encaró una profunda reforma del sistema de salud que consistió en la integración de los subsectores público y de la Seguridad Social en un Sistema Único de Salud (SUS) y en el desarrollo de un proceso de descentralización de las decisiones y de la operación de los servicios, lo cual aumentó la autonomía de los estados y municipios.

La dinámica de las políticas de salud en los años '80 se desarrolló a través de crecientes grados de universalización hasta consolidarse, en la Constitución 1988, el principio de la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. El SUS operó la descentralización de prácticamente toda la infraestructura pública y de la seguridad social (INAMPS) hacia los municipios, consolidó un fondo nacional de salud que realiza las transferencias de los recursos a los municipios de acuerdo con un elenco de criterios sanitarios, epidemiológicos y administrativos. Además se instituyen mecanismos participativos y colegiados de gestión a través de la consolidación de los Consejos Municipales y Estatales de Salud, así como de la realización de Conferencias Nacionales de Salud como espacio privilegiado de discusión y deliberación respecto a los lineamientos del sistema.

De forma paralela, durante las dos últimas décadas cobra vigor un sector de medicina privada que ofrece planes prepagos de cobertura y asistencia médica. De esta manera, y como en tantas otras dimensiones, Brasil presenta la paradoja de poseer el más desarrollado sistema nacional y unificado de salud de América Latina (que, salvando las distancias de calidad y accesibilidad, se inspira en los *Welfare States* europeos); junto al más expandido sistema privado de medicina prepaga (que, salvando las distancias de calidad y accesibilidad, se inspira en el mercado de HMO's de los Estados Unidos de Norteamérica), con algunas de las mayores empresas mundiales en el ramo que incluso han abierto filiales en los países limítrofes.

Actores y roles dentro del sistema

El sistema de salud de Brasil, consolidado en los años '80, se compone de dos subsistemas: uno público - el SUS- y un subsector privado de medicina prepaga.

Subsector público

Desde la creación del SUS, el Estado brasileño asume su compromiso de garantizar el acceso integral a los servicios de salud a toda la población. El SUS está basado en dos aspectos operacionales que merecen ser destacados:

- ⇒ La descentralización como gestión única en cada esfera de gobierno, junto con la regionalización de la red y jerarquización de los servicios.
- ⇒ Financiamiento de los servicios de carácter predominantemente público, realizado por medio de impuestos y contribuciones recaudadas por las esferas federal, estatal y municipal. En tanto, la provisión de los mismos es mixta: comprende una red asistencia de establecimientos públicos y privados (Ministerio da Saúde, 1995)

En cuanto integrante de la Seguridad Social, el SUS tiene como principal directriz político - administrativa, la participación comunitaria.

La dirección del SUS es ejercida, en el plano federal, por el Ministerio de Salud y, en los planos de estados y municipios, por las Secretarías de Salud Estatales y Municipales, respectivamente asociadas a las Conferencias y a los Consejos de Salud.

Actores que integran el SUS:

- ⇒ El gobierno federal
- ⇒ Los estados
- ⇒ Los municipios
- ⇒ Los consejos de salud
- ⇒ Los prestadores Públicos
- ⇒ Los prestadores privados contratados
- ⇒ Los usuarios.

Funciones y roles dentro del SUS:

- ⇒ Según la normativa vigente cabe al gobierno federal a través del Ministerio de Salud -MS- desarrollar directamente algunas acciones interestatales en el campo de la salud pública y de la vigilancia sanitaria y epidemiológica; formular el Plan Nacional de Salud que fije las metas a ser alcanzadas en relación a la cobertura, calidad y resolutivez del sistema. Desarrollar el marco normativo así como el sistema de fiscalización, control y evaluación de los servicios, contribuir financieramente con los estados y municipios para que estos consigan alcanzar las metas del Plan Nacional de

Salud estableciendo los criterios adecuados para la asignación de los recursos (Medici, 1994:167-8).

- ⇨ Los estados deben ejecutar las acciones de salud del ámbito supramunicipal no solo en lo que se refiere a la salud pública y vigilancia epidemiológica, sino también a la organización de insumos básicos como medicamentos, sangre y hemoderivados y mantener centros de referencia que podrán ser utilizados por diversos municipios. Desde el punto de vista normativo es función de los estados organizar las bases del sistema estatal de salud, definiendo criterios para creación de consorcios intermunicipales y distritos sanitarios, establecer normas de utilización y calidad de los servicios de salud que incorporen los requisitos establecidos por la normativa federal. En lo que se refiere al financiamiento, cabe a los estados transferir los recursos a los niveles municipales, definir sus propios criterios de distribución (Medici, 1994:168).
- ⇨ Los municipios constituyen unidades básicas de gestión y provisión de servicios de salud, definiendo formas de gestión. Es responsable por manejar las relaciones entre el sector público y los prestadores privados contratados de la forma más adecuada para las condiciones locales. El municipio es quien contrata y paga por los servicios (Medici, 1994:168).
- ⇨ En Brasil existe un Consejo Nacional de Salud responsable por el ejercicio del control social del SUS y los consejos de salud de los estados y municipios que constituyen órganos que actúan no solo en la definición y elección de las estrategias de gestión de los servicios, sino también en la fiscalización, control y solución de los problemas reclamados por la población. Desempeñan, por lo tanto, funciones de auditoría y un servicio de ombudsman del sistema (Medici, 1994:168 y 1997:145).
- ⇨ Los servicios públicos de salud pasaron casi integralmente a la esfera municipal. Según su estructura jurídica pueden ser empresas públicas autárquicas, fundaciones o establecimientos de administración directa. Sin embargo en la práctica actúan como vendedores de servicios a los municipios ya que aunque cuentan con un presupuesto propio, destinado especialmente para financiar el personal, cobran al municipio por cada procedimiento realizado a la población. El instrumento de pago se denomina AIH- autorizaciones de Internación Hospitalaria y constituye la versión brasileña de los DRG -*Diagnoses Related Group*- (Porto & Dupont, 1993:123).
- ⇨ Los servicios privados contratados son remunerados por la AIH. Los valores pagos por cada procedimiento son establecidos desde el nivel central. Los municipios fijan techos de autorizaciones de internación hospitalaria para los hospitales públicos y privados del municipio.
- ⇨ Los usuarios del sistema son todos los brasileños. Sin embargo existen barreras en el acceso. Se ha estimado que un 20% de la población no cuenta con ninguna cobertura de salud (Castellar, 1993:40)

Subsector privado

Denominamos aquí subsector privado -subsistema de atenção médica supletiva- al subsistema de financiación y provisión de servicios al cual la población subscribe contratando un plan de cobertura médica con una empresa. De esta manera los actores involucrados en el subsector son:

- ⇨ **Empresas:** Se distinguen cinco modalidades diferentes de empresas privadas de asistencia médica en Brasil (Medici, 1992): empresas de medicina de grupo, sistemas propios, seguros de salud, cooperativas médicas y planes de administración.

4. **Empresas de medicina de grupo:** Es la mayor de las modalidades privadas de asistencia médica, brinda cobertura a aproximadamente 15 millones de personas (Buss, 1993:83). Es el modelo más similar a las HMO's americanas. En algunos casos las empresas hacen un convenio con los planes de medicina de grupo para brindar protección médica a sus empleados, en otros los individuos contratan directamente su protección. Entre las características que destacan a este segmento de actividad se puede destacar: la financiación a través del prepago de una mensualidad, la existencia de carencias en la cobertura, la adhesión automática o voluntaria (de acuerdo con si se trata de un plan institucional o individual).
 5. **Sistemas propios:** Sistemas propios configurados por empresas que, a partir de sistemas de postpago, administran ellas mismas o contratan terceros para administrar planes de salud para sus miembros. Estas empresas presentan distintos modos de estructuración, entre los cuales se incluyen:
 - Autogestión de compra de servicios (modalidad hegemónica).
 - Producción propia de servicios
 - Servicios comunes para grupos de empresas, en aquellas que tienen un número reducido de personal.
 - Auto - seguro de salud, en empresas que organizan su propio sistema de seguro de salud.
 6. **Seguros de salud:** Seguros de salud en sentido estricto: intermediación financiera de una entidad aseguradora que cubre o reembolsa gastos de atención médica de acuerdo con condiciones establecidas en los contratos. Cabe señalar que esta modalidad está subsidiada indirectamente por el Estado, ya que los importes gastados pueden ser descontados del impuesto a la renta de las personas físicas.
 7. **Cooperativas médicas:** donde los médicos son al mismo tiempo socios y prestadores de servicios, recibiendo pago por capitación.
 8. **Planes de administración:** Se denomina así a los administradores de redes o *brokers* que gerencian contratos. Este tipo de intermediación puede asumir o no riesgos. Es decir en unos casos los planes de administración cobran un valor capitado a sus clientes (empresas contratantes) y remuneran según prestación (o un instrumento de pago desagregado) a los proveedores, de esta forma absorben parte de los riesgos que involucra la cobertura médica. En otros casos su servicio se limita a consolidar en una factura única el monto total de los servicios prestados -a los afiliados de la empresa contratante) por todos los proveedores que integran la red.
- ⇒ **Prestadores:** Los servicios privados de salud que no integran el mix prestador público privado del SUS fueron en 1991 responsables por el 25% de las internaciones del país brindando respuesta a las demandas de aproximadamente 22% de la población (Buss, 1993:83). Estos servicios establecen diferentes modelos de contratos con las empresas de medicina privada.
- ⇒ **Usuarios:** Quienes pagan mensualmente una cuota por su cobertura médica. Pertenecen a las franjas de mayores ingresos principalmente en los grandes centros urbanos. En algunos casos las empresas empleadoras pagan total o parcialmente su cobertura médica, en otros las personas contratan de forma individual su protección médica. El total de usuarios del sistema privado ha sido estimado en 35 millones, lo cual representaba del 22% de la población del país en 1991 (Buss, 1993:84)

Financiamiento

Al crear el SUS, la Constitución Brasileña definió que este sistema sería financiado por “recursos del presupuesto de la Seguridad Social, de la Unión (gobierno federal), de los Estados,

del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”(Art, 198) (González García, 1992). Las acciones de salud son competencia común del Estado Federal (União), Estados y Municipios. En relación al Gobierno Federal, la Constitución del Brasil de 1988 establece el Presupuesto de la Seguridad Social (OSS) como fuente de financiamiento de las acciones del Estado en el ámbito Previsional, de salud, asistencia social y amparo del trabajador. A partir de 1990 el OSS se constituyó en la única fuente de financiamiento de la salud. Este presupuesto está integrado por las siguientes fuentes:

- ⇒ Contribuciones patronales (10% de la nómina, sin techo)
- ⇒ Aportes de los empleados (varía del 8% al 10% con techo de hasta 10 salarios)
- ⇒ Contribuciones dobles (optativa y asociada a beneficios especiales, del 13,5% al 20% del salario)
- ⇒ Otras contribuciones (sobre espectáculos deportivos, combustibles, etc.).
- ⇒ Posteriormente se incorporó una contribución sobre movimientos financieros que grava con un 0,025% todas las operaciones bancarias.

En relación a los aportes de Estados y Municipios cabe resaltar que se trata de recursos presupuestarios. Cada gobierno puede tener relativa autonomía para gastar la porción de su presupuesto que considere adecuada en salud. En ambos casos (Estados y Municipios) existen tributos coparticipados, pero además Brasil es uno de los países con mayor descentralización tributaria en el mundo (36% de la recaudación impositiva pertenece a los gobiernos locales).

Oferta de Servicios

Cuadro 5: Brasil: Oferta de servicios por subsector

	Público	Privado	Total
Establecimientos	22.706	12.125	34.831
Hospitales*	1.889	5.238	7.127
Sin internación*	20.817	6.887	27.704
Camas*	119.743	403.152	522.895
Recursos humanos**			2.500.000
Médicos x 10.000 hab**			14,68
Enfermeras x 10.000 hab***			4,2
Odontólogos x 10.000 hab***			8,8

Fuente: * Anuario Estadístico do Brasil, 1991. **Buss, 1993. ***Ministerio da Saúde (1995).

Observación: Según DATA SUS en Diciembre de 1997 había 6.407 establecimientos hospitalarios en el SUS que totalizaban 496.260 camas.

Demanda

Cuadro 6: Brasil: Demanda de servicios por subsector, 1989

	Total SUS 1997 (*)	Público 1997(*)	Privado contratado por el SUS 1997 (*)	Privado autónomo 1993 (**)	Total
Consultas anuales per capita	318961536	253096471	65865065	53.828.977	287.855.492
Egresos anuales per capita	11.768.599	4.102.182	7.666.417	4.486.287	18.484.908
Tiempo medio de internación	6.4	Entre 4 y 7.5	Entre 3.3 y 7.7	Sin Datos	

Fuente: (*) Elaborado en base a datos de Egresos del SUS. Ministerio da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS (1998) . (**) en base a Buss, 1993.

Cobertura

La cobertura del subsector público es universal, por lo dispuesto en la Constitución Federal y Ley Orgánica de Salud (8.080/90). Su uso se produce en los servicios básicos y de atención primaria. (OISS, 1994).

También existe el subsistema privado llamado “medicina supletiva” que cubre entre un 20% y un 25% de la población. Esto representa alrededor de 35 millones de personas.

Por último se considera que un importante número de personas no cuenta con acceso real al sistema. Existen diversas estimaciones sobre las dimensiones de esta franja de población excluida del sistema, Possas (1993) citada por Castellar (1993:40), afirma que se trata del 20% de la población; Medici (1997:75) afirma que está entre 10% y 15% pero puede estar subestimada.

Gasto

El cuadro 7 presenta el gasto en salud del Brasil discriminándolo en las categorías mencionadas, debe destacarse que tanto en términos de porcentaje del PBI como en valores per capita el gasto en salud del Brasil es excesivamente bajo. El principal componente de este gasto es público y dentro del mismo el mayor gasto es federal.

Cuadro 7: Brasil: Gasto total en salud, 1989 y 1995

Gastos	1990 ^a			1995 ^b		
	Absoluto ¹	% del PBI	Per capita	Absoluto ²	% del PBI	Per capita
Público	14,54	3,26	101,39	16,70	2,32	112,07
Federal	11,26	2,52	78,37	12,52		80,81
Estados	1,69	0,38	11,82			
Municipios	1,59	0,36	11,2			

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

Privado	5,66	1,4.	39,43	10,00	1,39	256,41
Desembolso Directo	1,94	0,48	13,52			
Autónomo	3,72	0,92	25,91			
Total	20,2	4,66	140,82	26,70	3,71	172,27

Fuente: a) Médici, 1994. Zaccarelli Davoli 1998.

Observación: Según Medici (1997:75) en 1990 el gasto total del país en salud fue de US\$ 33.400 millones. Según OMS/OPS (1997) en 1994 el gasto nacional en salud representó 7.4% del PBI que corresponde a US\$ 258 per capita. Según Zaccarelli Davoli (1998:32) las estimaciones del gasto privado admiten un alto margen de variación oscilando entre U\$S 10 y U\$S 14 mil millones. Por lo cual el gasto total podría ascender a 30.698

1. Valores en miles de millones de dólares de diciembre de 1990.

2. Valores corrientes, montos estimados.

Aunque las fuentes de información para 1990 y 1995 no son las mismas, se puede observar una tendencia expansiva del gasto total que registró un incremento del orden del 32%, aunque este incremento es menor (22%) cuando se lo refiere a valores capita e incluso el gasto en salud pierde peso (-20%) en su participación dentro del ingreso nacional.

Modalidades de Contratación y Pago

El SUS estableció en 1991 un instrumento para fijar los recursos para financiar los servicios ambulatorios correspondientes para cada estado del país, el cual se denominó Unidad de Cobertura Ambulatoria -UCA. La UCA funciona como un valor capita. Para determinar los recursos a ser transferidos cada año a los estados se multiplica el valor de la UCA correspondiente por el tamaño de la población.

Los estados reciben los valores así calculado en cuotas mensuales. Con ese dinero se pagan las consultas ambulatorias producidas por los servicios públicos y privados contratados, las cuales son registradas en el Sistema de Informaciones Ambulatorias del SUS (SIA/SUS). Una vez pagadas estas consultas cada estado divide los recursos remanentes en dos partes. El 30% permanece en el gobierno del estado en concepto de gastos administrativos y el 70% de los recursos restantes es distribuido -coparticipado- entre los municipios según criterios poblacionales.

Los sistemas privados utilizan diferentes modalidades de contratación de sus proveedores que van desde las formas más desagregadas como el pago por prestación hasta las más agregadas como la capita.

¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación?

El SUS extendió a los prestadores públicos las Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIH) que se utilizaban desde 1982 para remunerar a los prestadores privados contratados por la institución que administraba el anterior seguro social de salud del país (INAMPS). Las AIH's remuneran a los prestadores según un criterio basado en el diagnóstico -de forma similar a los DRG's-. A cada estado y municipio se le asigna una techo anual de AIH's que se calcula considerando que la proporción de habitantes que cada año es internada es de aproximadamente 0,1. Este techo fija la cantidad de procedimiento pero no limita la cantidad de recursos financieros.

Los secretarios estatales y municipales de salud son responsables de distribuir las cuotas de AIH's correspondientes entre los prestadores propios y contratados. Sin embargo, los pagos a los prestadores son realizados a través de depósitos que el gobierno federal hace directamente en las cuentas bancarias de los hospitales.

En el sector privado que no depende del SUS se utilizan diferentes modalidades de contratación de sus proveedores que van desde las formas más desagregadas como el pago por prestación hasta las más agregadas como la capita.

¿Existen copagos o coseguros?, ¿qué participación tiene el usuario?

Por definición los servicios de salud son de acceso universal y gratuito. Sin embargo, estudios recientes han señalado el significativo peso de los desembolsos directos sobre el financiamiento de la salud: “..como los recursos resultan escasos, buena parte de la población de bajos ingresos debe pagar adicionales por los servicios públicos y privados que utilice” (Medici, 1997:118). Un análisis de la encuesta de gasto de las familias (POF - Pesquisa de Orçamento das Familias) desarrollada en 1988 verificó que:

“En 1988, el gasto público en salud de las tres esferas de gobierno (Federal, de los estados y municipios, convertido a la misma base (dólares de 1996) alcanzaba los US\$19,4 mil millones. Tal valor dividido por los 138 millones de habitantes existentes en esa época, no llegaba a los US\$140,00 comparados a los US\$250,00 per capita desembolsados por las familias” (Medici, 1997:120).

Cabe, no obstante, señalar que en esos US\$250 que gastaba la población muestreada están incluidos los gastos de las personas en mensualidades de planes de salud que representan un 12% del total o sea unos US\$30 per capita. La financiación del sistema privado se reparte entre el desembolso directo de las familias y el de las empresas que brindan cobertura médica a los trabajadores y sus grupos familiares.

Reforma del Sistema

La reforma del sistema salud brasileño lo ha llevado de un modelo *bismarkiano* a un modelo *welfariano*. Esto es, había un sistema de seguro social en el cual, como en el caso de las Obras Sociales Argentinas, el derecho a la salud está vinculado a la condición de actividad laboral y existen entidades prestatarias responsables por garantizar la cobertura de salud a la población trabajadora. Se pasó ahora a un Sistema Nacional de Salud en los moldes del sistema británico (que en el caso de Brasil ha sido denominado Sistema Único de Salud - SUS), donde todo el mundo tiene derecho a la salud independientemente de su condición de actividad y si contribuye o no al sistema (Tobar, 1995b).

La Reforma Sanitaria se ha enmarcado dentro de los siguientes principios:

- ⇒ Cobertura universal, es decir atención integral gratuita y equitativa.
- ⇒ Descentralización de los servicios a los municipios.
- ⇒ Unificación de comando de modo de obtener la máxima amplitud de control y reduciendo las competencias o atribuciones concurrentes y jerarquizando las acciones.
- ⇒ Financiamiento de las acciones a través del subsidio a la demanda de modo que se integró a parte del sector privado como proveedor de servicios.
- ⇒ Participación y control social a través de los Consejos de Salud.

La reforma de 1991 planteó la reorganización administrativa del sistema y separó el área médica del resto de las áreas de este sistema. El área médica quedó integrada al Ministerio de Salud, en tanto el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social concentró los organismos de la previsión. (OISS, 1994).

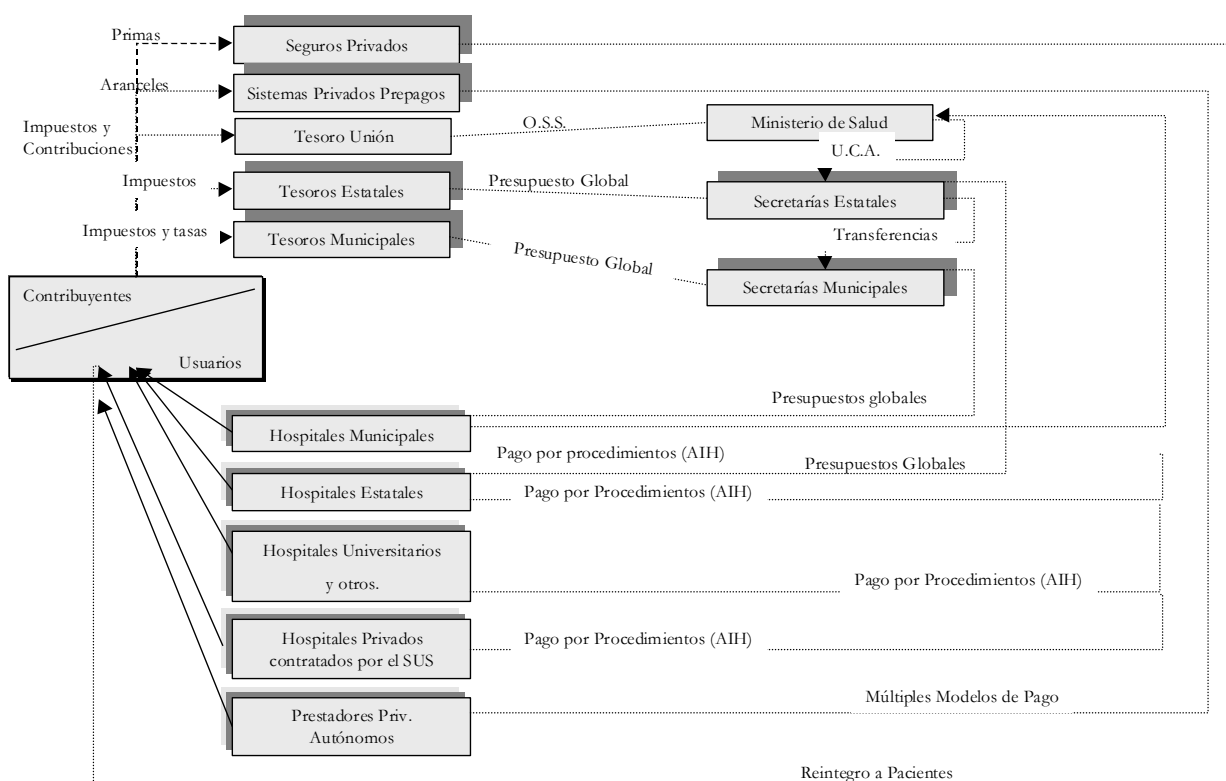
Estructura y Funcionamiento del Sector Salud en función de la Reforma

El resultado esperado de la reforma y el establecimiento de un sistema de salud único, capaz de proveer atención universal, integrada y ecuánime.

Si bien el proceso de reforma ya lleva más de una década, ese resultado todavía no fue totalmente alcanzado. No obstante, los cambios vividos en el sector no pueden ser considerados coyunturales. En este sentido, los principales cambios estructurales pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

- ⇒ Instalación de un proceso permanente de cambio cultural, insertado en un proceso de valorización y actuación ciudadana.
- ⇒ La consolidación de un subsistema público nacional, en el que las tres esferas de poder actúan de modo complementario y armónico y que dispongan permanente y actualizadamente de los instrumentos de poder necesarios para ejercer correctamente sus actividades.
- ⇒ La organización de un subsistema asistencia privado, debidamente regulado.
- ⇒ El funcionamiento competitivo de los dos subsistemas público y privado.

Diagrama 2: Brasil: Organización del Sistema de Salud en los '90



Debilidades y Fortalezas

De los éxitos y fracasos de la reforma del sistema brasileño pueden extraerse las siguientes conclusiones:

Situación de Salud de la población

Fortalezas

- ⇒ **La situación de salud viene mejorando de forma sostenida:** Así lo evidencian todos los indicadores epidemiológicos del país.

Debilidades

- ⇒ **Indicadores desiguales propios del subdesarrollo:** Coexisten grupos poblacionales con perfiles de morbimortalidad similares a los de países desarrollados con otros que presentan indicadores propios del tercer mundo.
- ⇒ **Alta vulnerabilidad social:** Aún cuando la ingeniería de la reforma sectorial haya contemplado un amplio conjunto de variables técnicas, el impacto de la misma se ve condicionado por un conjunto de aspectos de índole política. Los bajos niveles de vida y, en consecuencia, los deteriorados estándares de salud de la población, conjuntamente con la altamente regresiva política tributaria y los insuficientes mecanismos de redistribución de la renta; se transforman en los puntos débiles de la reforma. Como lo advirtiera el Ministro de la Reforma del Estado del vecino país:

“La gran mayoría de la población brasileña continúa, entretanto, dependiendo del SUS, el cual carente de recursos y además con un sistema administrativo indefinido, no cumple con los objetivos para el cual fue creado. En la práctica, no es universal, ni garante la equidad, su descentralización es demasiado limitada y no ha logrado eliminar completamente las competencias concurrentes de la hospitalización, a expensas del tratamiento ambulatorio, el cual es menos costoso y más eficiente” (Bresser Pereira, 1995).

Políticas de salud

Fortalezas

- ⇒ **Descentralización:** La descentralización ha sido una de las características operativas más notables del proceso de reforma que se ha venido desarrollando desde la década del '80 a través de diversas formas y estrategias. Las directrices del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), iniciado en 1987, incluían la universalización y la equidad en el acceso a los servicios de salud, la integralidad de los cuidados asistenciales, la regionalización y jerarquización de los servicios, la descentralización de la gestión, la implementación de distritos sanitarios y, el desenvolvimiento de instituciones responsables de una política de recursos humanos. En aquel entonces, recayó sobre el INAMPS el mayor efecto de la descentralización, una vez que, al prescindir de su situación a nivel estatal, delegó a las Secretarías Estatales de Salud gran parte de su poder de decisión, transfiriendo a esas instituciones la gestión de sus unidades asistenciales. Posteriormente se definió al municipio como unidad operativa y gestora del SUS y se transfirieron a ellos la mayor parte de los establecimientos públicos y de la seguridad social. También se proclamó la gradualidad como principio operativo de forma que se contemplaron diferentes estadios o fases en la municipalización de los servicios.

- ⇒ **Participación social:** Brasil es quizás el mejor ejemplo en América Latina de cómo la Salud puede contribuir a la democratización del Estado y la sociedad. El proceso de reforma sectorial fue impulsado por un verdadero movimiento social que a su vez funcionó como un espacio de resistencia al régimen militar. En la actualidad funcionan consejos municipales, estatales y un Consejo Nacional de Salud. Además Brasil ya realizó nueve conferencias nacionales de salud con intensa participación de todos los actores sociales y políticos.
- ⇒ **El carácter estratégico del sistema de informaciones:** Para lograr la viabilidad de la reforma el propio gobierno ha considerado esencial (a) utilizar las existencias de informaciones gerenciales disponibles en el DATASUS y (b) aprovechar las enormes facilidades de control y comunicación de los datos proporcionados por los recientes desarrollos en la informática (Bresser Pereira, 1995).
- ⇒ **Aumento de la eficiencia:** El modelo de subsidio de la demanda y la transformación de los hospitales públicos en “Organizaciones Sociales” reguladas, por el Estado a través de un contrato de resultados y por el mercado dentro del cual competirán entre sí y con el sector privado en precios y calidad (Hamilton, 1997)

Debilidades

- ⇒ **Brechas entre la formulación y la implementación:** Por otro lado, se puede advertir un proceso de marchas y contramarchas en la reforma sanitaria brasileña de modo que muchas veces la enunciación de las medidas se alejó de los resultados de su implementación efectiva (Tobar, 1995).

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇒ **Expansión de la cobertura:** El camino de la reforma universalista seguido por Brasil fue consagrado por la Nueva Constitución (1988) que asume la salud como derecho de todos y deber del Estado. Aunque diversos autores estiman que existen aún brechas y dificultades en el acceso para aproximadamente un 20% de la población, la expansión lograda a través del SUS es notable.
- ⇒ **Avances en la equidad:** La conquista de la equidad es la mayor de las luchas sociales y, por lo tanto, también sanitaria. En ese carácter constituye una bandera permanente. Brasil ha conseguido notables avances a través de la reforma al definir equidad en el acceso (al menos así lo expresa su Constitución), integralidad en la cobertura y, finalmente, al desarrollar modelos objetivos de transferencia y asignación de los recursos financieros para salud.
- ⇒ **Unificación de fondos:** La creación de un Fondo Nacional de Salud genera la posibilidad de contar con recursos desde el nivel central para poder regular la prestación e incentivar conductas. La descentralización como motor de la reforma es un proceso continuo que presenta la ventaja de aportar una mayor amplitud de control. Para ello es necesario articular la unidad de comando, es decir que existan criterios únicos y homogéneos en la toma de decisiones. Cuando la reforma busca incorporar conductas de gestión y prestación eficientes, es necesario disponer de incentivos. El modelo brasileño se hizo factible en la medida en que se establecía un trueque de dinero contra el cumplimiento de normas. Así, el gobierno federal transfiere recur-

sos y confiere más autonomía en la medida en que los estados provinciales y los municipios avanzan en el cumplimiento de una serie de requisitos de gestión.

- ⇒ **La asignación de recursos a través del subsidio a la demanda:** Este es uno de los ejes que posibilitó la implantación del Sistema Único de Salud brasileño. La misma permitió hacer que la descentralización sea mucho más rápida y efectiva al concentrar la atención sobre la demanda o, en otros términos, la compra de servicios de salud hospitalarios por parte del Estado, a nombre de la población. Al mismo tiempo, el subsidio a la demanda se convierte en una útil herramienta para modelar conductas permitiendo incentivar la competencia, la calidad y la productividad. La oferta de servicios hospitalarios es estimulada y parcialmente controlada a través de la demanda. La separación de oferta y demanda adquiere tanta importancia dentro del modelo brasileño de Reforma que el Gobierno del Presidente Fernando Henrique Cardoso incorpora una política de reafirmación del SUS basada en la creación de un Sistema Nacional de Demanda en Salud encargado de nuclear, habilitar y regular a todos los prestadores públicos, privados y filantrópicos que integran el SUS.
- ⇒ **La diversificación de las fuentes de financiación:** Los sistemas que tuvieron su origen en el modelo *bismarckiano*, como es el caso del brasileño, tienden a resultar muy dependientes de las contribuciones sociales como fuente de financiación de las acciones de salud. El SUS consiguió avanzar en la búsqueda de soluciones a este problema. En primer lugar con la incorporación del presupuesto de la seguridad social (OSS), y en segundo lugar con la incorporación de fuentes contracíclicas de financiación como es el caso de la contribución basada en las operaciones bancarias.

Debilidades

Existe una vasta literatura que evalúa los resultados y obstáculos enfrentados por SUS. Según el Ministerio de Salud de ese país (1995) los principales problemas identificados del Sistema de Salud brasileño son:

- ⇒ **Insuficiencia de recursos financieros para el SUS**
- ⇒ **Precariedad física de la red de servicios de salud**
- ⇒ **Carencia de mecanismos e instrumentos para la regulación y promoción de la calidad de los servicios**
- ⇒ **Falta de transparencia en las atribuciones específicas de cada una de las tres esferas de gobierno, en relación a las diversas líneas sectoriales de acción.**
- ⇒ **Inequidad en la distribución de los servicios, con grandes diferencias regionales**

A su vez André Medici (1997:85-6) señala los siguientes como los grandes problemas estructurales del sistema de salud en Brasil:

- ⇒ **Marco Jurídico e institucional inapropiado.** Al ser único para todas las esferas locales representa un obstáculo a la innovación;
- ⇒ La **inexistencia de una regulación común** para el sector público y privado,
- ⇒ La **dificultad de establecer prioridades** para el sistema de salud que se reflejen en procedimientos esenciales para la salud de la población,
- ⇒ La **inexistencia de formas de copago y recuperación de costos** que permitan focalizar los recursos disponibles en el sistema hacia las poblaciones más carentes;

- ⇒ La **inexistencia de sistemas de información y control de costos**, asociados a patrones de utilización de servicios que permitan administrar mejor el presupuesto de los ministerios y secretarías de salud de los estados y municipios;
- ⇒ La **inexistencia de sistemas de monitoreo de la calidad** de los insumos y servicios de salud, permitiendo que hospitales de baja calidad continúen representando una amenaza a la salud de la población.

Otros autores agregan los siguientes aspectos:

- ⇒ A pesar de la ampliación legal o nominal de la cobertura, **la baja accesibilidad** actúa como un fuerte condicionante para los sectores más carenciados de la población. La principal debilidad de los sistemas de salud en América latina es su baja cobertura poblacional. Esto diferencia la problemática de la reforma sanitaria en nuestros países con la de los países europeos. En la medida en que no se consiga extiende la cobertura resultará imposible alcanzar la equidad tanto en el financiamiento como en el acceso.
- ⇒ **La superposición de funciones** entre jurisdicciones genera dificultades. Mientras el cuidado de la salud en todas sus formas, promoción, prevención atención, rehabilitación, etc., continúe siendo una atribución o competencia concurrente para municipios, provincias y Nación; será difícil articular las acciones e inversiones de manera eficiente. “Las distintas realidades, culturas y formas de organización social existentes en cada estado muestran claramente que la idea de un sistema único de salud es incompatible con un país social y políticamente estructurado como una federación (Medici, 1997:85-6).
- ⇒ **La dificultad para contener costos**. Las políticas de reducción del gasto público adoptadas como respuesta a las diversas crisis económicas que ha atravesado el país, han afectado de forma general los programas sociales y en particular los del área de la salud, trayendo consigo un crecimiento drástico y persistente en el aporte real de recursos financieros para el sector (Bresser Pereira, 1995). La tendencia mundial al incremento de los costos de atención a la salud se superpone con esta crisis endógena. En el caso brasileño la vulnerabilidad se agrava por la fuerte dependencia del estado con respecto al sector privado para garantizar la provisión de los servicios médicos. De esta manera, los valores pagos al sector privado contratado van quedando desactualizados en virtud de la escalada inflacionaria simultáneamente, no se incluyen los nuevos procedimientos médicos y medicamentos. Esto generó el pago de precios sumamente bajos a los hospitales e igualmente en los honorarios médicos. La respuesta de los hospitales privados se tradujo en un aumento de los fraudes y un deterioro de la calidad de los servicios (World Bank, 1994).

Bibliografía Consultada

- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. "Reforma Administrativa del Sistema de Salud". trabajo presentado en el Coloquio Técnico: Reforma de la Organización y gestión de los servicios Nacionales de Salud: su Transferencia y Descentralización a Organizaciones del Sector Público Estatal y No Estatal. Buenos Aires, Octubre de 1995.
- BUSS, Paulo. (1995). "Saúde e desigualdade: o caso do Brasil". En: BUSS, Paulo Marchiori y LABRA, Maria Eliana: Sistemas de Saúde, continuidades e mudanças. Editora Hucitec -Editora Fiocruz. São Paulo-Rio de Janeiro. Páginas 61-102.
- CASTELAR, Rosa María (1993). "O hospital no Brasil". CASTELAR,R.M; MORDELET,P;GRABOIS,V.(Editores). Gestão Hospitalar um desafio para o hospital brasileiro. Rennes. ENSP Éditieur. Páginas 29-49.
- DATASUS. (1998). *Home page* en internet: www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe/sim/dxbr.def.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés (Coord) (1992), "Sistemas de Salud de los Países del Mercosur. Su organización, financiamiento e incidencia en los costos laborales", Programa PNUD Arg/87/014, Buenos Aires
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. (Coord.) (1994), "Los Sistemas de Atención Sanitaria de la Seguridad Social en Algunos Países Seleccionados de América Latina", en González García (Coord) (1995): Metodología para el Análisis Comparativo de los Sistemas de Atención Sanitaria de Seguridad Social de América Latina, OISS
- GOVERNO DO BRASIL - MINISTERIO DA SAÚDE (1995), "Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil", presentado en la reunión especial sobre Reforma Sectorial en Salud organizada por OPS, BID y Banco Mundial.
- HAMILTON, Mario. "A reforma do Setor Saúde" Conselho Federal de Medicina –Brasilia. 1997.
- IBGE. *Anuario Estatístico do Brasil*. Brasilia. 1991
- IBGE. *Home page* en internet: WWW.ibge.gov.br/informacoes/censo96/defdpe/caract/Brtab112/02/98 (1998).
- MEDICI, André Cezar (1992). "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil", en: Revista de Administração Pública 2 (92). Páginas 79-115. Abril -junio.
- MEDICI, André Cezar (1994). Economía e Financiamento do Setor Saúde no Brasil. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.Universidade de São Paulo.
- MEDICI, André Cezar (1997). A Economía Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre. IAHCS.
- MENDES, Eugenio Vilaça (1992), "As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitaria e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. Mimeo.
- OMS/OPS (1997), "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos". Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.
- OPS (1990), "Condiciones de Salud en las Américas. - Brasil. Washington DC.OPS.
- PNUD (1992) Desarrollo Humano: informe 1992. Bogotá. Tercer Mundo-Programa de naciones Unidas Para el desarrollo.
- PORTO, Sílvia & DUPONT, Jean Paul. "O financiamento". CASTELAR,R.M; MORDELET,P;GRABOIS,V.(Editores). Gestão Hospitalar um desafio para o hospital brasileiro. Rennes. ENSP Éditieur. Páginas 29-49. Páginas 121-30.
- POSSAS, Cristina (1993). "Fiscal Crisis and Health Policy Strategies: Challenges to Health Reform in Brazil". Boston. Mimeo.
- RODRIGUES, Roberto do Nascimento. (1992). "O Brasil rumo a um novo padrão demográfico".en LEAL, M; SABROZA, P; RODRIGUEZ, R; BUSS, P. (Editores). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento.Vol 1. Editora Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro. Páginas 117-26.
- SIMÕES, C.C.S. (1992). "O estudo dos diferenciais na mortalidade infantil segundo algumas características sócio-econômicas". In IBGE/UNICEF/INAM. Perfil estatístico de crianças e mães no brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro. IBGE.
- SOUZA.P.M & VIANNA.S.M 1993.Investimentos em saúde e ambiente no Brasil. PIAS- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1994.

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

- TOBAR, Federico (1995). Descentralização e financiamento dos serviços de saúde no Brasil. Tesis de Maestría presentada ante la Escola Brasileira de Administração Pública. Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro Brasil.
- TOBAR, Federico (1995b). "La reforma del sistema de salud brasileño y sus lecciones para la Argentina" Serie Documentos de trabajo n° 3. Fundación Isalud. Diciembre de 1995. Buenos Aires.
- WORLD BANK (1997), Select World Development Indicators, The Bank for Reconstruction and Development, World Bank. Washington.D.C.
- WORLD BANK. The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s. Washington: Banco Mundial, informe N° 1.2665-BR, junio de 1994.
- ZACCARELLI DAVOLI, Mónica. "The Process of Brazilian Health reform and the Challenges Ahead". *Eurohealth* vol 4 n° 1. Winter 1997/1998:31-3.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Brasil es uno de los países de Latinoamérica con mayor disponibilidad de bases de datos, en especial en lo que se refiere a población y economía, y de que el hecho de su sistema de salud ser predominantemente financiado con recursos públicos facilita la obtención de información relativa al financiamiento y gasto. Sin embargo, la literatura consultada señala las debilidades de algunas informaciones. Se estima en el orden del 20% el subregistro de los óbitos y en casi el 30% el subregistro de los nacimientos (OPS, 1990 *apud*. Buss, 1995:66)

Los datos sobre morbilidad son aún más escasos e inconsistentes, las informaciones se reducen a las altas hospitalarias pagadas por el Sistema Único de Salud.

En una publicación de 1995, Paulo Buss afirma que le fue imposible contar con tasas de mortalidad específica por causa y edad debido a la indisponibilidad, hasta ese momento de informaciones detalladas sobre la población del Censo de 1991 (Buss, 1995:69)

Tal vez el aspecto donde la información del Brasil presenta mayores dificultades es en los datos relativos al gasto en salud. Sin dudas la existencia de un sistema único con financiación pública facilita la recolección de información ya que en todos los países lo más difícil es siempre consolidar y validar informaciones referentes al gasto privado. Sin embargo, Brasil no resulta invulnerable a esta problemática. En un estudio reciente André Medici (1997) plantea que el desembolso directo de las familias puede ser aún superior al del SUS. No abundan los estudios sobre el gasto en salud y los datos presentados en diversas fuentes resultan discordantes.

Siglas Utilizadas

AIH: Autorização de Internação Hospitalar (Autorización de Internación Hospitalaria).

INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social.

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social (Instituto Nacional de Previsión Social).

PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde (Programa de Acciones Integradas de Salud).

PIASS: Programa de Interiorização da Assistência à Saúde e Saneamento (Programa de Interiorización de la Asistencia en Salud y Saneamiento).

PPA: Plano de Pronto Ação (Plan de Pronto Acción).

PREV-SAÚDE: Programa de Saúde da Previdência (Programa de Salud Previsional).

SIA/SUS: Sistema de Informações em Internação do SUS (Sistema de Informaciones de Internación del SUS).

SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (Sistema de Informaciones Ambulatorias del SUS).

SINPAS: (Sistema Nacional de Previsión Social)

SUDS Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Sistema Unico y Descentralizado de Salud)

SUS: Sistema Unico de Saúde (Sistema Unico de Salud)

UCA: Unidade de Cobertura Ambulatoria (Unidad de Cobertura Ambulatoria).

Colombia*

Características Generales



Colombia es el cuarto país más grande de América Latina. Es una nación de ingresos medio bajos que se presenta ante el resto de los países de la región a través de cuadros contrastantes. Por un lado, muchos de sus indicadores económicos, sociales y sanitarios, se ubican alrededor de la media regional. Por otro, en el marco de un continente que durante la última década del siglo XX parece decidido a avanzar por la senda institucional de la democracia y el progreso, Colombia muestra un curso irregular. Las noticias políticas describen al país como un antro de corrupción e ilegalidad, desgobernada constantemente por las guerrillas y por el poder de los cárteles de traficantes. Sin embargo, el país logró un éxito relativo en su reciente desarrollo, en la medida en que la gestión macroeconómica no se escapó del recetario conservador que plantea no

elegir la deuda pública y ajustarse gradualmente a los *shocks* externos. Así mientras otros países andinos eran azotados por el vendaval inflacionario y la crisis del Estado, reduciendo salarios, aumentando el desempleo y haciendo malabarismo con el cambio y las tasas de interés, en Colombia florecía un crecimiento estable junto a innovaciones institucionales sin precedentes en áreas como producción, petróleo, fondos de pensión, atención a la infancia, vivienda, descentralización de las políticas sociales, y en el sistema de salud (Médici, 1997:101-2).

A principios de la década del '90 inició un proceso constituyente buscando dar respuesta a una serie de convulsiones que durante muchos años afectaron a las instituciones del país, entre los que se destacan los conflictos civiles armados, el narcotráfico, la corrupción administrativa y el progresivo deterioro de la legitimidad política que se manifestaba en la caída de la participación electoral (que llegó a 39,6% en 1990).

Población

Las proyecciones demográficas estiman la población total del país en torno a los 37 millones de habitantes. La mayoría de los colombianos son mestizos o mulatos. Los blancos constituyen aproximadamente el 20% de la población, los negros el 4% y los indios el 1% (Grolier, 1997).

* Este informe fue elaborado por Gabriela Hamilton, Valeria Freylejer y Federico Tobar.

La población se encuentra concentrada mayoritariamente en zonas urbanas y aproximadamente el 15% del total de la población nacional vive en la capital de país, Bogotá.

Si bien el país ha experimentado un crecimiento económico importante durante los últimos 20 años, sigue existiendo poco menos de la mitad de la población en situación de pobreza y la tasa anual de desempleo era del 7,6% en 1995.

Asimismo, cabe señalar que aunque la calidad de vida de los colombianos ha mejorado de manera considerable en el último cuarto de siglo, la desigualdad social es preocupante. Ello se advierte, entre otras cosas, al analizar la distribución del ingreso mediante el coeficiente de Gini, el cual fue de 0,43 en 1992 (Universidad del Valle, 1997).

Cuadro 1: Colombia: Información general

Superficie del país (en km ²)	1.141.748
Población total (N° de hab)	37.068.000 (1997)
Población urbana (%)	73 (1996)
Población rural (%)	27 (1996)
Población en situación de pobreza (%)	47 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	1,66 anual (1995-2000)
Tasa anual de desempleo nacional (%)*	7,6 (1995)

Fuente: OPS/OMS (1997) y * www.dnp.gov.co/SISD/sisddats/i030503.htm

Cuadro 2: Colombia: Estructura de la población según grupos de edad (Estimación para 1997)

Grupos de Edades	Cantidad	%
0-5	4.092.310	11.04
6 a 14	8.114.190	21.89
15 a 44	18.619.260	50.23
45 a 64	4.589.020	12.38
65 y más	1.653.230	4.46
Total	3.706.800	100

Fuente: OPS/OMS (1997).

Observaciones: Los porcentajes de los grupos de edades para 1995 de Condiciones de Salud de las Américas fueron utilizados para calcular las cantidades absolutas según la población de 1997

Organización Política

Colombia es una república encabezada por un presidente electo cada cuatro años por medio del sufragio universal. El país está dividido políticamente en 32 departamentos y 1.029 municipios.

Economía

Colombia ha mantenido a lo largo de varias décadas uno de los récords de crecimiento más altos registrados en América Latina. Las tasas de crecimiento del PBI siguen siendo superiores al promedio de América Latina, registrando a lo largo de la década del '90 un promedio anual superior al 4% (Universidad del Valle, 1997).

El PBI para 1995 alcanzó los U\$S 79.315 millones, lo cual representa un PBI per capita de U\$S2.260 (Universidad del Valle, 1997)

Estado de Salud de la Población

Al analizar la situación de salud de la población de Colombia se detecta un perfil que incluye ambas fases de la transición epidemiológica (pre y post transición) con considerables variaciones regionales (Rosselli & Dennis, 1997:29). En términos del total del país la principal causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio pero seguidas muy de cerca por las causas externas.

Cuadro 3: Colombia: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	35 c/ 1.000 nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	70,9 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	73,7 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	68,2 años (proyección 1995-2000)

Fuente: OPS/OMS (1997).

Cuadro 4: Colombia: Cinco principales causas de muerte, 1991.

Causa	Nº	%
Enfermedades del aparato circulatorio	47.512	29%
Causas externas	43.443	27%
Tumores	21.261	13%
Enfermedades transmisibles	12.057	7%
Enfermedades perinatales	5.564	3%
Otras causas	33.855	21%

Fuente: OPS, 1995

Cuando se utiliza el indicador de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), el complejo violencia - accidentes se revela como el principal factor de muerte prematura en el país, pues da cuenta del 39,9% del total, muy por delante de las enfermedades perinatales (13,3%), transmisibles (12,2%) y vasculares (11,2%) (Infante & Isaza, 1997).

Cuando se utiliza el indicador de años de vida saludable (Avisa), que incluye no solo mortalidad sino también discapacidad, en 1991 las lesiones fueron una causa de pérdida de años de vida sana tan importantes como todas las enfermedades crónicas y degenerativas juntas, y mucho más que las transmisibles. La carga de enfermedad medida en Avisa es mucho mayor en hombres que en mujeres y existen marcadas diferencias entre departamentos (por ejemplo, Arauca y Cundinamarca tiene tasas seis y siete veces más altas que Bogotá).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema de Salud

En la conformación del sistema de salud colombiano se pueden distinguir tres períodos. Una primera época se inició a finales del siglo pasado y se extendió hasta mediados del presente. En aquel período, la acción del Estado estaba reducida a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene y el ambiente y sus vinculaciones con las principales enfermedades. La salud ocupó un espacio en las constituciones políticas de la época como “salubridad pública” en la actividad industrial y profesional y como “asistencia pública” a los incapacitados a trabajar.

La creación de la Caja Nacional de Previsión en 1945, dio origen a la aparición del Sistema de Seguridad Social en Colombia. A ella le siguieron más de mil instituciones análogas en el ámbito nacional, departamental y municipal. El más importante es el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (creado en 1946), que luego pasó a llamarse Instituto de Seguros Sociales (ISS) cuya actividad actual sigue siendo determinante dentro de todo el contexto de la salud en Colombia.

El desarrollo de la Seguridad Social en Colombia estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema que cubre a los trabajadores privados, que en el país ha sido denominado seguridad social, y el sistema de los funcionarios públicos, denominado previsión social. De esta manera, el Instituto de Seguros Sociales se convirtió en la única institución que, en forma monopólica, cubrió a todos los afiliados del sector privado.

El sistema público de previsión social en Colombia se desarrolló en forma desarticulada en múltiples instituciones, sin mecanismos de solidaridad, se combinaron entidades de buena y mala calidad en situación permanente de quiebra (Jaramillo, 1994). Por otra parte, a las instituciones de seguridad y previsión social se han sumado históricamente las cajas de compensación familiar (creadas en 1950). Estas cajas, si bien en un principio buscaban otro objetivo, poco a poco fueron asumiendo funciones complementarias de seguridad social en salud.

La segunda época correspondió al proceso de génesis, desarrollo y declinación del Sistema Nacional de Salud, entre los años '60 y finales de los '80. La formación del Sistema tuvo lugar en un momento en el que se reafirmaron las tendencias “higienistas” del anterior período y la organización de los servicios sufrió una orientación técnica salubrista, en el contexto del movimiento internacional de la OMS y OPS y del Plan Marshall de los Estados Unidos. A lo largo de esta etapa, la salud pública pudo afianzarse integrándose a la dinámica del desarrollo.

La orientación sanitaria del Estado en materia de inversión comenzó a manifestarse, durante los '60, en dos sentidos fundamentales: a) ampliación de coberturas a costos mínimos y b) administración de la asistencia médica por parte del Estado.

A mediados de los '60, en un primer intento de desconcentración del sector público de gestión ministerial, se crearon los Servicios Departamentales de Salud que aún siguen vigentes (Infante & Isaza, 1997). En 1969 entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario. Asimismo, se incorporó la concepción organizacional del Sistema de Regionalización de los servicios con cuatro niveles diferenciados de atención médica.

En 1975 se dio organización formal al Sistema Nacional de Salud. Desde su creación surgió como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El sistema articulaba las instituciones prestadoras de servicios bajo un modelo centralista en las decisiones políticas y en la planificación y asignación de recursos, pero acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los Departamentos en materia de la organización y prestación de los servicios de salud.

Este sistema fue diseñado sobre un modelo de atención que diferenciaba entre la atención a personas de la atención al ambiente. Las diferentes unidades de prestación se articulaban administrativamente al sistema nacional a través de las unidades regionales y los servicios seccionales de salud. Las unidades hospitalarias quedaban conectadas al sistema, como adscriptas si eran de origen público y vinculadas si eran de origen privado (FEMEBA, 1995).

El Sistema Nacional de Salud estaba organizado en tres niveles: nacional, departamental y municipal, y estaba articulado funcionalmente entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) (Morales, 1996).

En tanto, a mediados de la década del '70 se inicia en el país el camino de la descentralización territorial que buscaba fortalecer las democracias locales al conferirles mayor autonomía en el manejo de sus recursos, proceso que incluyó los primeros pasos hacia la descentralización del sector de la salud, que luego fueron complementados con la Ley 10 de 1990. Sin embargo, no se alcanzaron grandes resultados como consecuencias de estas medidas.

Por lo tanto, es factible afirmar que hasta 1993, con la sanción de las leyes 60 y 100, el llamado Sistema Nacional de Salud estaba constituido por (Morales, 1996):

⇒ *El subsistema de seguridad social* de los trabajadores del sector formal de la economía, atendidos por el Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas (entidades o programas destinados a cubrir a ciertos servidores públicos, como los miembros de las fuerzas armadas, los maestros y la empresa estatal de petróleos).

Ambas instituciones (ISS y Cajas de Previsión) alcanzaban a cubrir en conjunto cerca del 20% del total de la población y aproximadamente el 50% de la población trabajadora. Es importante tener en cuenta que alrededor de la mitad de los empleos en Colombia se ubican en el sector informal no cubierto por las instituciones mencionadas, quienes recurren al subsistema público y en menor medida al privado.

⇒ *El subsistema público* de atención médica, dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de hospitales públicos organizada por niveles de complejidad. Esta red estaba representada por aproximadamente 1000 instituciones con alrededor de 45000 camas hospitalarias, las que en los niveles más bajos de complejidad presentaban niveles de ocupación que no llegaban al 50% y que en su gran mayoría dependían administrativa y financieramente de los departamentos y de la Nación Central con una participación casi inexistente de las municipalidades.

La dirección del subsistema estaba prácticamente centralizada en su gran mayoría en una tecnocracia ubicada en el Ministerio de Salud y en menor proporción en las Direcciones Departamentales de Salud que representaban al Ministerio en las regiones.

El nivel municipal estaba concebido exclusivamente como encargado de la prestación de los servicios.

⇒ *El subsistema privado* orientado a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de prestadores aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente medicina prepaga y los seguros de indemnización en salud.

Estos tres subsistemas actuaban en forma separada, totalmente desarticulada y en muchos casos generando superposición y aún duplicación de acciones, dando como resultado bajas coberturas y otro conjunto amplio de ineficiencias (Morales, 1996).

El Sistema Nacional de Salud, tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1982, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y la expansión de las dotaciones de personal del sector. Sin embargo, la crisis fiscal de este último año redujo las asignaciones para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población. En tanto, el financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud (Revista Salud Colombia, 1998). Aún cuando se venían registrando progresos en las condiciones de salud de la población, antes del conjunto de reformas iniciado en la década del '90, los indicadores para grupos sociales específicos no eran tan favorables. Prevalcía una fuerte desigualdad social, donde la mortalidad infantil en los grupos más pobres alcanzaba del 200‰ y cerca de un 25% de la población que enfermaba no tenía ningún acceso a los servicios de salud. Más del 20% de los partos no eran atendidos por profesionales de salud especializados. La medicina pública, a pesar de ser estatal y legalmente extendida a todos, solo era alcanzada por aquellos que tenían prebendas geográficas o sociales que les facilitaban el acceso. Cerca del 40% de la estructura pública de salud ofrecía servicios gratuitos o subsidiados al 20% más rico de la población y la población pobre, era en su mayoría atendida por la red privada de puestos de salud y farmacias (Médici, 1997:102).

En este contexto, después de algunas reformas, se introdujeron modificaciones parciales al funcionamiento del sector y más tarde la Ley 10 de 1990 precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes. Un año después la nueva Constitución Política reguló sobre la salud en varios artículos, la consagró como servicio público y derecho social, reafirmó la distribución de competencias institucionales y amplió el concepto de Seguridad Social (FEMEB-BA, 1995).

El modelo Colombiano luego de la reforma apunta al *managed competition*, competencia dirigida, o en las palabras de José Luis Londoño -por entonces Ministro de Salud e ideólogo de la reforma- “pluralismo estructurado”.

En términos de los valores que rigen al sistema, la Nueva Constitución Colombiana, promulgada en 1991, estableció que la reforma del sector salud debería estar basada en los principios fundamentales de: universalidad, solidaridad y eficiencia. Luego dos leyes promulgadas en 1993 (ley 60 y ley 100) incorporaron los principios que, hasta entonces, resultaban muy innovadores en el contexto de América Latina: seguro social, equidad, competencia y libre elección.

El nuevo **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** es el resultado de la transformación de un sector compuesto por tres subsistemas independientes con distintos modos de financiación, de organización y de entrega de servicios, en un sistema único y universal en su aplicación. Este nuevo sistema se conforma de una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud que deberán integrarse en su funcionamiento y tendrán una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad (Ministerio de Salud, 1995). En tanto, es necesario señalar la existencia, si bien de carácter provisional, de un tercer régimen, el de los Vinculados Transitorios.

A continuación se presentan las principales características de los regímenes constitutivos del SGSSS:

El **régimen contributivo** está destinado a quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes. Este régimen se estructura básicamente a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población según lo establecido en el Plan de Salud Obligatorio -POS- a cambio de una contribución por capita garantizada. Asimismo, deben organi-

zar y garantizar que la prestación de los servicios de salud a sus contribuyentes, utilizando para ello sus propios medios o acuerdos con entidades prestadoras.

El régimen contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se caracteriza, entre otras cosas, por los siguientes aspectos (Revista Salud Colombia, 1998):

- ⇨ Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir con empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso con otras empresas públicas o mixtas (EPS).
- ⇨ Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de pago por capitación -UPC-) de alrededor de U\$S150, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios.
- ⇨ Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. (Sin embargo, dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares).

El **régimen subsidiado** tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana definida como "pobre" sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios, totales o parciales, del Estado.

Este régimen, se estructura básicamente a través de las denominadas administradoras del régimen subsidiado, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a la población cubierta por este régimen. Estas entidades pueden ser de tres tipos: I) las mismas EPS del régimen contributivo, II) las Cajas de Compensación Familiar que organicen programas para tal fin y III) las Empresas Solidarias de Salud que no son otra cosa que una modalidad de EPS con origen en las organizaciones comunitarias creadas como una alternativa ante la posible ausencia de las dos primeras entidades. (Morales, 1996).

Estas entidades reciben del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada -UPCS- con la cual deberán brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS-, el cual, en principio, equivaldrá en su contenido como mínimo al 50% del POS del régimen contributivo, el que deberá irse aumentando en servicios, hasta que ambos se igualen en el año 2001. Los servicios que no sean cubiertos por el POSS deberán ser garantizados por los hospitales públicos, los que para ello seguirán recibiendo subsidios del Estado. (Morales, 1996). Además, cabe señalar que los hospitales serán convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos de la venta de servicios a las diversas administradoras del régimen subsidiado y contributivo, para lo cual deberán ser paulatinamente eficientes y competitivos.

El régimen para los vinculados transitorios está destinado a aquellas personas pobres que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al Sistema y que, mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el Estado para garantizarles la atención en salud (Morales, 1996).

La prestación de servicios de salud a estas personas se brinda a través de los hospitales públicos que siguen recibiendo recursos directos del Estado. Igualmente, estas entidades deberán someterse a un proceso gradual de conversión de "subsidios de oferta" por "subsidios de demanda". Esto es que cada vez deberán existir menos personas catalogadas como vinculados transitorios y, por lo tanto, los recursos que se liberen al no ser atendidos directamente en los

hospitales públicos, deberán destinarse de manera creciente a financiar las UPCS (Morales, 1996).

Actores y roles dentro del Sistema

Luego de las reformas implementadas durante la década del 90 se pueden agrupar los actores participantes en el sistema de salud colombiano en cinco grandes grupos: a) reguladores, b) Financiadores, c) intermediarios, d) proveedores, e) usuarios.

Reguladores

- ⇨ Consejo Nacional de Salud: Con funciones de regulación sobre todo el sistema y asesoramiento técnico al Ministerio de Salud.
- Superintendencia de Salud: Con funciones de regulación de las empresas es responsable por el monitoreo de las EPS.

Financiadores

- ⇨ Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): Es un ente público que unifica y administra los recursos para salud.

Aseguradores

- ⇨ Entidades Promotoras de la Salud: Son entidades que administran una red de prestadores (propios y contratados, públicos y privados) con el objetivo de garantizar a la población bajo su responsabilidad servicios de salud. Once de estas instituciones son de naturaleza pública (autónomas) y diecinueve privadas (Rosselli & Denis, 1997: 29).

Proveedores

- ⇨ Instituciones Proveedoras de salud (IPS)

Usuarios

El sistema plantea la obligatoriedad de la afiliación de los asalariados y los grupos de la población con capacidad de pago, quienes se vincularán al sistema mediante el pago de cotizaciones. El primer efecto sobre la ampliación de la cobertura será la extensión de la protección de la Seguridad Social a todos los miembros de la familia del trabajador cotizante. En tanto, para aquellas personas sin capacidad suficiente para pagar las cotizaciones obligatorias el sistema otorgará subsidios totales o parciales para asegurar su vinculación (Ministerio de Salud, 1995).

Roles

FOSYGA: Es el encargado de la administración de los recursos del sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización. Delega a las EPSs la responsabilidad por el recaudo y manejo de los recursos, los que por ley, son propiedad del Sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber:

- ⇨ Compensación,

- ⇨ Solidaridad,
- ⇨ Promoción y Prevención,
- ⇨ Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales.

El FOSYGA actúa como punto de conexión entre las EPS, compensa los diversos riesgos que estas asumen, en razón de las diferencias en las estructuras de edades, de salud y de ingresos de sus afiliados (Paredes, 1997:122). En esta dinámica el Fondo asume la función central de garantizar la equidad en el acceso y la financiación de los servicios de salud.

Entidades Promotoras de la Salud (EPS): Las EPS deben proveer a sus afiliados más de una opción de provisión, al tiempo que también pueden ofrecer planes complementarios a cambio de pagos adicionales. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación del POS a los afiliados y girar al FOSYG, dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

El mecanismo sería el siguiente: los afiliadores de las EPS recaudarán las cotizaciones y la diferencia positiva entre los recaudos y la UPC será girada a favor del FOSYG con el fin de compensar a aquellos afiliados donde la diferencia sea negativa. En conjunto, el sistema debe quedar equilibrado, y la UPC debe cubrir el costo promedio del POS y los costos de administración.

En consecuencia, las distintas EPS contarán con los mismos recursos para brindar los servicios, evitando así la selección adversa en perjuicio de los afiliados que aporten sobre menores niveles de ingresos (los más pobres) o que tienen familias de mayor tamaño, ya que independientemente de la cotización de cada afiliado, la entidad afiliadora (EPS) solo podrá conservar el valor de la UPC para proteger a cada usuario. Con este mecanismo se asegura la solidaridad entre los usuarios y la socialización de los riesgos sin acudir a ninguna fórmula institucional monopólica.

Las EPS son los núcleos organizativos básicos del SGSSS. En cuanto tales, sus principales funciones son la afiliación de los colombianos al sistema, la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud y el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud. Tendrán además como funciones complementarias la administración de las incapacidades, los servicios de salud por accidente de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y la organización de planes complementarios de salud. Estas entidades deben promover activamente la afiliación de las familias colombianas con capacidad de pago, a través del régimen contributivo y coordinar con los gobiernos locales la afiliación de los más pobres a través del régimen subsidiado.

Las EPS serán asimismo responsables del cobro y recaudo de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles para racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del mismo.

La Ley 100 de 1993, da dos años a las instituciones, fondos y entidades aseguradoras del sector público a transformarse en EPS o, de otro modo desaparecer. En tanto, establece tres años para transformar el sistema de subsidio público a la oferta en subsidio público a la demanda.

La primer función de las EPS es la de afiliación y registro de las personas y de los trabajadores según los requisitos establecidos para dos regímenes de cobertura, el subsidiado y el contributivo.

En segundo lugar, las EPS recaudan directamente las contribuciones de la población que se encuadra dentro del régimen contributivo –estimada como el 70% de los Colombianos- (Morales Sánchez, 1997:18).

En tercer lugar, la EPS transfiere al FOSYGA una parte de los recursos recaudados (excedente). En cuarto lugar, la EPS es responsable por garantizar el desarrollo de las acciones de salud que involucra el Plan Obligatorio de Salud –POS- que define un paquete mínimo de servicios para la población dentro del régimen contributivo, y el Plan Obligatorio Subsidiado –POSS- que define un paquete mínimo de servicios para la población dentro del régimen subsidiado.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Las IPS son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las EPS. Ellas podrán o no tener relación patrimonial con las EPS, pero en todo caso gozarán de autonomía técnica y financiera. A su vez, las EPS deberán ofrecer a sus afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestadores de servicios, entre las cuales los usuarios podrán ejercer la libre elección.

La autonomía de las IPS se determinó como mecanismo para asegurar la eficiencia en la gestión y un mejor control entre los agentes participantes. Ello también permitirá mejorar la capacidad de competir con agentes privados en un mercado abierto.

Por otro lado, la ley 100 de 1993 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos que se habían establecido en las leyes 10 y 60. Con este propósito se debe adelantar una profunda e intensa reorganización del sector, para lo cual resulta definitiva la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado -ESE-, como categoría especial de entidad pública descentralizada.

Organismos de dirección y control: Uno de los aspectos más novedosos de la organización del nuevo sistema es la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Se trata de una dirección general del sistema que adquiere connotación colegiada y representativa de los principales actores y gestores del sistema, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. Sus principales funciones están en relación con los regímenes contributivo y subsidiado, tales como la definición del POS, y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo, monto de la cotización, valor de la UPC, etc. Asimismo, se encarga de la definición de las medidas para evitar la selección adversa de usuarios y de ser Consejo de Administración del FSYG.

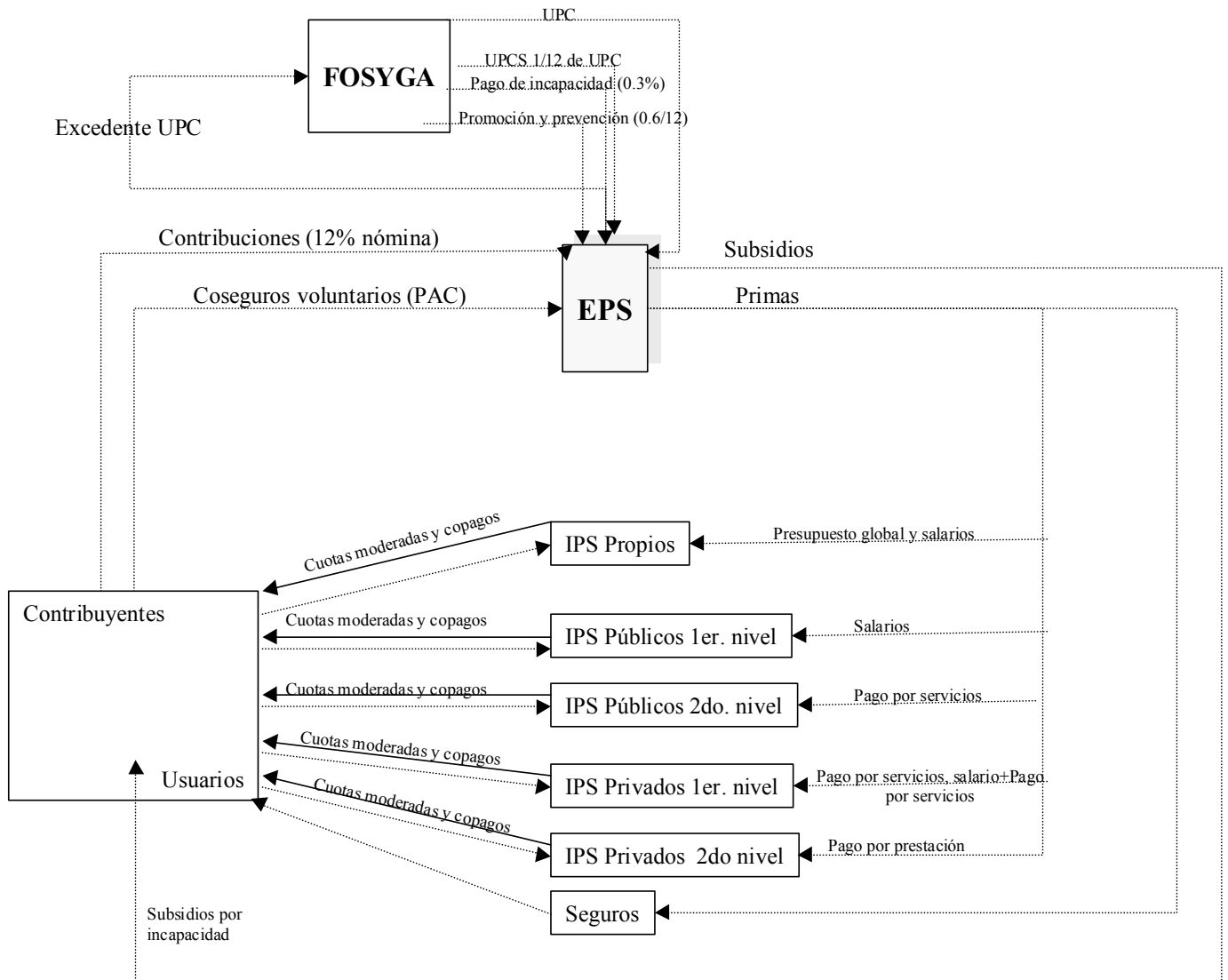
Por otro lado, define el subsidio por beneficiario en el régimen subsidiado y los criterios de selección de beneficiarios de este régimen que deberán ser identificados por las entidades territoriales y locales.

Por otra parte, está la Superintendencia Nacional de Salud, la cual cumple funciones de inspección, vigilancia y control, hace el control del presupuesto y financiamiento de las entidades participantes así como el diseño de mecanismos de evaluación de calidad científica de la prestación de los servicios.

En tanto, el Ministerio de Salud, deberá fortalecer sus actividades de vigilancia epidemiológica, las cuales seguirán siendo de su competencia.

La Ley también define un Plan Básico de Salud, el cual se relaciona con las actividades generales de saneamiento, control de enfermedades, vacunación, control de alimentos, rabia, etc.

Colombia: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

En cuanto al financiamiento del subsistema de seguridad social, antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, para el ISS se cotizaba el 7% de los ingresos laborales de cada trabajador, a quien le correspondía pagar una tercera parte (las otras dos partes eran pagadas por el empleador).

En las Cajas de Previsión, creadas para cubrir las necesidades en salud de los trabajadores del sector público, la cotización a cargo del trabajador ascendía a 5% de sus ingresos que se distribuían para cubrir las contingencias de enfermedad y de pensiones. El resto de los costos por estos conceptos debían ser asumidos por el Estado, quien en última instancia financiaba los presupuestos de dichas Cajas (Morales, 1996).

Respecto al financiamiento del subsistema público, los principales recursos provenían de del Estado quien se encargaba de su distribución utilizando para ello algunos criterios poblacionales y de pobreza, sobre los que terminaban primando los niveles históricos de gasto tradicionalmente influenciados por criterios políticos, en donde por ejemplo las regiones más ricas y poderosas políticamente eran las que más recursos recibían (Morales, 1996).

La principal fuente de financiación se denominaba el Situado Fiscal que correspondía a la participación que el sector salud tenía en el presupuesto nacional. Dichos recursos eran entregados directamente a los departamentos quienes se encargaban de distribuirlos entre sus municipalidades. Estos recursos representaban en la mayoría de los casos más del 80% del presupuesto de los hospitales públicos y en algunos casos constituían la única fuente de ingresos (Morales, 1996).

La segunda fuente de recursos en orden de importancia adquirirían la denominación de “Rentas Cedidas” y correspondía a impuestos de carácter nacional cuya recaudación y manejo se delegaba a los departamentos (Morales, 1996).

Además, se utilizaba otra serie de recursos de mucha menor importancia entre los que se destacaban las asignaciones que los municipios hacían a los hospitales de su localidad; algunos impuestos locales por trámites notariales y, las denominadas cuotas de recuperación que eran especies de copagos que realizaban los usuarios al utilizar los servicios hospitalarios (cuotas que a su vez constituían el principal obstáculo para acceder al servicio) (Morales, 1996).

A partir de la Ley 100 de 1993 se pretende crear un mercado de salud regulado abierto a la participación de todos los subsectores, que estimule la competencia en el proceso hacia el aseguramiento universal y la prestación de servicios a toda la población, mediante la creación de las EPS y las IPS, siendo las primeras las encargadas de organizar y administrar la prestación del denominado POS.

El valor del POS, regulado en su precio y conocido como la UPC, equivalente a una prima de seguros. Esta UPC debe ser financiada conjuntamente entre trabajadores, empleadores y el Estado, mediante una contribución porcentual del ingreso de aquellos con capacidad de pago. Además, se utilizan aportes fiscales para subsidiar la afiliación de los más pobres. Todas estas contribuciones son administradas por el FOSYGA.

Este esquema financiero, contempla la existencia de un régimen contributivo para aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos. En el caso de los aportantes de mayores ingresos, se generan excedentes una vez descontado de sus cotizaciones el valor del plan expresado en UPC. Estos excedentes son utilizados para completar los recursos necesarios para la afiliación de aquellas personas cuyo aporte no alcanza para cubrir la UPC (mecanismo de compensación).

Asimismo, el régimen contributivo hace aportes a las personas más pobres pertenecientes al régimen subsidiado destinando un punto de los 12 recaudados para la financiación de los subsidios necesarios para su afiliación al sistema (mecanismo solidaridad).

Otro cambio que está teniendo lugar en el sistema de salud colombiano es la conversión de los hospitales públicos en entidades autónomas eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado. Esta transformación implica la gradual eliminación de los subsidios a la oferta para ser

sustituídos por recursos provenientes de la contratación de las EPS, quienes recibirán una UPC ajustada por riesgo por cada afiliado destinada a financiar la prestación de servicios (subsidio a la demanda).

Régimen Contributivo

Todo ciudadano colombiano y su familia están obligados a afiliarse a una EPS de su elección, declarar sus ingresos laborales y aportar al Sistema el 12% sobre ellos, bien sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes, o totalmente, cuando trabaja en forma independiente. Para el trabajador dependiente su aporte mínimo se hará sobre el monto de ingresos equivalente a un salario mínimo legal vigente y para el independiente sobre dos.

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPS se debe restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las UPC y iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales correspondientes a sus afiliados. Si después de esta operación resultan excedentes, estos deben ser girados al FOSYGA quien los redistribuirá entre aquellas EPS en donde después de hacer la operación anterior se generó déficit.

Todo trabajador y su familia, con el pago de la cotización respectiva tendrán derecho a recibir un POS y a adquirir con recursos adicionales de su bolsillo y de manera voluntaria Planes de Atención Complementaria en salud.

Cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una cuota moderadora que tiene como finalidad racionalizar su uso. En tanto, los familiares deberán hacer un pago adicional denominado copago al utilizar el resto de los servicios. Ambos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos tope máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder a los servicios y a unos mínimos que define cada EPS (convirtiéndolos de esta manera en un elemento de competencia entre ellas).

El equilibrio financiero del régimen contributivo dependerá, por lo tanto, del ritmo de afiliación al sistema, del control de la evasión en el pago de las cotizaciones sobre los ingresos laborales, en el acertado cálculo del valor del paquete de beneficios y en el control de los costos de prestación de los servicios y de inflación en el sector de la salud.

Régimen subsidiado

Los recursos con los que se financia este régimen, definidos por las leyes 60 y 100 de 1993 provienen de diversas fuentes, las más importantes son:

- ⇨ Las transferencias de la Nación a los departamentos y municipios y
- ⇨ El Fondo de Solidaridad y Garantía cuyos recursos tienen origen en los aportes del régimen contributivo (contribución de solidaridad) frente a los cuales el gobierno nacional deberá colocar de su presupuesto un peso adicional por cada peso aportado por el régimen contributivo.

Además, existen otras fuentes de financiamiento tales como:

- ⇨ los recursos provenientes de la Empresa Colombiana de Salud, ECOSALUD, entidad creada por la Ley 10 de 1990 que tiene como finalidad la explotación exclusiva de los nuevos juegos de azar.
- ⇨ los recursos que los municipios y departamentos deseen destinar de sus propios presupuestos para financiar la salud.

- ⇒ una porción de los recursos provenientes de las nuevas explotaciones petroleras en campos cedidos a los departamentos, distritos y municipios.
- ⇒ los recursos que obligatoriamente deberán aportar al sistema las Cajas de Compensación Familiar.
- ⇒ los recursos del impuesto al valor agregado destinado a tal fin.
- ⇒ los recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones.
- ⇒ los recursos provenientes de la aplicación de los copagos y cuotas moderadoras cuando los usuarios utilicen los servicios.

Esquemáticamente, puede decirse que el SGSSS se halla integrado por (FEMEBA, 1995):

Organismos de dirección:

- ⇒ Ministerio de Salud.
- ⇒ Ministerio de Trabajo.
- ⇒ Consejo Nacional de Seguridad Social.

Organismos de vigilancia

- ⇒ Superintendencia Nacional en Salud.
- ⇒ Veedurías Comunitarias.
- ⇒ Comités de participación comunitaria y organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

Organismos de administración y financiación

- ⇒ Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- ⇒ Direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Fondo de Seguro y Garantía de Salud

- ⇒ Organismos proveedores de servicios.
- ⇒ Instituciones prestadoras de servicios públicos (IPS), mixtas o privadas.
- ⇒ Demás entidades de salud que al entrar en vigencia la presente ley estén adscriptas a los Ministerio de Salud y trabajo.
- ⇒ Empleadores, trabajadores y sus organizaciones, trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
- ⇒ Beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades (todos los habitantes de Colombia).

Oferta de Servicios

La información sobre la oferta de servicios es muy deficiente. No hay claridad sobre la totalidad de instituciones que prestan servicios de salud y sus características, particularmente su capacidad de producir servicios (Tono, 1996).

Cuadro 5: Colombia: Oferta de servicios por subsector*

	Público	Seguros Social	Privado	Total
Nº establecimientos	1.000			

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

	Público	Seguros Social	Privado	Total
Hospitales (1991)	540	39	288	867
Centros de salud con camas (1991)	123			
Camas (1993)	45.000			1,3 c/ 1.000 hab
Médicos (1995)				9,9 x 10.000 hab
Enfermeras (1996)				3,3 x 10.000 hab
Odontólogos (1995)				5,3 x 10.000 hab

Fuente: OPS/OMS (1997) y Morales (1997:15).

* esta división es válida únicamente para la información anterior a la reforma (1993)

Demanda

La información sobre demanda de servicios de salud en Colombia no ha sido relevada desde 1980, cuando se introdujo un módulo de demanda a la segunda encuesta nacional de salud. A partir de dichos datos se realizó el único estudio de demanda de servicios de salud en Colombia (Tono, 1996).

Cuadro 6: Colombia: Demanda de servicios por subsector (año de referencia)

	Público	Seguro Social	Privado	Total
Consultas anuales per capita	25%	13,5%	48%	
Egresos anuales per capita	30,6%	13,9%	32%	
Tiempo medio de internación				

Fuente: Elaboración propia

OBS: La estructura porcentual fue obtenida de Trujillo (1997:24).

Los datos absolutos de OPS

Cobertura

Uno de los ejes de la reforma fue extender la cobertura del sistema especialmente a través de una expansión de las entidades de seguro social (EPS). Antes de la reforma un la población trabajadora había logrado una cobertura muy limitada.

Existían cerca de 1000 entidades de seguro social con regímenes de afiliación, cotización y beneficios diferentes que en total, brindaban cobertura a un 50% de los trabajadores formales asalariados. Esto implica que la cobertura de la población total nacional por parte de la Seguridad Social rondaba alrededor del 20% (Ministerio de Salud, 1995).

Los empleados del gobierno, incluyendo miembros de las Fuerzas Armadas, que representaban un quinto de ella población cubierta contaban con servicios propios. Y por último dos tercios de la población sólo tenían acceso a los servicios públicos (Rosselli & Dennis, 1997:29)

La cobertura a la familia del trabajador era mínima. En el caso del Instituto del Seguro Social (ISS), sólo el 18% de los afiliados tenía derecho a la cobertura familiar. En tanto, otras entidades cubrían de forma parcial a sus familiares (Ministerio de Salud, 1995).

Por otra parte, un documento oficial estimaba que alrededor del 11% de la población nacional tenía condiciones de pagar su atención aunque no estuviera afiliada a una entidad de seguridad social. Este segmento de la población generalmente estaba inscripto en compañías de medicina prepaga (Ministerio de Salud, 1995).

Los servicios del sector público, organizados en Servicios Seccionales de Salud, con entidades que dependen de autoridades nacionales, departamentales y municipales, estaban destinados a la población sin cobertura de las instituciones del seguro social de modo que correspondía al subsector público atender casi el 50% de la población nacional. Sin embargo, existían aún barreras en el acceso y en algunos casos era prácticamente inexistente. De modo que se estimaba que aproximadamente el 19% de la población no accedía a los servicios cuando los requería (Ministerio de Salud, 1995).

Aún advirtiendo que el tiempo transcurrido desde la reforma es corto para evaluar su impacto sobre los niveles de cobertura según Rosselli y Dennis (1997:29) a mediados de 1997 se había logrado extender la cobertura hacia 20 millones de colombianos. Según Morales (1997:42) en diciembre de 1995 había un 75 de población cubierta bajo el Régimen Subsidiado, un 36% en el Régimen Contributivo, un 4% que contaba con seguros privados y 53% de población no cubierta. El mismo autor considera que en 1996 el porcentaje de población cubierta alcanzó al 73% (1997:38)

Gasto

Cuadro 7: Colombia: Gasto total en salud por subsector, 1996.

	Millones de pesos	%	Millones de U\$S	% del PBI
Subsector público	2.001.995,37	38%	203.638	2,39
Por F.Oferta	1.459.161,97	28%	148.255	1,74
Por F.Demanda	542.833,4	10%	55.383	0,65
Régimen contributivo	1.944.012	37%	197.673	2,32
Privado	1.299.382,32	25%	255.612	3
Total	5.245.389,69	100%	656.923	7,71

Fuente: Elaboración propia en base a datos de extraídos de Morales (1997:26).

Los valores en dólares fueron obtenidos multiplicando el porcentaje de participación en el PBI que presenta ese autor por el PBI en millones de dólares (85.204) extraído de <http://www.suvalor.com.mercado.htm>

El gasto privado fue obtenido multiplicando el peso de ese ítem sobre el PBI que dicho gasto tenía en el estudio desarrollado por la universidad de Harvard en 1993 (apud. Trujillo, 1997)

Modalidades de Contratación y Pago

Un reciente estudio sobre mecanismos de pago y contratación realizado en Colombia (Plaza, 1997) señala que antes de la reforma iniciada en 1993 no se habían desarrollado análisis sobre las modalidades de pago en el país y sus implicaciones. La preocupación surgió con la Ley 100 y a partir de allí se realizaron estudios que buscaron orientar las formas de vinculación entre EPSs y IPSs (Gutierrez, Molina, Wullner y Giedon, 1994). El estudio encontró una tendencia a contratar médicos generales (que actúan como “gate keepers”) por salario y a los médicos especialistas a través del pago por servicio (acto médico) y señalaron los obstáculos que ello implicaba en términos de incentivos perversos a la sobreprestación, expansión del gasto y corrupción administrativa.

Los servicios hospitalarios y de diagnóstico igualmente se pagan por servicio (acto médico) y las instituciones prestadoras de servicio (IPS) imponen tarifas, salvo en los contratos del Instituto de Seguros Sociales (Plaza, 1997:15).

En casos aislados en donde se presta atención a poblaciones dispersas se paga por capitación. A los médicos especialistas del sector público que tiene contrato exclusivamente con una institución (Pública) se les remunera a través de salarios. Mientras que en instituciones privadas hay médicos que ejercen libremente su profesión y cobran por servicios (acto médico) o por una combinación de salarios y pago por servicios.. Plaza (1997:15) señala que no es frecuente que las EPS privadas contraten a IPS hospitalarias públicas por las dificultades administrativas, excepto en casos aislados donde la administradora tiene que cubrir poblaciones dispersas.

Las EPS tienen la mayor parte de su financiación vinculada a unidades capitadas, las UPC y UPCS. El valor de esta unidad varía dependiendo de ella edad de ellos afiliados y de su lugar de residencia (se establece un porcentaje adicional para zonas apartadas). Sin embargo, también cuentan con una fuente adicional que son los copagos y cuotas moderadoras. La diferencia entre los primeros y los segundos reside en que los copagos constituyen una forma de financiación de la cobertura (del plan obligatorio o planes complementarios)¹⁴. Mientras las cuotas moderadoras pueden ser simples bonos que regulan el acceso a los servicios. Estos pagos han sido reglamentados recientemente por el Consejo nacional de Seguridad Social. Se establecen libremente por las EPS siempre y cuando no superen los toques definidos en función del ingreso de los afiliados (Paredes, 1997:123)

Reforma del Sistema

André Médici (1997:104-5) identifica seis pasos de la reforma del sistema de salud de Colombia:

- 1º Paso: Toda la regulación del sistema pasó a ser hecha a través un consejo Nacional de Salud, creado durante la reforma con funciones básicas de asesoramiento técnico del Ministerio de Salud .
- 2º Paso: La provisión de Servicio pasó a manos de empresas especializadas de asistencias médica, pública o privada , independientes del Ministerio de salud.

¹⁴ Observación: Según lo entienden los autores de este documento el mecanismo que en Colombia es denominado “copago” se corresponde con lo que en Argentina se denomina “coseguro”.

- 3° Paso: La Ley separa las tarifas de financiamiento de provisión de Servicio de Salud, creando un fondo de solidaridad y garantía con funciones independientes. El financiamiento pasó a ser hecho a través de la demanda y no a través de la oferta, transfiriendo derechos de compras de Servicio de salud para la población, pagando médicos y hospitales a través de transferencias presupuestarias de servicio que supuestamente, serían realizados por médicos y establecimientos de salud contratados.
- 4° Paso: La Ley instituyó mecanismos organización de reales de servicios en 3 niveles básicos:
- Instituciones públicas o privadas de atención médica financiadas básicamente por la venta de Servicios de Salud; en Hospitales generales o ambulatorios.
 - Instituciones de mantenimiento de la salud (llamadas EPS), especializadas en la provisión de planes de Salud, a través de mecanismos de seguro o de organización de redes de proveedores (semejantes a los seguros de Salud brasileños, a las prepagas argentinas o a las HMOS americanos)
 - Autoridades regionales de Salud, de naturaleza estatal, especializados en servicios de Salud pública, proveedores de bienes públicos: salud ambiental, campañas de vacunación o aun de servicios con altas externalidades.
- 5° Paso: La Ley instituyó sistemas de incentivos globales para promover formas de correcciones en ambientes donde había un monopolio público o una segmentación de muchos mercados. En ambas situaciones, las leyes del mercado estaban acostumbradas a fallar. Los incentivos están vinculados a la creación de un paquete básico de Servicios de Salud, ofrecidos universalmente, ajustado según riesgo epidemiológico por sexo, edades y condiciones Sociales de la población. Basados en estos criterios fueron creados 5 grupos de riesgo, pudiendo tal situación ser redefinida en el tiempo. Todas las instituciones EPS deberían ofrecer en mínimo de servicios especificados en este paquete.

El valor medio de este paquete de servicios es de \$ 120.00 por capita/año.

Como el sistema es de libre elección, cada individuo (o familia) elige una institución prestadora, pudiendo cambiar anualmente de institución en el caso que los servicios prestados no lo satisfagan. Ninguna institución puede rechazar pacientes, dado que pueden ser sancionadas legalmente.

El sistema colombiano está basado en una competición por calidad y no por precios.

- 6° Paso: Otra importante característica del Sistema es la solidaridad. Solamente los grupos mas necesitados reciben un subsidio público.

Los grupos de mayor ingreso deben financiar la mismo, de su propio bolsillo. Entre la primera y la segunda situación hay un gradiente, grupos de población, que de acuerdo a su nivel de renta reciben subsidios parciales.

Después de algunas reformas que introdujeron modificaciones parciales al funcionamiento del sector, La Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993, la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 se constituyeron en el eje jurídico de la reforma que dio lugar al SGSSS.

La Ley 10 buscó estimular las fuentes financieras del sector, reordenar su utilización a fin de priorizar el gasto en el primer nivel de atención y crear un nuevo recurso fiscal. En 1990, por medio de esta Ley se produjo un reordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud. Esta reforma estuvo fundamentada en la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa para la utilización de los recursos. El nuevo sistema tenía

entre sus metas asegurar la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio al interior del subsector oficial, interactuando y armonizando los esfuerzos de este último con los de los restantes subsectores. (Ministerio de Salud, 1995).

Consecuentemente, el anterior modelo centralista, interventor y benefactor, vigente desde la década del '60, dio lugar a un nuevo modelo descentralizado de dirección y prestación plasmado en la nueva reforma: la Nación sería el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador y las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales dirigirían y prestarían los servicios por nivel de complejidad. (Ministerio de Salud, 1995).

Sin embargo, los logros alcanzados con la Ley 10 de 1990 han sido escasos, principalmente debido a razones políticas y dificultades de financiamiento y de fragilidad institucional.

No obstante, en 1991, el dictado de una nueva Constitución dio impulso definitivo al proceso descentralista iniciado en el país años atrás, desarrollando varios de sus aspectos, en especial los de salud y educación por las leyes 60 y 100 de 1993, entre otras.

Mediante la Ley 60 se distribuyeron competencias y recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial de la administración pública, se intentaron hacer los ajustes necesarios a la estructura organizativa y de financiación de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1995).

Por medio de esta Ley, el sector institucional de la seguridad social quedaba desarticulado del Sistema de Salud, y la garantía del servicio público de seguridad social a la ciudadanía en materia de salud y régimen prestacional quedaba irresuelta (Ministerio de Salud, 1995).

En este contexto, se consideraba necesario volver a la búsqueda de un servicio único de salud, integrando el Sistema de Salud al Sistema de Seguridad Social. Con este propósito surge la Ley 100 de 1993. (Ministerio de Salud, 1995). Mediante esta Ley se pretendía transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este nuevo sistema, estaría basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos. (Revista Salud Colombia, 1998).

En el nuevo esquema propuesto desaparecen los antiguos subsectores de la seguridad social, público y privado para dar paso a los regímenes contributivo y subsidiado y temporalmente al de los vinculados transitorios creados para atender durante el ajuste del sistema a quienes aún no se hubieran afiliado en alguno de los dos regímenes principales. (Morales, 1996).

Entre los principales problemas que impulsaron la aparición de la Ley 100 en 1993 se encuentran la falta de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia que caracterizaban a la Seguridad Social y al Sistema de Salud en Colombia.

Entre otras cosas se destacaba la insuficiente cobertura de la protección en salud y enormes deficiencias en los recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas. Por otro lado, la organización institucional ha sido ineficiente con resultados pobres considerando el gasto total del sector, generando por lo tanto creciente insatisfacción por parte del usuario. (Ministerio de Salud, 1995).

Asimismo, la debilidad de la estructura institucional y administrativa del sector influyó en forma importante la situación de inequidad observada en el sistema, por cuanto no ha creado incentivos adecuados para mantener la salud de la población, ni para llegar a los más pobres y menos para que los servicios sean prestados con mayor calidad y a menores costos (Ministerio de Salud, 1995).

Por otro lado, en general las políticas públicas nacionales y territoriales se dirigían a asignar mayores recursos para curar la enfermedad antes que para generar salud en la población (Ministerio de Salud, 1995).

Por lo tanto, puede afirmarse que existen múltiples justificaciones para establecer la Reforma del Sistema, siendo las más representativas el aumento de la cobertura y de recursos para la salud, el mejoramiento del acceso a los servicios básicos de salud y de la eficiencia, así como la elevación de la calidad de tales servicios. Sin embargo, probablemente la principal justificación se generó a partir de las grandes reformas planteadas en la Constitución Política de 1991, que obliga el replanteamiento general de la Seguridad Social.

El objetivo de la reforma está basado en la reorganización conceptual, estructural, administrativa, técnica y financiera del sistema para alcanzar el objetivo de salud para todos. Este es el principal fundamento de la nueva organización institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que busca tener los instrumentos adecuados que permitan llegar directamente a la población que más lo necesita. (Ministerio de Salud, 1995).

Sobre las bases de la Constitución de 1991, que establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, se construye la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El nuevo SGSSS, creado por la Ley 100/93, es un proyecto estructural que cambia y reorganiza el sistema de prestación de servicios de salud. Esta reforma se vio además acompañada de la Ley 60/93 que fortalece el proceso de descentralización del sector iniciado en 1990. Ambas normas constituyen los pilares del nuevo modelo de organización del sector salud, más descentralizado y con mucha más participación y solidaridad para obtener la cobertura total de la población. (Ministerio de Salud, 1995).

A grandes rasgos, lo que se estructura con la Ley 100 es un sistema que permita encontrar un ámbito natural de complementación entre los proveedores públicos y los no gubernamentales que hoy existen en la economía colombiana. Lo que se busca mediante esta transformación es poner a los usuarios en un poder de negociación diferente frente al sistema y articular la posibilidad de prestación del servicio por diferentes entidades.

Los avances y dificultades de la Reforma se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- ⇒ 1994. Año de cambio de Gobierno. El Gobierno saliente dedica la primera mitad del año a expedir las normas reglamentarias, incluida la reforma del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno entrante se decide tras varias discusiones de sus asesores y con algunas observaciones a implementar la reforma y no modificar la ley.
- ⇒ 1995. Año de inicio de la implementación. En el régimen contributivo se autorizan la primera decena de Entidades Promotoras de Salud (EPS), buena parte provenientes de las empresas privadas de medicina prepagada y de los grupos económicos más poderosos.

Además se han presentado una serie de decretos reglamentarios en aspectos tales como la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social, Consejos Territoriales, Régimen de inhabilidades, FOSYGA, POS, planes complementarios y régimen de subsidios

En tanto, en este año, se inició la acreditación de las IPS. Sin embargo, esta situación estaba vinculada a lo estrictamente reglamentario, con poco injerencia relativa sobre lo operativo en la prestación de los servicios de salud.

Los empleados públicos y sus entidades de previsión se resisten a entrar en el nuevo sistema común, dando lugar a normas especiales de adaptación para algunas de estas entidades, otras se convierten en EPS y la mayoría se liquidan.

Al finalizar el año, las EPS cuentan con cerca de un 1.000.000 de afiliados, sin contar las instituciones públicas transformadas, que se acercan a otro millón de afiliados. El Instituto de Seguros Sociales promueve la medicina familiar para pasar de 5.500.000 a 12.000.000 de usuarios, pero en realidad tan solo se han inscrito y demandan servicios cerca de 7.000.000 de personas para el final del año. La cobertura del régimen contributivo asciende del 18% al 25% de la población colombiana.

El cálculo de la unidad de capitación que el Sistema reconoce a las administradoras (EPS) se considera sobrestimado por parte de los Ministerios de Salud y Hacienda, por lo que se toma la decisión de reducirla un 10%, medida que origina descontento por parte de las EPS, pero no frena su lanzamiento: una docena se han lanzado al mercado al finalizar el año y otras tantas se preparan para ingresar a la competencia.

En el régimen subsidiado se plantea un ejercicio transitorio, para que los Servicios de Salud Departamentales actúen provisionalmente, por un año, como aseguradoras, promuevan la identificación de los estratos más pobres de la población en cada municipio del país y les otorguen un carnet del Régimen Subsidiado, inicialmente con base en sus recursos de oferta y los restantes con base en los nuevos recursos de los municipios y los recursos nacionales del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Una maratón gigantesca de encuestas, familia por familia, se inicia en todo el país con el apoyo de gobernadores y alcaldes, de modo que al finalizar el año se tenían identificadas un millón y medio de familias por debajo del nivel de pobreza, para un total de 6.200.000 de personas, de las cuales fueron credenciadas 4.680.000. La mitad fueron financiadas con nuevos recursos.

Al finalizar 1995 el Gobierno decide dar por finalizado el ejercicio transitorio y ordena que la afiliación al régimen Subsidiado se haga a través de las administradoras definitivas, EPS, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud, mediante concurso que cada departamento debe abrir para asignar los afiliados y firmar contratos de aseguramiento. Para ello deben utilizarse únicamente los nuevos recursos.

La cobertura en servicios del seguro subsidiado se disminuye, sobre el entendido de que los tratamientos no cubiertos quedan a cargo de los Hospitales Públicos, con base en los viejos recursos que aún reciben. Queda cubierta la atención de primer nivel, la atención materno-infantil en todos los niveles y las enfermedades de alto costo por un mecanismo de reaseguro (cáncer, SIDA, trasplantes, etc.)

⇒ 1996: Año de ajustes. En el régimen contributivo, treinta Entidades Promotoras de Salud entran a competir por los afiliados. El Gobierno, debilitado por una crisis interna se apoya en los sindicatos con el nombramiento como Ministro de Trabajo de un líder sindical, precisamente proveniente del Instituto de Seguros Sociales, entidad que fortalecida políticamente se resiste a entrar en el Sistema, sobre la base del recaudo único y la UPC única, afirmando que, después de tres años de expedida la ley, no ha podido contabilizar los recaudos ni los afiliados.

Las EPS con baja afiliación tienen un porcentaje de gastos administrativos y de ventas muy elevados y la iliquidez de algunas comienza a ser evidente, por la mora en el pago a hospitales y clínicas. Al finalizar el año las EPS cuentan con 2.500.000 afiliados y el ISS presta servicios aproximadamente a 9.000.000 de personas. la cobertura del régimen contributivo asciende del 25 al 30% de la población.

Las quejas de los ciudadanos por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio comienzan a ser constantes y muchas demandas son ganadas en los tribunales contra las respectivas Entidades Promotoras de Salud, en defensa del derecho constitucional a la vida y a la salud, hecho que inquieta gravemente a las administradoras y posteriormente al Ministerio, que por fallo legal debe asumir estos servicios no cubiertos, como los medicamentos para el SIDA.

El gremio médico, por su parte, se queja de haber sido empobrecido por el Sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las EPS. Las Clínicas y hospitales se quejan igualmente, pero los análisis muestran que sus déficit se deben más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el Sistema permite.

En el régimen subsidiado el concurso y la libertad de elección de cada familia, originan un proceso lento de inscripción, por lo que al final del año la cobertura es de poco más de cinco millones de personas, o sea el 15% de la población. El sistema en conjunto cubre cerca de la mitad de la población.

Los Hospitales Públicos contratados por las administradoras no cumplen a cabalidad con sus obligaciones para con los afiliados y muchos pretenden cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro, que por norma debían asumir de su presupuesto.

A su vez los Hospitales se quejan de que las Administradoras no pagan oportunamente y estas a señalan que los Alcaldes no pagan a tiempo los contratos de aseguramiento.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye los primeros procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia en el seguro subsidiado.

Al finalizar el año se expide una ley que ordena de nuevo y cuantifica el retiro gradual de los presupuestos a los Hospitales Públicos en los siguientes cuatro años, recursos que deben permitir aumentar la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado.

⇒ 1997: Año de consolidación del Sistema y crucial para que éste pase la prueba definitiva de sus contradicciones, en medio de una nueva campaña política para la elección presidencial, de gobernadores y alcaldes, así como de miembros del Congreso.

El Consejo Nacional de Seguridad Social, más que nada por la presión de los tribunales, aprueba la inclusión de los medicamentos para el SIDA en el seguro, sin un incremento correlativo del valor de la unidad de capitación.

La cuenta de ingresos del Sistema es superior a la de pagos a las EPS por capitación, pero solo se reconoce un aumento de la UPC equivalente a la inflación, dado que la EPS más grande, el Instituto de Seguros Sociales aún no presenta cuentas de ingresos y afiliados.

Algunas EPS muestran pérdidas muy importantes y frenan la afiliación. Se preveía un número menor de las mismas con un promedio mucho mayor de afiliados que las hiciera rentable. Deben producirse las primeras bajas o fusiones entre las administradoras. Únicamente aquellas que entraron con fuerza al régimen subsidiado muestran ya utilidades significativas en su segundo año de operación.

El régimen subsidiado supera los 6.000.000 de afiliados antes de la mitad del año, con la inyección de nuevos recursos. Los Hospitales comienzan a mostrar su descontento por la reducción del 15% de los aportes nacionales, pues no todos logran facturar esa proporción a las administradoras, especialmente los especializados, cuyos servicios en su gran mayoría no son cubiertos por el seguro subsidiado.

Fortalezas y Debilidades

Aunque es aún muy temprano para evaluar los resultados de la reforma del sistema de salud colombiano la revisión bibliográfica permite plantear algunas conclusiones en torno al sector.

Situación de salud

Fortalezas

- ⇒ Avances en la transición epidemiológica. El país presenta cuadros pre transición y post transición. En términos globales se puede señalar, por ejemplo, en contraste con el alto peso de las muertes externas se registra un peso relativamente bajo de las muertes por enfermedades infecciosas

Política de salud

Fortalezas

- ⇒ **Orientación hacia la promoción y prevención.** El nuevo sistema no se concentra exclusivamente en la atención médica sino que promueve las acciones de promoción y prevención, designando responsabilidades concretas a las EPS en esas áreas y estableciendo flujos financieros específicos.

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇒ Extensión de la cobertura. La reforma consiguió expandir considerablemente la cobertura del sistema, la cual constituía una de las mayores debilidades del sistema. Hasta mediados de 1997 la cobertura se extendió a 20 millones de colombianos (Rosselli & Dennis, 1997:29).
- ⇒ Cercanía entre instituciones y usuarios. Según Paredes (1997:126) “la fortaleza más importante de las EPS es la cercanía que mantienen con los usuarios, lo que permite una mayor aproximación a sus problemas y sus preocupaciones. Esto es importante, ya que la gente percibe la diferencia entre las EPS y el Seguro Social”
- ⇒ Integración público privada. La reforma no solo ha conseguido integrar los subsectores públicos y de ella seguridad social sino que “se ha logrado aprovechar el manejo que tenían las empresas de medicina prepagada, las cuales han ido desapareciendo como tales. Sólo quedan dos de 27 que eran. Ellas se han transformando en Entidades promotoras de la Salud, aprovechando su experiencia en el manejo de servicios”(Paredes, 1997:127).

Situación de salud

Debilidades

- ⇒ Graves problemas de violencia. Las causas externas son responsables por el 27% de las muertes, el 39,9% de los AVPP y también constituyen la primer causa de pérdida de AVISA.
- ⇒ Altas inequidades regionales en el perfil de salud. Por ejemplo, Arauca y Cundinamarca tienen tasas seis y siete veces más altas que Bogotá

Política de salud

Debilidades

- ⇒ El *POS resultó muy ambicioso*. Según Rosselli & Dennis (1997:29) entre las razones que generaron una crisis financiera se puede listar la obligación de ellas EPS para cubrir preexistencias, la ambición de la paquete “mínimo”, y que el valor de las cápitas (UPC) haya sido resultado de intensas negociaciones políticas con un cálculo grueso que incluye amplios márgenes de error en la consideración de las ganancias.

Sistema de salud

Debilidades

- ⇒ Insuficiente desarrollo de tecnología de gestión. Todavía está en desarrollo el modelo de control de calidad dentro del sistema. Además las EPS están experimentados con modelos alternativos de contratación y pago, que antes eran por acto médico. Por otro lado, la afiliación masiva generó temores por la incertidumbre de qué volúmenes de afiliados permiten alcanzar economías de escala sin generar descontrol o altos costos administrativos.
- ⇒ Abuso moral y demanda inducida: “Además de ellas debilidades operativas que ha tenido el seguro social, principal EPS, se ha observado que la mayoría todavía está experimentando problemas en el control del uso indiscriminado de los servicios, porque han tratado de continuar con el mismo sistema que utilizaban las empresas de medicina prepagada en donde no había limitación para el acceso a especialistas, por ejemplo”(Paredes, 1997:127)
- ⇒ Dificultades en la reconversión de los hospitales públicos. Aunque el nuevo modelo los concibe como empresas que captan sus recursos a través de la venta de servicios. Se han señalado las dificultades de relacionamiento entre EPS privadas y hospitales públicos.
- ⇒ Dificultades financieras. Durante 1996 las EPS registraron un déficit total de 33 millones. De persistir esta situación puede conducir a la quiebra y cierre de gran parte de ellas (Rosselli & Dennis, 1997:29).

Bibliografía Consultada

- FEMEBA, (1995), "La Ley 100",..
- FERREIRA, Ana María & RODA Pablo(1993), Análisis de los procesos de inversión en ambiente y Salud en Colombia, Serie estudios N 7.PLAS.OPS/OMS .Abril 1993
- GROLIER *Multimedia Encyclopedia* (1997), Electronic Publishing, Mindscape Inc.
- GUTIERREZ, Catalina; MOLINA, carlos gerardo; WULLNER, Andrea; GIEDON, Ursula (1994), *Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de Salud: Sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social*. GEHOS. Colombia. *Apud*. Plaza (1997)
- INFANTE, Alberto; ISAZA, Pablo (1997). "La reforma Sanitaria en Colombia: lecciones de una experiencia" *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen I. Número 3. Julio/septiembre.
- INFANTE, Alberto (S/d), "Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: on Three Country Experiences", mimeo.
- JARAMILLO, I (1994), "El Futuro de la Salud en Colombia", FESCOL, Santa Fe de Bogotá.
- MEDICI, André (1997), "A economía Política das reformas em Saúde". Porto Alegre IAHC5
- MINISTERIO DE SALUD (1995), "El Sector Salud en Colombia. Pasado, Presente y Futuro", presentado en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, Washington DC.
- MORALES, Luis (1996), " El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia", Santa Fe de Bogotá, mimeo
- MORALES, Luis (1997), "El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia", In: CEPAL – *Serie Financiamiento del Desarrollo* n° 55. Santiago de Chile. Julio.
- OPS. (1995). *Estadísticas de Salud de las Américas*. Publicación Científica n°556.
- OPS/OMS (1997), "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1997", Programa de Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.
- PAREDES, Nelcy (1997). Las entidades promotoras de la salud en Colombia. Ministerio de Salud del Perú. *Seminario Internacional Reforma del Sector Salud*. Lima. Páginas 121-135.
- PLAZA, Beatriz(1997). "Mecanismos de Pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de la Seguridad Social en Colombia" In: CEPAL – *Serie Financiamiento del Desarrollo* n° 51. Santiago de Chile. Junio.
- RESTREPO TRUJILLO, Mauricio(1997). "La reforma de la seguridad social en salud colombiana y la teoría de la competencia regulada" In: CEPAL – *Serie Financiamiento del Desarrollo* n° 47. Santiago de Chile. Abril.
- REVISTA SALUD COLOMBIA (1998), "La reforma. El sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia". XV Edición.
- ROSELLI, Diego & DENNIS, Rodolfo (1997). "Colombian health care system reform" *Eurohealth* vol3 n° 3 . Autumn. Página 29.
- TONO, Teresa (1996), "La Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en Colombia: Situación Actual y Desafíos" presentado en *Seminario La Investigación en economía y financiamiento de la Salud en América latina y el Caribe*. Universidad de Chile. 1996..
- UNIVERSIDAD DEL VALLE."Website en Internet ".(<http://hipocrates.univalle.edu.co/macro/maco5c.htm>)
- WORLD BANK (1997), "Select World Development Indicators", The Bank for Reconstruction and Development, World Bank.
- WORLD BANK (1997), World Development Report, The Bank for Reconstruction and Development, World Bank.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Se han detectado informaciones disímiles con relación a varios indicadores. Entre ellos:

Índice de Gini:

Según la Universidad del Valle (1997) en 1992 era de 0.43

Según el World Bank (1997) en 1991 ascendía a 51,3

Mortalidad infantil:

Según OPS/OMS en 1996 era de 35λ,

Según el World Bank (1997) en 1995 se limitaba a 26λ.

Infante e Isaza (1997) afirman que entre 1994 y 1995 la tasa se situaba en 28λ.

Valor del upc:

Según la Revista “ Salud Colombia (1998) era de aproximadamente U\$S150

Según Medici (1997) era de U\$S v 120

Siglas Utilizadas

AVPP: Años de vida potencialmente perdidos.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

EPS: Entidades promotoras de salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

ICSS: Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

IPS: Instituciones prestadoras de servicios públicos.

ISS: Instituto de Seguros Sociales.

POS: Plan Obligatorio de Salud

POSS: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

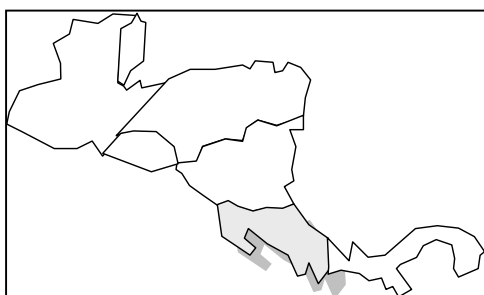
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

UPC: Unidad de pago por capitación.

UPCS: Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Costa Rica*

Características Generales



Costa Rica es un país de América Central que se destaca no sólo por su crecimiento económico y estabilidad del sistema político, sino además por los significativos avances que presenta en el plano social, resultado de un esfuerzo sostenido de inversión en las capacidades de población. Entre otras cosas, un reflejo de ello es que ha ocupado, hasta 1995, el primer lugar para Iberoamérica en

relación al índice de Desarrollo Humano, del PNUD (posición 28 entre 174 países).

Actualmente Costa Rica se encuentra bajo un proceso de fuerte ajuste estructural para hacer frente a la grave crisis de los años '80, enfrentada por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

En esta dirección, a comienzos de los años '90 se puso en marcha el proceso de Reforma del Estado, que incluye la Reforma del Sector Salud, así como la búsqueda del nuevo paradigma del desarrollo sostenible.

Población

En Costa Rica se observa una fuerte concentración poblacional en la Meseta Central y una importante tendencia a la urbanización. La población urbana creció, entre 1960 y 1990, a un promedio anual de 3,2%. Sin embargo, el porcentaje de población rural sigue siendo mayor que el de población urbana (Cuadro 1).

En los movimientos migratorios internos predominan las corrientes desde las ciudades pequeñas y las zonas rurales hacia los principales centros urbanos del país, y desde zonas rurales económicamente deprimidas con escasas fuentes de trabajo y alta concentración de la tierra hacia otras zonas rurales en desarrollo, donde la demanda de mano de obra es mayor.

La población total para 1997 se estima en 3.575.000 de habitantes (Cuadro 1). A esta cifra debe sumársele alrededor de 500.000 indocumentados extranjeros presentes en el país, provenientes casi en su totalidad de su vecino del Norte.

* Este informe fue desarrollado por Rubén Arletti, Mónica Nosei y Alberto Pons, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

La población en situación de pobreza alcanza un porcentaje nada despreciable (Cuadro 1). En 1995, el 14,7% de los hogares se encontraban en situación de pobreza y casi el 7% en situación de extrema pobreza.

Para hacer frente a esta situación el Estado costarricense ha desarrollado un Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y mecanismos concretos de protección a los pobres (acceso a bienes y servicios, subsidios, vivienda, etc.). Los indicadores para 1997 habrían mejorado.

En tanto, se observa una importante desigualdad en la distribución del ingreso. Los hogares más ricos presentan un ingreso 29 veces superior al de los hogares más pobres. Asimismo, cabe señalar que las tasas de ocupación son más bajas en hogares pobres, y que éstos presentan niveles educacionales más bajos. (Ministerio de Salud, 1996)

La Población Económicamente Activa (PEA) viene creciendo a un ritmo mayor al del crecimiento de la población total y el sector productivo ha tenido suficiente capacidad relativa para absorber la oferta de trabajo. Así, el desempleo abierto no es un gran problema (Cuadro 1), aunque el subempleo es de 5,9%, con una subutilización total de 10,1%.

Es importante señalar que el desempleo abierto afecta con más fuerza a los jóvenes, a los mayores y a los de más bajos niveles de educación.

Con respecto a la superficie del país, el país dispone de entre un 5% a un 7% de la biodiversidad del mundo, y 25% de su superficie es protegida. (Cuadro 1).

Cuadro 1: Costa Rica: Información general del país

Superficie del país (en km ²)	51.100
Población total (N° de hab.)	3.575.000 (1997)
Población urbana (%)	43,6 (1996)
Población rural (%)	56,4 (1996)
Población. en situación de pobreza (%)	25 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	2,07 (1995-2000)
Tasa de desempleo abierto (%)	4,8 (1995)

Fuente: Ministerio de Salud (1996) y OPS/OMS (1997).

Con respecto a la estructura de la población según grupos de edad, puede decirse que Costa Rica se caracteriza por ser un país “joven” ya que los menores de 15 años representan poco menos del 35% de la población total (Cuadro 2).

Cuadro 2: Costa Rica: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cantidad	%
menos de 4 año	399.646	11,9
5 a 9	392.060	11,7
10 a 14	365.784	10,9
15 a 39	1.430.198	42,5
40 a 59	541.676	16,1
60 a 64	76.628	2,3
65 y más	156.341	4,6
Total	3.362.333	100,0

Fuente: CELADE y Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud (1996).

Organización Política

Costa Rica es un Estado democrático, de bienestar y de derecho, con más de cuarenta años sin ejército, cuyo forma de gobierno es representativa republicana y unitaria.

El poder Legislativo reside en el Congreso Constitucional de 57 miembros elegidos por sufragio directo universal. El Ejecutivo es ejercido por un Presidente de la República, durante cuatro años y no es renovable. El Poder Judicial está integrado por la Corte Suprema, los Tribunales de Apelación y Tribunales inferiores.

El país se divide en siete provincias a cargo de gobernadores, subdivididas en cantones y distritos. Las provincias son: Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas y San José. La Capital es San José.

Economía

La economía costarricense ha sido siempre altamente dependiente de la exportación de productos agrícolas. Durante los años ochenta perdió alrededor de 1,5% del PBI anualmente, producto de la caída de los precios del café, banano y azúcar y del deterioro de los recursos boscosos, la erosión y la explotación insostenible del golfo de Nicoya. En esa década y en las anteriores, no hubo una política o acción decidida sobre el manejo de recursos naturales, lo cual dificulta avanzar hoy en el desarrollo sostenible.

El Producto Bruto Interno alcanzó en 1995, los U\$S9.233 millones (World Bank, 1997), lo cual representa una renta per capita del orden de los U\$S2.500.

Estado de Salud de la Población

Es interesante señalar que Costa Rica presenta una de las más bajas tasas de mortalidad general a nivel mundial. Esto se debe tanto a la joven composición de la población, así como también al elevado nivel de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

Se ha registrado un aumento de la mortalidad general a lo largo de la década del '90; de 3,8 por 1000 habitantes a principios de la década pasó a 4,2 por 1000 hab. en 1995. Este aumento

en la tasa de mortalidad general se debe básicamente al crecimiento gradual de la tercera edad en el país.

Si bien este tipo de iniciativas no se ven reflejadas en el indicador mencionado, se hacen evidentes al analizar otras variables. Un ejemplo es la tasa de mortalidad infantil, la cual no sólo presenta muy bajos niveles sino que además ha registrado una disminución a lo largo de los últimos años (mientras que en 1990 era de 15,3 cada 1000 nacidos vivos, en 1996 fue de 12 por 1000 nacidos vivos).

Por otra parte, es importante destacar que la tasa de esperanza de vida de 76 años es una de las más altas del mundo, pese a ser Costa Rica un país con un mediano ingreso per capita. (Cuadro 3).

Cuadro 3: Costa Rica: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	12 por mil nacidos vivos. (1996)
Esperanza de vida al nacer	76 años (1995)
Esperanza de vida al nacer mujeres	78,46 años (1995)
Esperanza de vida al nacer hombres	73,65 años (1995)

Fuente: a) OPS/OMS (1997), b), c) y d) Ministerio de Salud (1996).

En relación a las patologías re-emergentes, la malaria, el dengue, el cólera y las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Por otra parte, hay una prevalencia de la llamada patología del desarrollo, compuesta por enfermedades crónica degenerativas y del deterioro social. Se incrementaron los padecimientos de la edad adulta y la vejez, de manera que las tres primeras causas de muerte pasan a ser ocupadas por las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, traumatismos y acciones violentas. (Ministerio de Salud, 1995).

Las principales causas de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por los tumores, los accidentes y las enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo. (Cuadro 4).

Cuadro 4: Costa Rica: Cinco principales causas de muerte, 1995

Causa	Nº	%	Tasa por 1000 hab.
Enfermedades del aparato circulatorio	4174	29,6	12,4
Tumores	2819	20,0	8,4
Clasificación Suplementaria de causas externas	1667	11,8	5,0
Enfermedades del aparato respiratorio	1539	10,9	4,6
Enfermedades del aparato digestivo	908	6,5	2,7
Resto de las causas	2954	21,0	8,8
Total	14061	100,0	41,8

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud (1996).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema de Salud

Principales hitos

- ⇒ 1927: Creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, posteriormente Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (hoy Ministerio de Salud).
- ⇒ En 1941: se funda la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS).
- ⇒ A lo largo de las décadas del '50 al '70 se universalizaron los seguros sociales y se adoptó una estrategia de atención primaria en salud. Esto se vio reflejado en la extensión del Seguro de Enfermedad y Maternidad al grupo familiar del trabajador y a zonas típicamente rurales.
- ⇒ En 1973 se dictó una nueva Ley General de Salud, una ley orgánica del Ministerio de Salud.
- ⇒ En 1973 se dictó la Ley de Traspaso de Hospitales, lo que significó el traspaso de todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud, Juntas de Protección Social a la CCSS y tres privados de las compañías bananeras, reafirmando de este modo la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y sentando las bases para la implementación de un sistema integral de salud.
- ⇒ En 1974 se dictó la Ley de Asignaciones Familiares, cuyos fondos se dirigen principalmente a los programas de Atención Primaria.
- ⇒ Durante la década del '80 se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS por medio de la suscripción de “Convenios de Integración” para reducir la falta de integralidad y continuidad en la atención y la duplicación de esfuerzos y recursos entre ambas instituciones. (Miranda, 1994).

La primera etapa de lo que hoy es el Sector Salud Costarricense se ubica en la segunda mitad del siglo XIX, y se caracteriza por la existencia de una medicina asistencial de caridad, principalmente orientada hacia los menesterosos.

La segunda etapa abarca las primeras cuatro décadas del presente siglo, etapa en donde se reemplaza el concepto de caridad por el de beneficencia, y empiezan a generarse acciones sistemáticas de salud pública. En esta fase se destaca la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, posteriormente Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, hoy Ministerio de Salud, la aparición de unidades estructuradas para la atención de problemas específicos denominadas “Luchas” y la creación del Banco Nacional de Seguros, en 1923, hoy Instituto Nacional de Seguros. (Ministerio de Salud, 1995) a cargo de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

La tercera etapa se ubica entre 1940 y 1970, durante la cual se puso en práctica la medicina preventiva institucionalizada. Como consecuencia, el Ministerio de Salud sufrió una fuerte reorganización precisando su campo de intervención, acorde con una mayor y mejor distribución de sus recursos. En tanto, a lo largo de esta etapa se crea la Caja Costarricense de Seguro Social -CCSS- y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1993).

La CCSS, fundada en noviembre de 1941, cubrió originalmente solo al trabajador asalariado. Estaba constituida por dos regímenes: el de enfermedad y maternidad creado para otorgar servicios médicos y el de invalidez, vejez y muerte que cubría los riesgos específicos de la disminución permanente de la capacidad laboral de los beneficiarios. (Poppe de Muñoz).

Conforme se fue desarrollando la CCSS, se fueron operando dos fenómenos importantes de señalar. Por una parte, a medida que se extendía la protección de los seguros sociales, la

Caja adquiriría mayor solidez e independencia. Su autonomía, al igual que la de otras entidades de igual rango en el país, adquirió su máxima expresión a mediados de la década de los años setenta. (Fonseca, 1993).

En la década de 1950 a 1960 se fue configurando el concepto costarricense de Medicina Social, con todas sus repercusiones innovadoras y ciertamente trascendentes. Ello fue más evidente al extenderse el Seguro de Enfermedad y Maternidad al grupo familiar del trabajador (1956), introduciendo la cobertura familiar obligatoria para la esposa, o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres si fuesen dependientes el asegurado directo. Todo esto originó inmediatamente cambios profundos, incluso en la organización de los servicios de salud, que de un día para otro tuvieron que enfrentar una demanda masiva.

En 1961 se introdujo una reforma a la constitución Política de gran importancia, que impuso a la CCSS la obligación de universalizar los seguros sociales puestos a su cargo, así como la creación de rentas suficientes para cumplir dicho propósito, fijando inclusive un plazo no mayor de diez años para llevar a cabo la universalización.

En la década de los sesenta continuó la extensión del seguro de enfermedad y maternidad a zonas típicamente rurales.

En 1970, se inicia el proyecto de universalización de la cobertura del régimen de enfermedad y maternidad conjuntamente se elabora el Primer Plan Nacional de Salud, para integrar funciones con el Ministerio de Salud, lo que conduce a las reformas de protección incompletas.

Simultáneamente, la CCSS emprendió la construcción de instalaciones propias, tanto hospitales como clínicas de consulta externa. Se contrataron servicios con los hospitales gubernamentales de Juntas de Protección Social de las localidades donde la CCSS no contaba con infraestructura propia, para dar la atención a los nuevos asegurados.

Por lo tanto, la cuarta etapa, la cual puede decirse que constituyó la primera gran reforma del sistema de salud, se basó en dos pilares fundamentales como son la universalización de los seguros sociales y la adopción de la estrategia de atención primaria en salud. (Ministerio de Salud, 1995).

En esta dirección, en 1973 se ampliaron, mediante ley (Ley de Traspaso de Hospitales), los recursos materiales, humanos y financieros del seguro social para que extendiera sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral, mediante el traspaso de capacidad física instalada y sus fuentes de financiamiento y la obligación de atención de la población asegurada y no asegurada. Este proceso significó el traspaso de todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud y Juntas de Protección Social a la CCSS, quedando consolidadas la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y para la implantación de un sistema integral de salud. (Ministerio de Salud, 1995 ; Miranda, 1994).

Asimismo, a partir de 1973, se estableció como responsabilidad del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud públicos y privados del país. En tanto, se estableció la posibilidad de que otras dependencias administrativas desarrollaran acciones preventivas.

No obstante, durante los años siguientes, en la práctica, el Ministerio de Salud se abocó a lo preventivo y la CCSS a lo asistencial, lo que produjo una dicotomía y falta de integralidad y continuidad en la atención y duplicidad de esfuerzos y recursos entre ambas instituciones.

Para superar lo anterior, durante la década del '80 se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, por medio de la suscripción de "Convenios de

Integración”, y se pusieron en marcha nuevos modelos de atención. Esta integración se debió principalmente a la limitación de recursos económicos producto de la crisis, así como a la necesidad de orientar el gasto principalmente hacia la prevención, para disminuir el costo en la enfermedad mediante el aumento de la salud. (Fonseca, 1993).

Actores y roles dentro del Sistema¹⁵

El sistema de salud costarricense se compone de tres subsistemas: uno público, otro de seguridad social, las entidades formadoras de recursos humanos y un cuarto privado.

Subsector público

- a) Ministerio de Salud
- b) Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
- c) Los Municipios
- d) Prestadores públicos
- d) Los usuarios
- e) Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)
- a) Ejerce la rectoría del sector mediante el desarrollo de funciones estratégicas de dirección y conducción, vigilancia y regulación de la salud, e investigación y desarrollo tecnológico. Le corresponde la definición de la política nacional de salud y su normativa, la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país. Especialmente, se encarga del fomento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la nutrición y el control del ambiente. Tiene la responsabilidad del desarrollo de los programas prioritarios de alimentación/nutrición, promoción y protección de la salud y la salud ambiental. (Ministerio de Salud, 1996).
- b) El IMAS se encarga principalmente de administrar los fondos para el seguro que el Estado brinda a la población indigente y que se atiende en el Seguro de Enfermedad y Maternidad de CCSS.

En general se concentran en el desarrollo de actividades ambientales y de saneamiento.

- c) Luego de la Ley de Traspaso de Hospitales y, como consecuencia de la suscripción de los “Convenios de Integración” establecidos a partir de la década del ‘80, el subsector público participa solamente en la prestación de servicios de nivel primario, a través de los centros de atención ambulatorio (puestos de salud, centros de salud y clínicas de consulta externa). En el proceso actual de Reforma del Sector Salud están siendo traspasados al seguro social, para integrar una sola institución prestadora de servicios.
- d) Los usuarios del sistema son todos los costarricenses que requieran de atención ambulatoria, principalmente aquellos de menores recursos y que no están cubiertos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad (si bien la cobertura de este seguro es universal, todavía existe una franja de la población -alrededor del 13%- que no tiene acceso a él).
- e) Vigila y ejecuta las políticas nacionales de agua potable, aguas servidas y desechos en aguas indigentes.

Subsector de Seguridad Social

Como se puede percibir de la estructura presentada del subsector público, su función principal son las acciones preventivas. Para complementar las actividades del subsector público, el subsector de la Seguridad Social tiene bajo su responsabilidad el desarrollo de las actividades curativas. En otras palabras, es el encargado de lograr el acceso universal a los servicios de salud.

¹⁵ La elaboración de esta sección esta basada en Ministerio de Salud (1993 y 1995) y en Fonseca.

Los agentes que integran este subsector son:

- a) Caja Costarricense de Seguro Social
 - b) Instituto Nacional de Seguros
 - c) Prestadores Públicos
 - d) Los usuarios
- a) Fue creada para aplicar el seguro obligatorio de Enfermedad y Maternidad y en la actualidad el seguro por el Estado, brindando principalmente servicios de recuperación y rehabilitación de la salud. Colabora con el Ministerio de Salud en acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En la actualidad, la CCSS proporciona asistencia y servicio al 95% de la población nacional. La CCSS administra el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, además del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico (RNC).
 - b) Es una institución autónoma que administra el monopolio de todos los seguros y reaseguros en nombre del Estado. En el campo de la salud es la encargada de administrar los aspectos relativos al Régimen de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional. Le corresponde la administración técnica del seguro como tal, efectuar labores de prevención en materia de accidentes y enfermedades laborales, así como otorgar a los lesionados los servicios médicos y hospitalarios que, por convenios especiales, los otorga la CCSS y el subsector privado. También se encarga de brindar la indemnización económica al lesionado o sus derecho habientes por los daños o lesiones que sufra el trabajador accidentado.
 - c) Al igual que el subsector público participa también en la oferta de servicios correspondientes al primer nivel de atención. Sin embargo, también es el encargado de brindar los servicios en los otros dos niveles. El segundo nivel cuenta con clínicas de consulta externa de mayor complejidad y hospitales periféricos y regionales pertenecientes a la CCSS, que prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un grado variable de complejidad y especialidad. Finalmente, el tercer nivel cuenta con hospitales nacionales generales y especializados de gran capacidad resolutive, también pertenecientes a la CCSS, a quienes les corresponde prestar servicios curativos y de rehabilitación de la más alta complejidad (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).
 - d) Los usuarios de los servicios brindados por la CCSS son trabajadores asalariados del sector público y privado y sus familias. Asimismo, los trabajadores independientes, junto con sus familias, que se hayan asegurado voluntariamente están cubiertos por el subsector de la seguridad social.

Por otra parte, este subsector, también brinda protección a la población indigente asegurada por cuenta del Estado.

Subsector privado

El subsector privado costarricense es prácticamente inexistente. La demanda de los servicios privados muy reducida, especialmente en relación a la magnitud de la demanda de los servicios públicos y los ofrecidos a través de la CCSS. Sin embargo, en los últimos años frente a las dificultades financieras del sector público, hay un auge de los servicios privados.

Este subsector está compuesto por

- ⇒ **Agentes intermediarios:** Cooperativas y empresas de autogestión, que contratan servicios con CCSS.
- ⇒ **Prestadores privados:** clínicas, consultorios y otras instituciones privadas que brindan servicios de atención de la salud a los individuos que acuden a los agentes intermediarios mencionados. Sólo existen clínicas privadas, que comprenden unas 150 camas en total.

⇒ **Los usuarios** son agentes individuales, que pueden estar o no cubiertos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, que optan por demandar los servicios de prestadores privados. Cabe señalar, sin embargo, que la proporción de este tipo de pacientes es insignificante.

Formadoras de recurso humano

a) Universidad de Costa Rica y educación privada.

Capacita al sector dando el aporte de formación e investigación. En los últimos 10 años hay un importante desarrollo de la formación de recursos humanos para el sector salud, por las universidades privadas.

Responsabilidades jurisdiccionales

Históricamente los diversos sistemas de salud costarricenses fueron centralizados. Con las reformas de los noventa se inicia una descentralización basada en criterios de eficiencia. Esta descentralización es básicamente administrativa y operativa pero no política ni normativa.

La responsabilidad de las políticas de salud son competencia exclusiva de un sector del Gobierno Nacional que ejerce la Rectoría del Sistema de Salud mientras que las acciones de salud tienen diversos actores, la CCSS el INS; el ICAA y los Municipios y el propio Ministerio de Salud.

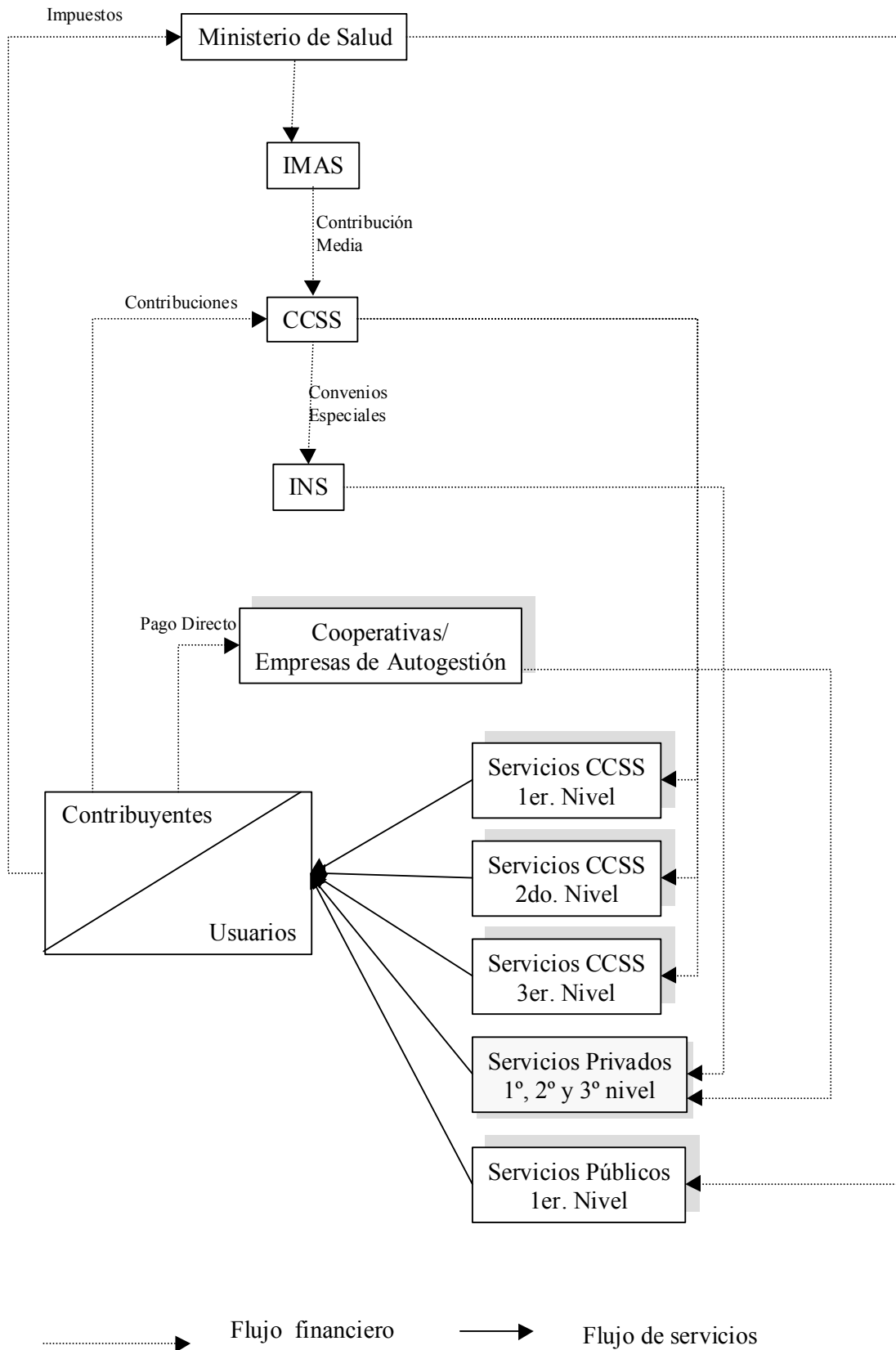
En la actualidad se pretende reservar totalmente las facultades de fijar políticas al Ministerio respectivo, el que se reserva parcialmente el rol de financiador mediante el IMAS, que financia las prestaciones que realiza la CCSS a personas cubiertas por las políticas de ayuda a indigentes.

Todos los servicios asistenciales pertenecen a la órbita nacional a través de la CCSS.

Los financiadores, la CCSS, el INS, el IMAS, además de los recursos financieros del Ministerio de Salud, generados por vía impositiva son también nacionales.

Hay algunos servicios municipales destinados al saneamiento y a la preservación del ambiente.

Costa Rica: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

En Costa Rica, el subsector público ha sido el predominante en el financiamiento y prestación de los servicios de salud, tendencia que se fortaleció desde la década de los '70 con la universalización de la Seguridad Social.

Financiamiento del Subsector Público (Ministerio de Salud, 1995).

El subsector público cuenta con cinco fuentes de financiamiento, cuyos recursos son administrados por tres organismos presupuestarios.

Fuentes de Financiamiento: Gobierno Central (aporta el 55% del total de los recursos); Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (30%), Junta de Protección Social de San José (9%), Impuestos Específicos (4%), Ventas de Bienes y Servicios (2%).

Los recursos que se obtienen de esas fuentes son administrados por tres organismos presupuestarios:

- ⇒ Gobierno Central (mediante la ejecución del presupuesto nacional),
- ⇒ Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)
- ⇒ Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).

Financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ministerio de Salud, 1995).

En este punto se hará referencia al financiamiento del denominado Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) o seguro de salud. Los gastos de operación del año son financiados con los ingresos por contribución del mismo período.

La base principal para el financiamiento son las contribuciones sobre los salarios de los trabajadores, las cuales se pagan mediante un sistema tripartito con participación de trabajadores (5,5%), patronos (9,25%) y Estado (0,25%). Asimismo, son de importancia las contribuciones sobre los montos de pensiones y sobre los ingresos de referencia de los trabajadores independientes que se hayan asegurado voluntariamente (de los cuales se obtiene un 13,5% del ingreso del trabajador, en donde el Estado contribuye con un 0,25% más una cuota complementaria para completar un 13,25% de los ingresos). (Ministerio de Salud, 1995, pág. 12).

Una segunda fuente está determinada por formas de protección no tradicional como es el caso del régimen de los Asegurados por Cuenta del Estado (población indigentes) llevado a cabo por el IMAS, el cual paga una contribución media por toda aquella población que no tiene capacidad contributiva. Dicha distribución se calcula con base en los niveles de contribución del resto de los asegurados.

Finalmente, se reciben ingresos por otros conceptos como son la venta de servicios y las rentas que generan las inversiones transitorias que realiza este seguro.

Con respecto a la participación de cada uno de estos aportes en los ingresos efectivos de la CCSS, según datos de 1993, se advierte que las cuotas patronales y de los trabajadores representaban el 99,7% de los ingresos tributarios de la CCSS. Las contribuciones de los patronos del sector privado reunían el 38% del este total (representando la mayor parte) y las contribuciones de los trabajadores del sector privado un 23%, seguidas por las de los trabajadores del sector público con un 15%. (Pope de Muñoz)

Cuadro 5: Caja Costarricense de Seguridad Social. Participación de los ingresos efectivos por instituciones, 1993 (porcentajes)

Concepto	Porcentaje
Ingresos corrientes	100%
Ingresos tributarios	43%
Contribuc. patronal Gob. Central	4%
Contribuc. patronal sector público	4%
Contribuc. trabajador sector público	7%
Contribuc. patronal sector privado	17%
Contribuc. trabajador sector privado	10%
Contribuc. asegurados voluntarios	1%
impuesto timbre hospitalario	0,1%
Ingresos no tributarios	28%
Transferencias corrientes	2%
Saldo inicial de caja y bancos	28%

Fuente: Contraloría General de la República, 1993 en Poppe de Muñoz.

Finalmente, cabe señalar que el *financiamiento del subsector privado* se hace mediante el pago directo de los usuarios.

Oferta de Servicios

Cuadro 6: Costa Rica: Oferta de servicios por subsector, 1993

	Subsector público	Subsector Seguridad Social (CCSS)	Subsector privado	Total
Nº establecimientos	1.428	211		
Centros de Salud	93			
Puestos de Salud	545			
Centros de atención integral	602			
Clínicas escolares odontológicas	76			
Unidades móviles odontológicas	64			
Hospitales Nacionales Generales		3		
Hospitales Nacionales Especializados		6		
Hospitales regionales		7		
Hospitales periféricos		13		
Clínicas		182		

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

	Subsector público	Subsector Seguridad Social (CCSS)	Subsector privado	Total
Camas		6761 (1994)	155 (1994)	6916 (2,5 x 1000 hab).
Médicos (1990-95)				12,7 x 10.000 hab
Enfermeras(1990-95)				9,5 x 10.000 hab
Odontólogos(1990-95)				3,8 x 10.000 hab

Fuente: Ministerio de Salud (1995 y 1996).

La organización del sistema de salud hace que la red de servicios de salud parta en su primer nivel desde el mismo hogar, por medio de la promoción de la salud y el autocuidado. Este nivel cuenta con Puestos de Salud, Centros de Salud y Clínicas de Consulta Externa tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS, encargados de brindar servicios de salud en las áreas de promoción y prevención principalmente. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

El segundo nivel cuenta con Clínicas de Consulta Externa de mayor complejidad y hospitales periféricos y regionales pertenecientes a la CCSS, que prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un grado variable de complejidad y especialidad. (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

El tercer nivel cuenta con hospitales nacionales generales y especializados de gran capacidad resolutive, a quienes les corresponde prestar servicios curativos y de rehabilitación de la más alta complejidad (Ministerio de Salud, 1995 y Fonseca, 1994).

Demanda

Cuadro 7: Costa Rica: Demanda de servicios por subsector, 1995

	Subsector público	Subsector Seg. Social (CCSS)	Subsector privado
Consultas anuales per capita	2,5 x Hab		
Egresos anuales (1995)	-	302.911	Insignificante
Tiempo medio de internación	-	5,94	

Fuente: Ministerio de Salud (1996).

Cobertura

a) ¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?

En 1996 la población cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad ascendía a 3.069.177 habitantes.

En tanto, el porcentaje de población con acceso a servicios de salud era del 97% en 1993.

El Seguro de Riesgos de Trabajo, tiene una cobertura del 65% del total de la población ocupada. En caso de accidente entre la población no asegurada, la CCSS asume la responsabilidad de brindar la atención médica y pensiones. (Ministerio de Salud, 1995).

b) ¿Cuántos tienen cobertura de seguros de salud? ¿Qué cantidad corresponde al sector privado y qué cantidad a la seguridad social?

En 1993, la población asegurada constituía un 86,2% de la población total. En tanto, se considera que el resto de la población (13,8%) tiene el seguro que el Estado brinda a través del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Gasto

Cuadro 8: Costa Rica: Gasto total en salud por instituciones, 1996*

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

	%	% del PBI**	Cápita/año
Ministerio de Salud	6,4	0,6	
CCSS	82	8,0	
I.C.A.A	5,3	0,5	
I.N.S	4,2	0,4	
Municipalidad	2,1	0,2	
Total	100	9,8	156 (1990)***

* Estimación., ** en base a millones de colonos constantes. ***US\$ '98

Fuente: Ministerio de Salud (1996) en base a información suministrada por las instituciones respectivas y el Banco Central.

No se cuenta con información actual sobre la participación del sector privado en el suministro y financiación de los servicios de salud. Un estudio realizado por la Dirección General de Estadística y Censos con la CCSS, por medio de la Encuesta de Hogares en 1987 estimó que el gasto privado en salud era equivalente a aproximadamente el 23% de los gastos que realizaban el Ministerio de Salud y la CCSS.

Reforma del Sistema

La década de los años '80 marco un nuevo rumbo a la economía costarricense. Se quebrantó el auge de los años '70 y el país se enfrentó a una de las crisis económicas más severas de su historia. Ello repercutió sensiblemente en la situación social, produciéndose un deterioro general de las condiciones de vida en amplios sectores de la población.

En tanto, la problemática del sector se agudizó con el cambio en el perfil epidemiológico del país, fruto de los nuevos patrones de vida de la población. Esto último ha obligado a modificar la oferta de servicios, dada la forma de organización del sector. (Ministerio de Salud, 1993).

Asimismo, los cambios en la estructura socio - demográfica de la población y en los patrones de morbi-mortalidad, fecundidad y migraciones, obligan a mantener una capacidad instalada en los servicios cada vez más compleja y más costosa, y a la adquisición de tecnologías más sofisticadas, de difícil operación y mantenimiento. (Ministerio de Salud, 1993).

Todos estos cambios que han tenido lugar durante la década del '80 han llevado a replantear las formas de organización del sector, impulsando una nueva reforma del sector que tuviera como propósito fundamental el lograr la universalización y equidad de los servicios de salud para la población costarricense.

Entre los problemas relevantes presentes actualmente en el sector, se destacan los siguientes (Ministerio de Salud, 1995):

- ⇒ La inexistencia de una instancia de planeamiento integral, control y evaluación
- ⇒ Falta de sistematización, oportunidad y confiabilidad en el manejo de la información, lo que afecta negativamente la toma de decisiones con criterios científicos.
- ⇒ La existencia de una dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial, unido a una falta de continuidad en la atención. El actual sistema se caracteriza por un enfoque eminentemente curativo más que preventivo.
- ⇒ Reducción, en términos reales, de los recursos asignados al Sector, en contraposición a un incremento importante en la demanda de servicios.

- ⇨ Incremento en el gasto de los insumos básicos, de la fuerza laboral y de la complejidad de las soluciones, ha determinado un aumento en el gasto de los servicios de salud, de manera creciente.
- ⇨ Ineficiente y rígida administración de los recursos. No se cuenta con un análisis del uso racional de los recursos; se carece de un control efectivo de gastos según costos reales y de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos previstos.
- ⇨ Se observa una disminución real de la cobertura de los programas del Ministerio de Salud, debido a la rigidez estructural y a las limitaciones presupuestarias.
- ⇨ Escasa participación de las comunidades en la toma de decisiones e impulso de acciones que redunden en una mejoría del estado de salud de la colectividad.
- ⇨ Transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de enfermedades típicas de países desarrollados y de enfermedades características de los países subdesarrollado, con una oferta rígida de recursos tecnológicos y financieros y una escasa participación de otras fuerzas y actores sociales en la producción de salud.

En base a estos problemas, la reforma del sector salud costarricense se apoya sobre los siguientes pilares fundamentales:

1. *Rectoría del Sector*: se concibe como la capacidad política para dirigir y conducir el desarrollo de la salud. En este sentido, el Ministerio de Salud está siendo objeto de profundas transformaciones. Probablemente, el Ministerio de Salud, paulatinamente y con el traspaso de los programas de atención de las personas a la CCSS, tendrá más capacidad de centrarse en el ejercicio de la rectoría con mayor lucidez y con todos los recursos técnicos y financieros para ese fin. El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría por medio de cuatro funciones de importancia estratégica: i) dirección, coordinación y conducción, ii) regulación iii) vigilancia y iv) investigación científica y desarrollo tecnológico. La rectoría actuará en dos planos: i) el sistema de salud de las personas y del ambiente como un todo y ii) situaciones específicas en que la salud como bien social está en juego.

2. *Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención*: tiene como propósito garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud a toda la población. Con ese fin, se ha generado una oferta básica de servicios, normas y programas de salud integral para grupos específicos de población, de carácter preventivo y curativo en cada localidad y sector de la población. La implementación del nuevo modelo basado en la estrategia de Atención Primaria, está permitiendo, entre otras cosas, el establecimiento de aproximadamente 90 áreas de salud y 800 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS)¹⁶. En el sistema actual, la posibilidad del usuario de elegir el personal de salud y el lugar de la atención es prácticamente nula. El modelo de reforma tiene como uno de sus objetivos fundamentales, garantizarle una mayor libertad respecto de quién y dónde ser atendido. Si bien es cierto que no es posible a corto y mediano plazo ofrecer una libertad plena en este campo, si es factible ampliar esa posibilidad por medio de una modificación de las normas administrativas actuales, del sistema de afiliación, del sistema de contratación de los profesionales y técnicos y, especialmente, del desarrollo de nuevas modalidades de atención o prestación de los servicios ambulatorios y hospitalarios. (Salas, 1996).

En tanto, debido a las modificaciones en el rol del Ministerio de Salud y de la CCSS y con el fin de lograr la integración de los servicios de salud, se está realizando la transferencia de los

¹⁶ Identifica los recursos mínimos a ser asignados a poblaciones de 4000 habitantes en promedio y está compuesto por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria (Ministerio de Salud, 1995).

programas de atención a las personas a cargo del Ministerio de Salud hacia la CCSS, con el fin de constituir el Programa de Atención Integral de la Salud, consolidando las acciones preventivas y curativas de la atención.

3. *Desarrollo Institucional*: este pilar tiene varios planos de acción: i) el régimen interno, ii) el plano interinstitucional y, iii) el sistema social como un todo.

En este contexto, en la actualidad se llevan a cabo acciones específicas relacionadas con i) el traslado de los programas de atención a las personas del Ministerio de Salud a la CCSS, ii) la reorganización de los programas operativos del Ministerio Rector, iii) la definición, diseño y organización de las funciones estratégicas de la Rectoría, iv) el inventario de modificaciones jurídicas, v) la descentralización de la toma de decisiones y administración de los recursos en la CCSS y vi) el desarrollo del sistema de información sanitario que facilite el control gerencia, la vigilancia de la salud, favoreciendo la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.

4. *Descentralización administrativa y regionalizada*: como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto es necesario impulsar un agresivo proceso de descentralización administrativa, indispensable para lograr un fortalecimiento del aparato de gestión y, por lo tanto, una mejor administración de los servicios de salud a nivel sectorial. (Salas, 1996).

Parece necesario introducir algunos elementos con respecto al origen y destino del financiamiento, que le puedan brindar mayor viabilidad a la operación del modelo. Dentro de ellos, uno de los más importantes es que la unidad administrativa correspondiente a nivel local, la Dirección Local, sea la encargada de la gestión de los recursos, con la responsabilidad de administrar el otorgamiento de los servicios incluidos en la oferta de servicios básicos integrales.

Para efectos del Ministerio de Salud y la CCSS, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, concordarán geográficamente. Cada región se dividirá en áreas de salud con base en la división político administrativa del país. (Salas, 1996)

Dichas áreas serán la sede de las Direcciones Locales de Salud, unidades administrativas básicas. Estas unidades estarán a cargo de un director o un gerente y de un equipo técnico y administrativo, que tendrán bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas. (Salas, 1996)

5. *Fortalecimiento del Financiamiento*, particularmente de la CCSS, mediante un mejoramiento de la eficiencia en la recaudación, la introducción de incentivos a la afiliación, la eliminación de la evasión y subcotización, y el desarrollo de nuevos instrumentos de asignación de recursos y administración de servicios, que mejoren la eficiencia y la eficacia en la utilización de los recursos.

Concretamente, en este plano la reforma plantea (Salas, 1996):

- ⇒ Rediseñar el modelo de financiamiento de tal forma que se contemple claramente el origen de los recursos, según cada fuente y la magnitud o nivel de obligaciones por tipo de contribuyente
- ⇒ Establecer mecanismos eficientes que estimulen la afiliación de los cotizantes, reduzcan la evasión y perfeccionen los sistemas de recaudación, especialmente los referidos al control de la recaudación y de la evasión.
- ⇒ Diferenciar las funciones básicas de provisión y financiamiento.
- ⇒ Redefinir la forma de asignar los recursos a las áreas de salud, independientemente de si éstas están organizadas como servicios públicos, si son administrados por la

CCSS o si los servicios han sido contratados a cooperativas y otro tipo de empresas a considerar en el futuro.

Debilidades y Fortalezas

Situación de salud

Debilidades

- ⇒ ***Heterogeneidades:*** Transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de enfermedades típicas de países desarrollados y de enfermedades características de los países subdesarrollados, con una oferta rígida de recursos tecnológicos y financieros y una escasa participación de otras fuerzas y actores sociales en la producción de salud.

Fortalezas

- ⇒ Costa Rica es uno de los países de Centroamérica con ***mejores indicadores de salud***.
- ⇒ ***El país presenta una de las más bajas tasas de mortalidad general a nivel mundial:*** esto se debe tanto a la joven composición de la población, así como también al elevado nivel de las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil no sólo presenta muy bajos niveles sino que además ha registrado una disminución a lo largo de los últimos años.

Amenazas

- ⇒ ***Se ha registrado un aumento de la mortalidad general*** a lo largo de la década del '90: este aumento se debe básicamente al crecimiento gradual de la tercera edad en el país.

Sistema de salud

Debilidades

- ⇒ ***Insuficiente programación y control:*** Inexistencia de una instancia central de planeamiento integral, control y evaluación.
- ⇒ ***Dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial:*** el sistema actual se caracteriza por un enfoque eminentemente curativo más que preventivo.
- ⇒ ***Ineficiencia y rigidez en la administración de los recursos:*** no se cuenta con un análisis del uso racional de los recursos, se carece de un control efectivo de gastos según costos reales y de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos previstos.
- ⇒ ***Concentración de la oferta de servicios*** en las áreas metropolitanas y en la capital. En las zonas rurales o en las poblaciones dispersas hay poca capacidad de oferta, graves problemas de financiamiento y bajas coberturas.

- ⇒ **Baja participación:** Existe escaso interés y poca participación de la población en la gestión de los servicios de salud, bajo rendimiento de los recursos humanos y de los recursos físico o infraestructurales.

Oportunidades

- ⇒ **Descentralización administrativa y operativa pero no política ni normativa.** Esta transformación se basa principalmente en la necesidad de alcanzar mayores niveles de eficiencia. Para efectos del Ministerio de Salud y la CCSS, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales concordarán geográficamente.
- ⇒ **Implementación de un nuevo modelo basado en la estrategia de Atención Primaria:** se ha generado una oferta básica de servicios, normas y programas de salud integral para grupos específicos de población, de carácter preventivo y curativo en cada localidad y sector de la población. Se espera que estas transformaciones otorguen mayor libertad a los pacientes para elegir el médico y el lugar donde serán atendidos.
- ⇒ **Traslado de los programas de atención a las personas del Ministerio de Salud a la CCSS.**
- ⇒ **Descentralización de la toma de decisiones y administración de los recursos en la CCSS.**
- ⇒ **Desarrollo del sistema de información sanitario** que facilite el control gerencial y la vigilancia de la salud favoreciendo la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.

Fortalezas

- ⇒ **Atención primaria:** la organización del sistema de salud hace que la red de servicios de salud parta en su primer nivel desde el mismo hogar, por medio de la promoción de la salud y el autocuidado.
- ⇒ **Buenos niveles de acceso:** en 1993, el porcentaje de población con acceso a los servicios de salud era del 97%.
- ⇒ **Buenos niveles de población asegurada:** en 1993, la población asegurada constituía un 86,2% de la población total. En tanto, se considera que el resto de la población (13,8%) tiene el seguro que el Estado brinda a través del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Políticas de salud

Oportunidades

- ⇒ **Transformaciones en el Ministerio de Salud,** las cuales se están llevando a cabo con el objeto de mejorar la capacidad política para dirigir y conducir el desarrollo de la salud. Se espera que el Ministerio de Salud tenga más capacidad de centrarse en el ejercicio de la rectoría con mayor lucidez y con todos los recursos técnicos y financieros para este fin. Se supone que esto se vea reforzado por el traspaso de los programas de atención de las personas a la CCSS.
- ⇒ **Integración de los servicios de salud:** con este fin se está realizando la transferencia de los programas de atención a las personas a cargo del Ministerio de Salud

hacia la CCSS, con el fin de constituir el Programa de Atención Integral de la Salud, consolidando acciones preventivas y curativas de la atención.

Fortalezas

- ⇒ ***Elevado nivel de las actividades*** de promoción, protección y recuperación de la salud.
- ⇒ ***Privatización de los servicios de salud***: hace algunos años Costa Rica encargó la administración de los servicios de salud a una empresa privada sin fines de lucro. De este modo, el Estado pasó a preocuparse fundamentalmente por controlar el logro de los objetivos y por determinar si la gente está satisfecha con el servicio que le están brindando. Esta es la solución que ha encontrado Costa Rica para extender la cobertura de los servicios de salud ante una situación de escasez de recursos por parte del Estado. Esta reforma implementada en Costa Rica ha logrado disminuir los tiempos de espera del paciente y, por ende, ha aumentado su satisfacción.

Amenazas

- ⇒ ***Reducción de los recursos asignados al sector***: en términos reales los recursos destinados al sector salud han disminuido, en contraposición a la demanda de servicios que ha experimentado un significativo incremento.
- ⇒ ***Aumento en el gasto de los servicios de salud*** debido al incremento en el gasto de los insumos básicos, de la fuerza laboral y de la complejidad de las soluciones.
- ⇒ ***Disminución real de la cobertura de los programas del Ministerio de Salud*** debido a la rigidez estructural y a las limitaciones presupuestarias.

Bibliografía Consultada

- JIMENEZ FONSECA , Elías (1994), "El Sector Salud Costarricense y la Reforma Actual", presentado en: Seminario Regional sobre la Reforma del Sector Salud en América Latina, Buenos Aires, marzo 1994, OPS/Banco Mundial, Argentina.
- JIMENEZ FONSECA, Elías (1993) "Costa Rica. Seguridad Social y Educación", Estudios de la Seguridad Social, N° 47 y N° 73.
- MINISTERIO DE SALUD (1993), "Plan Nacional de Reforma del Sector Salud", Presidencia de la República, Programa de Reforma del Estado.
- MINISTERIO DE SALUD (1995), "Informe sobre la Reforma del Sector Salud", presentado en la Reunión especial sobre reforma del Sector Salud organizado por BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID.
- MINISTERIO DE SALUD (1996), "Informe Anual", Costa Rica.
- MIRANDA, Guido (1994), "La seguridad social y el Desarrollo en Costa Rica". Segunda edición, Editorial EDNASS.
- OPS/OMS (1997), "Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos", Programa de análisis de la situación de salud. División de salud y desarrollo humano.
- POPPE DE MUÑOZ, Flavia. " El Sistema de Salud de Costa Rica y la Necesidad de un Modelo de Gestión Económica". Mimeo.
- SALAS, Alvaro (1996), "Costa Rica: una Reforma dentro del Sistema de Salud Vigente", en CEPAL, "Las Reformas Sociales en Acción: Salud", Serie Políticas Sociales N°15.
- WORLD BANK (1997), "Select World Development Indicators", The Bank for Reconstruction and Development, World Bank.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Costa Rica cuenta con una importante disponibilidad de datos, especialmente en lo que se refiere a la población y economía. Al igual que en otros países, como por ejemplo en Brasil, el hecho de que su sistema de salud sea predominantemente público facilita la obtención de información relativa al sector. Sin embargo, existen limitaciones a la hora de analizar algunas variables puntuales.

Por ejemplo, con respecto al gasto, resulta difícil conseguir información en millones de dólares corrientes, lo cual impone serias restricciones para establecer comparaciones con otros países.

Siglas Utilizadas

CCSS: Caja Costarricense de Seguridad Social.

CTAMS: Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

ICAA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

OCIS: Oficina de Cooperación Internacional de la Salud.

PEA: Población Económicamente Activa.

RNC: Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad.

Cuba*

Características Generales

Un aspecto central en la situación cubana actual es la persistencia del embargo iniciado por Estados Unidos a la isla en 1961, después de la Revolución cubana de 1959. Los efectos de este embargo sobre el comercio y la actividad económica doméstica se vieron profundizados a partir de la disolución del bloque soviético en 1989. Reflejo de ello fue la espectacular caída de un 60% que evidenció el PBI cubano.

Si bien los efectos del embargo sobre las condiciones de vida, y sobre la salud de los cubanos son indirectos, ellos no pueden ser dejados de lado. Es ampliamente sabido que la crisis económica que vive el país ha tenido efectos netamente negativos sobre la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, la evidencia empírica basada en las estadísticas oficiales de dicho país en general es inexistente o contradictoria. (Garfield y Santana, 1997).

En este contexto, a continuación se intentará presentar de la manera más fiel posible la situación de la salud de los cubanos en los últimos años.

Población

La población cubana se estima en 11.068.000 de habitantes, entre los cuales la mayoría son blancos y el resto negros y mestizos.

A lo largo de los años, se observó un incremento de la población femenina (la cual en 1995 representaba casi el 50% de la población) y un desplazamiento de la pirámide poblacional hacia las edades intermedias y tardías de la vida. Actualmente, casi el 50% de la población tiene entre 15 y 44 años y casi un 30%, 45 años o más, quedando poco más del 20% de población infantil (Cuadro 2).

La población desempleada representó el 6% de la población económicamente activa en 1996. Acompañando estas cifras en relación al desempleo, cabe destacar la creciente inequidad en la distribución de los ingresos que paulatinamente va teniendo lugar en este país supuestamente exento de desigualdades.

Cuadro 1: Cuba: Información general del país

Superficie del país (en km²)

110.925

* Este informe fue desarrollado por Silvana Filip, Carlos Pesa y Ana Santillán, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Población total (N° de hab)	11.068.000 (1997)
Población urbana (%)	76 (1996)
Población rural (%)	24 (1996)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	0,43 (1995-2000)
Tasa de desempleo (%)	6,0 (1996)*

Fuente: OPS/OMS (1997).* Cepal (1997),

Cuadro 2: Cuba: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cantidad (miles de hab)	%
Menos de 5 año	930	8,3
5 a 14	1645	14,8
15 a 44	5431	49,0
45 a 64	2091	18,8
65 y más	1026	9,2
Total	11123	100,0

Fuente: Minsap (1996).

Organización política

Cuba es un Estado Federal. Desde el punto de vista político administrativo el país está dividido en 14 provincias, 13 capitales y un Municipio (Isla de la Juventud).

Economía

Durante las tres décadas posteriores al comienzo del embargo norteamericano sobre Cuba, entre el 70% y el 90% del comercio internacional se realizaba con la ex Unión Soviética.

Entre 1965 y 1975 la economía creció a una tasa anual de alrededor del 2% y, entre 1975 y 1989 lo hizo a una tasa de alrededor del 4%. Sin embargo, la disolución del bloque soviético trajo aparejado una gran depresión de la economía cubana. (Garfield y Santana, 1997).

A ello debe sumársele la profundización del embargo norteamericano a partir de 1992, que restringió enormemente el comercio de la isla con otros países, aislando casi totalmente la economía cubana de la dinámica mundial.

Por lo tanto, los años ´90 fueron para la economía cubana años de crisis extrema. Si bien no fue posible disponer de datos actuales acerca de la economía de este país, es dable imaginar el deterioro que seguramente los indicadores respectivos a lo largo de la presente década registraron.

Estado de salud de la población

Parece ser que a pesar de los problemas económicos que trajo aparejado el bloqueo norteamericano junto con la caída de la Unión Soviética, los indicadores de salud cubanos no sufrieron grandes perjuicios.

Muestra de ello es que Cuba ha alcanzado logros de salud equiparables (y hasta en algunos casos superiores) a los industrializados en indicadores como la tasa bruta de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil, la proporción de partos atendidos por personal especializado, esperanza de vida al nacer, cobertura de inmunizaciones a niños menores de 1 año (Minsap, 1996).

En cuanto a las patologías prevalentes destacan la tuberculosis, la leptospirosis y las enfermedades de transmisión sexual. En tanto, la fiebre tifoidea que en los años de la revolución constituía un preocupación central, ha venido disminuyendo desde entonces y actualmente se siguen implementando acciones para su reducción y control (Minsap, 1996).

Finalmente, entre las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes, la influenza y la neumonía (Cuadro 4).

Cuadro 3: Cuba: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	7,9 c/1000 nv (1996)
Esperanza de vida al nacer	75,4 (1995)
Esperanza de vida al nacer mujeres	78,4 (1995)
Esperanza de vida al nacer hombres	74,3 (1995)

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, Minsap (1996).

La tasa de mortalidad infantil ha tenido una tendencia francamente descendente en el período 1990 a 1994. De 19,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 9,9 por 1.000 nacidos vivos en 1994, lo que ubica a Cuba entre los 21 países de más baja tasa de mortalidad infantil en el mundo.

Cuadro 4: Cuba: Cinco principales causas de muerte, 1995

Causa	Nº	%
Enfermedades del corazón	22.096	34,4
Tumores malignos	14.623	22,8
Enfermedades cerebrovasculares	7.764	12,1
Accidentes	5.847	9,1
Influenza y neumonía	3.639	5,6
Subtotal cinco mayores causas	53.935	84,0
Resto de las causas	10.241	16,0
Total	64.176	100,0

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, Minsap, (1996).

Organización del Sistema de Salud

Reseña histórica del sistema de salud

Antecedentes del Sistema Nacional de Salud

En época de la colonia y hasta más de la mitad del Siglo XX la medicina tuvo un carácter clasista que con el desarrollo del capitalismo originó la necesidad de cuidar la fuerza de trabajo surgiendo con ello los criterios de salud pública o higiene pública.

Expresión de desarrollo alcanzado es la disminución de la mortalidad que desde el inicio del siglo XX ubicaba a la de Cuba dentro de las más bajas del mundo. La necesidad de aumentar el crecimiento natural de la población por una parte y el “peligro sanitario” que significa Cuba para los Estados Unidos son dos de los principales estímulos al desarrollo de la salud en las primeras décadas del siglo XX.

Sin embargo, al final de la década del 40 la situación de la salud del país no siguió el impulso anterior, habiendo cesado los estímulos de las primeras décadas: el crecimiento demográfico se había acelerado y las enfermedades infectocontagiosas, como la fiebre amarilla y la viruela, habían desaparecido del país.

La organización del sector salud, se había modificado para la década del '50, caracterizada por el desarrollo del movimiento mutualista y la práctica privada. A este panorama debe sumársele el escaso presupuesto estatal destinado a la salud pública y la concentración de los recursos médicos en los lugares donde residían las capas adineradas de la población. La atención en el interior del país era reducida y prácticamente no existía en las zonas rurales y montañosas. Las instituciones mutualistas, que también predominaban en La Habana y las provincias más cercanas, daban cobertura sólo al 20% de la población. En tanto, la producción, importación y comercialización de los medicamentos estaban en manos privadas y, un 70% del mercado era dominado por firmas extranjeras. (BID *et al*, 1995).

Por lo tanto, la organización del sector salud en Cuba antes de la revolución, se caracterizaba por la práctica de la medicina curativa, la mala distribución geográfica de los recursos, la carencia casi absoluta de la atención estomatológica estatal y el precario estado de las instituciones de seguridad social, entre otras cosas.

Creación del Sistema Nacional de Salud

Entre 1959 y 1961 se enfrentaron las deficiencias notorias del sistema de salud cubano y se estableció la base material y organizativa para el desarrollo ulterior de los servicios de salud. Como medidas principales se creó el Ministerio de Salud Pública (Minsap), con funciones rectoras para toda la actividad en el país, entró en vigor la Ley del Servicio Médico Social Rural y se introdujo la gratuidad de los servicios. Al mismo tiempo, comenzó la integración al Estado de las instituciones privadas y paraestatales y, en un período de tres años se cuadruplicó el presupuesto estatal para la Salud Pública. (BID *et al*, 1995).

El decenio de los '60 fue decisivo y altamente productivo en la creación de un Sistema Nacional Único de Salud. Con el crecimiento sostenido de las instituciones estatales, la integración del mutualismo y el proceso de extinción de la medicina privada, Cuba creó el primer Sistema Nacional de Salud del hemisferio (1969). Finalizando así un período de transiciones de las estructuras organizativas que posibilitó el establecimiento de un sistema Público de integración vertical, regido por los principios socialistas de la salud pública.

Desde los primeros años de la década del '60 se instrumentaron programas contra las enfermedades infecciosas que entonces constituían importantes causas de enfermedad y muerte.

Los que tuvieron resultados exitosos mediante su perfeccionamiento organizativo constante y la introducción de nuevas técnicas de pesquisaje, de nuevas drogas y vacunas.

Consolidación del Sistema Nacional de Salud -SNS-

Durante la década del 70, se adoptó una nueva división político administrativa del país y la gestión de salud se subordinó a la estructura de gobierno a instancia provincial y municipal. Los centros de educación médica fueron subordinados al Minsap.

Asimismo, se adoptaron medidas tendientes a incrementar la accesibilidad de los servicios de salud. Como paso fundamental se creó un centro de atención médica ambulatoria, el policlínico, que habría de funcionar como unidad básica del sistema y se implantaron los primeros programas nacionales para la atención de la salud de la población. (BID *et al*, 1995). Se elaboró un plan de inversiones para instituciones de salud y se comenzó un desarrollo acelerado en la producción de medicamentos. Se diseñó y aplicó un nuevo modelo de atención médica ambulatoria enfocado hacia la comunidad, otorgándole una relevante prioridad al programa materno infantil. Todo este conjunto de hechos determinó una etapa significativa en la consolidación del SNS.

Madurez del Sistema Nacional de Salud.

Con la década de los '80 comenzó un proceso de perfeccionamiento de los profesionales y técnicos en el sector de la salud, iniciándose además la introducción de tecnología avanzada junto con la creación de grandes centros de investigación y producción de servicios de salud.

En 1984 se inicia el Programa de Médico y Enfermera de Familia. Esta nueva forma de atención primaria se basa en la presencia de un médico y una enfermera quienes viven y trabajan en la comunidad dando asistencia a un promedio de 600 habitantes. Como consecuencia de este Programa se produjo un notable desplazamiento de las consultas médicas hacia los médicos de la familia, con una significativa reducción de las consultas que se brindan en los hospitales y una marcada reducción del número de ingresos hospitalarios. (BID *et al*, 1995).

La desaparición del campo socialista significó la ruptura de los lazos del comercio exterior cubano y de las relaciones económicas que sustentaban los planes de desarrollo social. A esto debe sumársele el bloqueo económico y científico - técnico impuesto por más de 30 años al país. En este contexto, a partir de 1990, Cuba se vio obligado a acceder al mercado mundial para satisfacer sus necesidades de recursos, en condiciones especialmente adversas. (BID *et al*, 1995).

Como consecuencia de estos cambios, en los años que siguen a 1990, tiene lugar uno de los más trascendentales momentos en la Reforma Cubana, en particular en cuanto a su relación con los aspectos económicos de la salud.

Actores y roles dentro del sistema

El sistema de salud cubano es un sistema único, integral, descentralizado y regionalizado y administrado por el Estado, del cual recibe el presupuesto. Sus principales características son la accesibilidad y la gratuidad de los servicios.

El Sistema Nacional del Salud está administrado por el Minsap, con cargo al presupuesto estatal de salud, brindando atención médica, hospitalaria, rehabilitadora, odontológica y medicamentos en casos de enfermedad y de accidentes comunes o de trabajo y en caso de maternidad. (Pujol, 1995).

El Sistema está conformado por una red de instituciones que llega a cada una de las provincias que conforman el territorio cubano (Pujol, 1995):

- ⇨ Una red preventivo - curativa de unidades de atención médica. este incluye, entre otros, los policlínicos con sus consultorios médicos y enfermeras de familia, las unidades de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, las clínicas estomatológicas y los bancos de sangre.
- ⇨ Una red higiénico - epidemiológica de unidades del servicio, con centros nacionales, provinciales y municipales. Estos centros están encargados de la inspección y protección sanitaria del medio ambiente y del control de enfermedades.
- ⇨ Un conjunto de institutos de investigación directamente adscriptos al Minsap. En estos se presta atención médica y se realizan investigaciones científicas del más alto nivel con las tecnologías más avanzadas del país.
- ⇨ Una red de unidades para la formación y educación permanente de técnicos, de profesionales y de otros trabajadores.
- ⇨ Centros para la producción, comercialización y distribución de medicamentos y tecnología médica.
- ⇨ Red de entidades de asistencia al anciano y al discapacitado.

A través del trabajo interrelacionado, estos complejos de salud se apoyan en las unidades de atención primaria - policlínicos, en los consultorios de médicos y enfermeras de familia, en el resto de las instituciones del sistema de salud y en otros sectores en ese territorio.

En cuanto a la organización del sistema, puede decirse que el mismo se estructura en tres niveles administrativos, que se corresponden con la división política - administrativa del país. Los niveles administrativos son: nivel central o nacional, nivel provincial y nivel municipal. (BID *et al*, 1995).

- ⇨ **El Nivel Nacional** está representado por el Minsap como órgano rector y cumple funciones metodológicas, normativas, de coordinación y de control. Al mismo se subordinan directamente los centros universitarios, institutos de investigación y asistencia médica altamente especializada, la unión de la industria médico farmacéutica y las empresas distribuidoras y comercializadoras de los medicamentos y equipos médicos, así como una empresa de comercio exterior importadora y exportadora de medicamentos y tecnologías medicas. Además se subordinan directamente al Ministerio unidades de alto nivel de especialización en la asistencia medica, como el Hospital "Hermanos Ameijeiras " y el Hospital Ortopédico "Frank País".
- ⇨ **El Nivel Provincial** está representado por la Dirección Provincial de Salud Pública, directamente subordinada administrativa y financieramente de las Asambleas Provinciales del Poder Popular. Las principales unidades dependientes de los gobiernos provinciales son: Hospitales Provinciales e Intermunicipales, bancos de sangre, centros provinciales de higiene y epidemiología, centros formadores de técnicos de nivel medio, red de farmacias y ópticas de venta directa a la población.
- ⇨ **El Nivel Municipal** está constituido por las Direcciones de Salud Pública Municipales, dependientes en orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular. Las unidades subordinadas son: los policlínicas, hospitales municipales, locales y rurales, unidades y centros municipales de higiene y epidemiología, clínicas estomatológicas, instituciones de asistencia social a ancianos, impedidos físicos y mentales, hogares maternos y otros.

Existen entonces una descentralización operativa y presupuestaria y condiciones para la coordinación intersectorial, así como para la participación popular, que permiten hacer frente a los problemas de salud de la población. (BID *et al*, 1995).

En este sentido, es importante señalar la creación de los *Consejos de Salud*, que tuvo lugar durante 1995. Con el fin de integrar los distintos niveles administrativos, estos organismos analizan la situación de cada uno de dichos niveles para realizar las acciones intersectoriales que demande la solución de los problemas que afectan la salud de la población de cada territorio.

Otro agente de gran relevancia dentro del sector salud cubano es la figura del médico de familia, creada en 1984 (Programa de Médico y Enfermera de familia). Esta forma de atención primaria se basa en la presencia de un médico y una enfermera quienes viven y trabajan en la comunidad, generando una activa participación de esta última. Semestralmente el médico y la enfermera de familia realizan reuniones con la población que atienden en las que se llegan a conclusiones sobre la situación de salud de la comunidad y se toman medidas sobre los problemas. También se realizan reuniones con los delegados del Poder Popular (nivel local del gobierno) donde con frecuencia se analizan problemas de salud de la comunidad y se proponen y acuerdan acciones de intervención con estos.

En resumen, prácticamente la totalidad de los servicios de la salud pública se subordina a las instancias locales, lo que unido al Nivel Central como órgano rector constituye una fuerza decisiva para la ejecución de los programas de salud. La organización de salud funciona como un sistema regionalizado que garantiza a través de sus diferentes niveles de servicios la remisión de los pacientes hasta la institución que lo requieren dadas las necesidades de atención y de acuerdo con las complejidades que este necesiten.

Finalmente, es interesante señalar que en Cuba no existen seguros médicos, ni privados ni públicos.

Financiamiento

El financiamiento de los gastos del sector salud es totalmente garantizado por el presupuesto del Estado, el cual ofrece a la población servicios gratuitos que comprenden la asistencia hospitalaria tanto a pacientes internados como ambulatorios, incluyendo las tecnologías más complejas si es necesario como cirugía cardiovascular, transplantes de órganos, etc., atención primaria en las policlínicas, clínicas estomatológicas y consultorios de los médicos de familia abarcando las actividades de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación.

La elaboración del presupuesto del sector salud se inicia con la emisión de lineamientos y orientaciones de carácter general, es decir con la conformación de la política presupuestaria previa, la cual se formula partiendo del análisis del conjunto de intereses y posibilidades del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Finanzas y Precios como organismos rectores de ambas actividades. En tanto, es importante destacar la importancia de la información brindada por los Órganos Locales del Poder Popular, a los cuales están subordinados los niveles provinciales y municipales, para la elaboración del presupuesto del sector.

La elaboración de una política presupuestaria previa tiene como objetivo que se ejecuten acciones acordes con el plan de desarrollo y políticas trazadas por el Estado, buscando, entre otros aspectos, que se garanticen los objetivos de desarrollo previstos en el sector, así como mayor eficiencia en la provisión de los recursos presupuestarios. Por otro lado, la existencia de

una relación sólida entre las estructuras centrales y locales, permite que la elaboración del presupuesto se vaya conformando desde la base.

En las instancias centrales se concentra la función legislativa de todo el sistema así como el respaldo financiero oportuno para tareas cruciales de desarrollo económico y social y la necesaria equidad entre los diferentes territorios. En los gobiernos locales se concentran los recursos financieros que aseguran la realización de la política económica y social de cada localidad, junto a la correspondiente autonomía de su planificación y utilización.

Los ingresos de los presupuestos provinciales y municipales se conforman a partir del rendimiento de todas aquellas figuras tributarias que legalmente han sido atribuidas al nivel del Gobierno correspondiente. Entre estas se encuentran todos los ingresos provenientes de la empresas y unidades presupuestarias de subordinación municipal o provincial. Además se incluye una parte del aporte proveniente de las ganancias de las empresas de subordinación nacional que radican en el territorio.

Por otro lado, es necesario destacar que el sistema de salud cubano requiere para su funcionamiento de un número importante de suministros importados, cuyo financiamiento tiene que ser realizado en divisas convertibles.

Para hacer frente a la importación de estos bienes, hasta 1993 el Estado asignaba un presupuesto en moneda libremente convertible al Minsap, destinado a financiar la importación de medicamentos, materiales descartables de uso médico, equipamiento médico y piezas de repuestos para las mismas, así como materias primas farmacéuticas destinadas a la industria médico farmacéutica perteneciente al Minsap.

El resto de los suministros se recibían de los llamados organismos balancistas. Estos recursos no afectaban directamente a los fondos en divisas del Minsap y eran recibidos en las cantidades necesarios, pues en su mayoría llegaban al país garantizados, por la coordinación de planes y el comercio ventajoso con la URSS y los países socialistas europeos.

Sin embargo, como consecuencia de la contracción económica, se experimentaron serias restricciones en la disponibilidad de divisas; entre 1989 y 1993 se produce una marcada reducción (50% aproximadamente) de las asignaciones en divisas al Sector Salud. Esta grave reducción del financiamiento en divisas produjo serias afectaciones en los suministros del sector.

Frente a esta situación, en 1994 se decidió sustituir los balances materiales por marcos financieros en divisas convertibles sin la existencia, por lo tanto, de organismos estatales balancistas.

Por otro lado, en los últimos tres años se ha recibido ayuda humanitaria, en forma de donaciones en especie ascendentes aproximadamente a unos 20 millones de dólares anuales, procedentes fundamentalmente de la Unión Europea y organizaciones no gubernamentales.

Asimismo, Cuba presenta un modelo innovador de financiación a través de la captación de recursos externos. Se han venido identificando y desarrollando diferentes modalidades de captación de divisas directamente por el sector salud. Las fuentes alternativas son: a) incrementar las exportaciones de medicamentos, b) promover la atención de pacientes extranjeros en las instituciones medicas cubanas, c) extender la asistencia médica técnica por profesionales de la salud a otros países, d) incrementar la formación, especialización y otras formas de superación del personal de salud extranjero en Instituciones cubanas, e) promover la producción y exportación de material científico en la esfera de las ciencias médicas creadas por autores cubanos, mediante videos, publicaciones, etc.

En resumen, en Cuba el SNS está centralizado en sus aspectos normativos y metodológicos por el Minsap y, al mismo tiempo, está descentralizado en lo que se refiere a la gestión de sus unidades, funciones y financiamiento por los órganos del Poder Popular y sus Consejos de Administración. (BID *et al*, 1995).

En forma esquemática, la composición del sector salud cubano puede resumirse de la siguiente manera:

Agentes financiadores

- ⇒ Particulares a través de los impuestos.
- ⇒ Particulares a través de los gastos que deben ser asumidos por la economía familiar.
- ⇒ Empresas y Unidades presupuestarias de subordinación nacional, municipal o provincial.
- ⇒ La Unión Europea y Organizaciones no Gubernamentales a través de donaciones en especie.

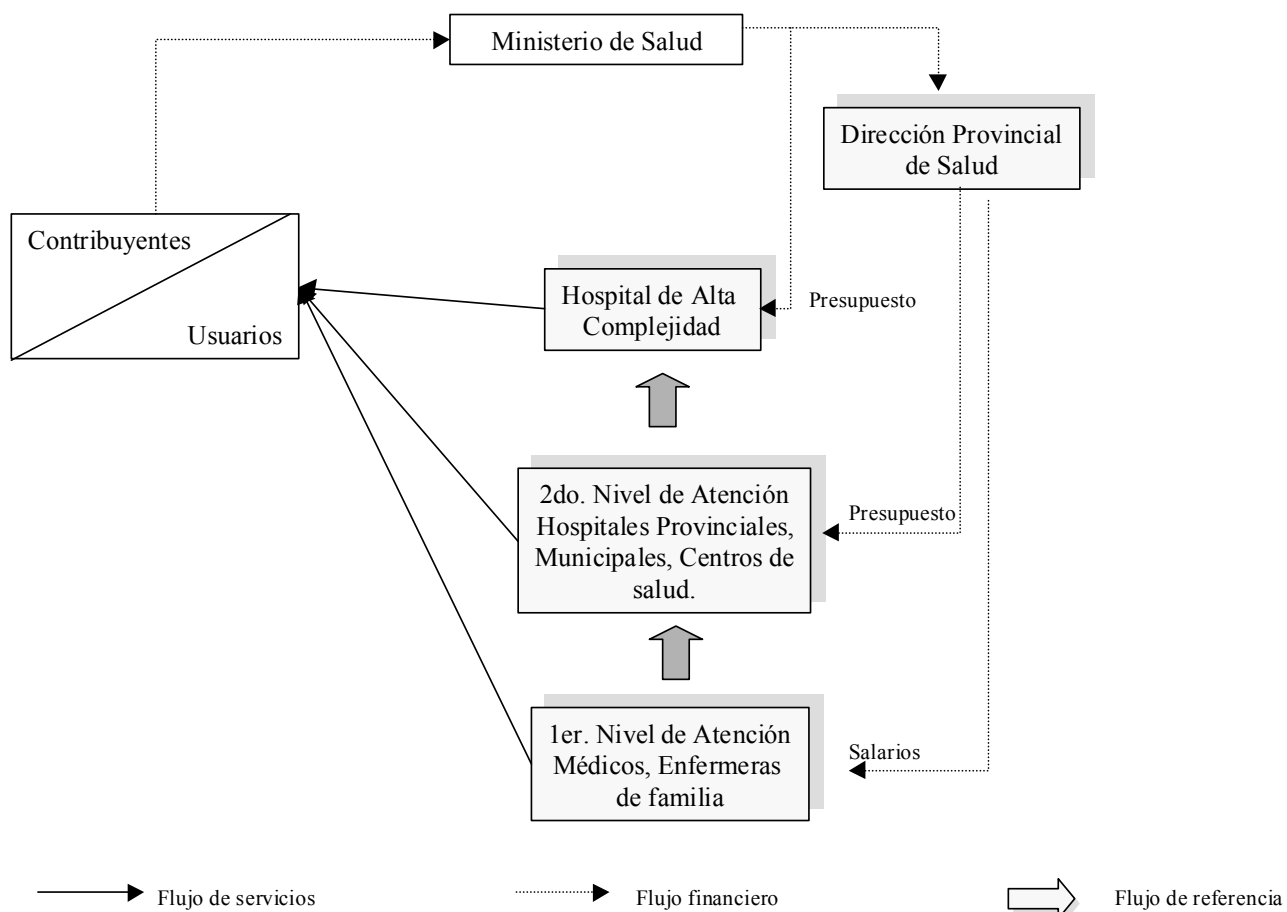
Agentes intermediarios

- ⇒ Ministerio de Salud Pública.
- ⇒ Consejos de Salud.
- ⇒ Asambleas Provinciales y Municipales del Poder Popular.
- ⇒ Dirección Provincial y Municipal de Salud Pública.

Agentes Proveedores

- ⇒ Institutos de asistencia médica especializada (por ej. Hospital "Hermanos Ameijeiras" y Hospital Ortopédico "Frank País").
- ⇒ Hospitales provinciales, intermunicipales y municipales.
- ⇒ Bancos de sangre.
- ⇒ Centros provinciales y municipales de higiene.
- ⇒ Red de farmacias y ópticas.
- ⇒ Policlínicas.
- ⇒ Clínicas estomatológicas.
- ⇒ Instituciones de asistencia social a ancianos, impedidos físicos y mentales.
- ⇒ Hogares maternos.
- ⇒ Médico y Enfermera de Familia

Cuba: Organización del Sistema de Salud



Oferta de servicios

Cuadro 5: Cuba: Oferta de servicios por nivel administrativo, 1995

	Total
N° establecimientos	
Hospitales	284
Policlínicas	440
Puestos médicos	165
Centros y unidades de higiene y epidemiología	183
Bancos de sangre	25

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

	Total
Balnearios minero-medicinales	3
Hogares maternos	164
hogares de ancianos	182
hogares de impedidos físicos y mentales	26
Institutos de investigación	11
Camas de asistencia médica	66138 (7 c/1000 hab).
Camas de asistencia social	14227 (1,3 c/1000 hab.)
Médicos x 10.000 hab*.	51,8
Enfermeras x 10.000 hab*.	70,4
Odontólogos x 10.000 hab*.	8,3
Personal total	32.8543

Fuente: Minsap (1996), *OPS/OMS (1997)

Demanda

Las consultas por atención primaria muestran una tendencia en ascenso influida por la creciente y rápida incorporación de los médicos y enfermeras de la familia. En contraposición el número de internaciones se redujo muy significativamente (en 1994, con 11.500 camas hospitalarias más que en 1985, los ingresos hospitalarios disminuyeron de 16,0 por 100 habitantes en 1985 a 12,8 en 1994).

Estas transformaciones en los servicios confirman una tendencia a la reducción del papel de los hospitales en la atención de la población que, como es conocido, son las unidades más complejas y costosas de la red asistencial.

Cuadro 6: Cuba: Consultas por tipo de unidad, 1996*

	Hospital**	Policlínica	Otros	Total
Consultas externas	8.852.420	48.144.111	566682	57.63213
Cuerpo de guardia	11.417.971	8.289.521	228.545	19.936.037
Ingresos hospitalarios	1.419.895			

Fuente: Minsap (1996). *provisional, **incluye institutos de investigación.

Cobertura

a) *¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?*

Según datos de 1995, el 96% de la población cubana recibe los beneficios del Plan de Médico y Enfermera de Familia, pilar fundamental de la atención primaria. (Minsap, 1996).

En tanto, la accesibilidad ha garantizado el cumplimiento efectivo de la equidad en salud. La accesibilidad geográfica se logró con la extensión de la red de los servicios de salud a todo lo largo y ancho del país; la legal está avalada por la constitución; la económica significa la gratuidad de los servicios de salud, así como las prestaciones sociales a aquellas personas de bajos

ingresos que lo necesitan y, por último, la cultural ha consistido en que la población conozca el sistema, participe y haga uso de él (BID *et al*,1995)

El SNS cubre a toda la población en los distintos niveles de cuidado sanitario (hospitales nacionales, policlínicas y médicos y enfermeras de familia). Respecto del programa de médico de familia se llegó gradualmente a un médico cada 120 familias. (OPS, *Technical Reports*, 33)

Gasto

A pesar de la difícil situación económica, en los últimos años no han dejado de incrementarse, aunque discretamente, los gastos del sector salud, que en cifras absolutas y su crecimiento relativo es aun más significativo, constituyendo ya un 7,8% del PBI así como un 14,6% del total de los gastos públicos debido a la combinación del incremento señalado, con la contracción en el gasto experimentado por la mayoría de los sectores.

La dinámica de los gastos presenta una tendencia ascendente que está en relación con el crecimiento en extensión y complejidad de la red de unidades, de la introducción de la técnica médica más avanzada y del incremento acelerado de los recursos humanos calificados.

Cuadro 7: Cuba: Gasto total en salud, 1995

	Millones de U\$S	% del PBI	Cápi- ta/año
Gasto anual	1.222	7,8*	111,31

Fuente: * proyecciones del Minsap (1996).

Por otro lado, se aprecia que la relación gasto corriente / inversión tuvo una fuerte tendencia hacia el predominio de los primeros, al incrementarse el valor de los gastos corrientes como resultado de la decisión de mantener los logros alcanzados en la salud, lo que no pudo ser igualmente sostenido en las inversiones, en las cuales el componente de gastos en divisas es muy alto. A que esto pudiera ocurrir sin serios daños al sistema contribuyó el hecho de que en la década de los '80 se había ejecutado un fuerte proceso inversionista.

En tanto, se observa que del total de los gastos destinados a la actividad de salud pública, cerca del 60% se utilizan en el pago de los salarios, lo cual representa un gasto importante que crece cada año con la incorporación de los nuevos graduados, a los cuales se les garantiza el empleo y su posterior especialización.

Cuadro 8: Cuba: Estructura del gasto total en salud, 1985-1994 (millones de U\$S)

	1985	%	1990	%	1994	%
Gastos Corrientes	646,2	100,0	881,4	100,0	1019,4	100,0
Salarios	373,4	57,8	534,7	60,7	601,4	59,00
Otros Gastos	272,8	42,2	346,7	39,3	418,0	41,0
Medicamentos	98,3	15,2	141,4	16,0	181,8	17,0
Alimentos	45,4	7,0	41,0	4,6	40,6	4,0

Fuente: "Sistema de Salud Cubano", carpeta de trabajo, MINSAP, 1996. Informes de liquidación del Presupuesto 1985,1990 y 1994. Ministerio de Finanzas y Precios.

Cuadro 9: Cuba: Gasto de atención primaria y hospitalaria, 1985-1994 (millones de U\$S)

	Total	A. primaria	A primaria (%)	A. hosp.	A. hosp (%)
1985	681,5	206,3	30,3	395,1	58,0
1990	925,3	199,8	32,4	487,8	52,7
1994	1061,1	383,5	36,1	480,0	45,2

Fuente: “ Sistema de Salud Cubano “carpetas de trabajo, MINSAP,1996. Informe de liquidación del Presupuesto 1985,1990 y 1994. Ministerio de Finanzas y Precios..

Como se observa en el cuadro 8, el gasto de atención hospitalaria dejó de crecer, mientras que el de atención primaria mantuvo una tendencia ascendente, influido por la creciente y rápida incorporación de médicos de la familia. Mientras que en 1986 había 2473 médicos de familia, quienes garantizaban una cobertura del 13,8% de la población, en 1994 la cantidad de médicos de familia aumentó a 25055, acompañados de una cobertura poblacional del 94% (la cual fue en el año 1995 del 96%).

Estas transformaciones en los servicios confirman una tendencia en la reducción del papel de los hospitales en la atención a la población que, como es conocido, son las unidades más complejas y costosas de la red asistencial y han contribuido significativamente a hacer más racional y eficiente el Sistema de Salud Cubano.

Modalidades de contratación y pago

a) ¿Cómo paga cada subsector la atención ambulatoria?

Los egresados de las distintas carreras de salud tiene garantizado su empleo. La modalidad de pago es por salarios, recibiendo un sueldo básico durante los dos primeros años de formación, el cual se incrementa a partir del tercer año en un 3 a 5%. El aumento en los salarios esta en relación con las distintas actividades de formación que se vayan acreditando, como especializaciones, publicaciones, participación en eventos científicos reconocidos, etc.

b) ¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación?

El modelo de pago de los servicios hospitalarios se circunscribe en el caso del modelo integrado público con presupuestos globales.

c) ¿Existen copagos o coseguros?

En algunos casos si. Hay algunos gastos que deben ser asumidos por la economía familiar: a) medicamentos prescritos en la atención ambulatoria y que no están comprendidos en los programas sanitarios, b) prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas, c) sillones de rueda, muletas, bastones, etc., d) lentes. No obstante, cabe señalar que los precios que la población debe pagar son bajos y, en muchas oportunidades subsidiados por el Estado.

Este esquema de copagos complementado con subsidios en especie y ayudas monetarias a las familias de menores ingresos. Se incluyen entre los beneficios otorgados: medicamentos, prótesis y otros.

Reforma del sistema

La revolución cubana marcó el inicio de la reforma del sistema de salud, el cual es considerado un proceso de continuo desarrollo. Las medidas de reforma implementadas durante los años '90 no son más que la continuación del proceso iniciado en 1959, basado en el principio de un financiamiento totalmente público por el presupuesto estatal y la gratuidad en la prestación de los servicios como garantía de la cobertura y accesibilidad total. No están previstos nuevos gastos para ser financiados por las familias, ni ninguna otra forma de privatización. Tampoco se prevén sistemas de seguros.

Por lo tanto, las transformaciones vividas por el sector durante los últimos años no deben ser consideradas hechos puntuales o aislados sino partes componentes del proceso permanente de cambio y perfeccionamiento, destinadas a mejorar cada vez más el estado de salud de la población.

Si bien inmersos en los lineamientos globales de la reforma, los cambios que tuvieron lugar a lo largo de los años '90 estuvieron destinados a enfrentar problemas específicos de la década actual, tales como problemas de organización y gerencia, de abastecimiento e infraestructura, de recursos humanos pertenecientes al sector y problemas de salud emergentes y reemergentes.

Bajo este contexto, el capítulo de la reforma de los '90 está basado en cuatro pilares básicos:

- ⇒ Las reformas económicas que desarrolla el país, que tendrán impactos en el sistema nacional de salud.
- ⇒ Hacer más eficiente el sistema nacional de salud.
- ⇒ Lograr una mayor participación de los sectores y organismos de masa en las acciones de salud.
- ⇒ Lograr una mayor eficiencia y participación de la comunidad internacional como apoyo al proceso de reforma.

Las principales líneas de trabajo propuestas para llevar a cabo estos objetivos de la reforma son:

- ⇒ Reorientar el sistema de salud hacia la atención por los médicos y enfermeras de la familia, de manera que la población resuelva a ese nivel un número creciente de problemas de salud, sin necesidad de recurrir a la atención en las unidades de alta complejidad, siendo este resultado el de más impacto esperado en la búsqueda de la mayor racionalidad económica.
- ⇒ Estimular la implantación de Programas de Calidad en la Atención Primaria de Salud, enfatizando en la aplicación de investigaciones en servicio.
- ⇒ Fortalecer la prevención y control del diagnóstico y el seguimiento de los pacientes.
- ⇒ Avanzar en los procesos de descentralización presupuestaria, dando la máxima autonomía a los directores de las unidades en su gestión administrativa de los gastos.
- ⇒ Iniciar los trabajos de redimensionamiento que aseguren que no se despilfarren recursos en capacidades que puedan resultar ociosas y un empleo más racional de los recursos e instalaciones.
- ⇒ Implantar la utilización sistemática de la planificación de salud estratégica, descentralizada, participativa e intersectorial, en primer lugar, en el nivel local y posteriormente, a nivel provincial y nacional.
- ⇒ Incorporar el análisis económico a la aprobación de nuevos programas, introducción de medicamentos y nuevas tecnologías, así como la evaluación de los resultados de los mismos.

- ⇒ Continuar desarrollando nuevas formas de capitación de divisas por el propio sector, que constituyan una fuente cada vez más importante para el financiamiento de la salud, como son los ingresos por exportación de medicamentos, la atención a pacientes extranjeros, la asistencia técnica al exterior, el dictado de cursos de formación y especialización de profesionales extranjeros en Cuba y la comercialización de publicaciones y otras producciones científicas.

Como respuesta a las principales líneas de acción necesarias para alcanzar los objetivos planteados, ya se observan transformaciones en las formas de trabajo vigentes en el MINSAP cubano, involucrando la participación de todos los equipos de dirección en los distintos niveles de atención.

En este sentido, se han establecido actividades y reuniones metodológicas con los directores de municipios de todo el país, incluyendo los directores provinciales, rectores y decanos de los institutos y facultades de ciencias médicas, así como también con los directores de hospitales del país.

Por otro lado, se han constituido los Consejos de Salud (Nacional, Provinciales y Municipales) que bajo la coordinación de la dirección de salud correspondiente y con la participación de todas las organizaciones comunitarias, hacen el análisis de la situación de salud en cada nivel para realizar las acciones intersectoriales que demande la solución de los problemas que afectan la salud de la población de cada territorio.

Asimismo, se ha desarrollado la estrategia de las comunidades por la salud o municipios por la salud, a través del Consejo Popular por la Salud.

Debilidades y Fortalezas

Situación de Salud

Debilidades

- ⇒ ***Insuficiente información:*** no se conoce lo suficiente acerca de las desigualdades reducibles en la situación de salud entre diferentes sectores de la población según regiones.
- ⇒ ***Alta incidencia de accidentes, tumores malignos y enfermedades del corazón.***

Oportunidades

- ⇒ ***Potencialidades para el aumento de la vida saludable:*** existencia de la voluntad política, nivel educacional de la población, garantía de trabajo para los profesionales del sector salud, desarrollo del deporte y la recreación, desarrollo de la cooperación social, existencia del régimen de seguridad social, comunidad organizada y participativa.
- ⇒ ***Mortalidad por enfermedades transmisibles:*** tendencia descendente .
- ⇒ ***Mortalidad infantil:*** ha tenido una tendencia descendente.

Fortalezas

- ⇒ **El país presenta buenos indicadores de salud:** a pesar de los problemas económicos que trajo aparejado el bloqueo norteamericano junto con la caída de Unión Soviética, los indicadores de salud cubanos no sufrieron grandes perjuicios. Muestra de ello es que Cuba ha alcanzado logros de salud equiparables a los países industrializados (y hasta en algunos casos superiores).

Amenazas

- ⇒ **Reemergencia de enfermedades transmisibles.**
- ⇒ **Escasez de medicamentos e insumos.**
- ⇒ **Envejecimiento de la población.**
- ⇒ **Baja tasa de fecundidad.**
- ⇒ **Aparición de brotes epidémicos.**

Sistemas de salud

Debilidades

- ⇒ Existe un **deterioro de la calidad de los servicios** de atención secundaria.
- ⇒ **Insatisfacción:** debido a la falta de medicamentos, listas de espera para la realización de estudios complementarios, actos quirúrgicos, ortopedia, etc. Falta de confort.

Oportunidades

- ⇒ **Tendencia hacia la reducción de costos y aumento de la eficiencia** debido al intento de reducir el papel de los hospitales (unidades más complejas y costosas de la red asistencial) en la atención de la población.

Fortalezas

- ⇒ **Equidad:** existe acceso universal a los servicios de salud. Alta cobertura poblacional (el 97% de la población recibe los beneficios del plan médico y la enfermera de familia).
- ⇒ **Financiamiento de los servicios garantizado por el presupuesto del Estado.** El Estado ofrece a la población servicios gratuitos que comprenden la asistencia hospitalaria, tanto a pacientes internados como ambulatorios, incluyendo las tecnologías más complejas si es necesario.
- ⇒ **Satisfacción:** alta satisfacción en relación a la atención de las necesidades básicas de la atención primaria
- ⇒ **Gran disponibilidad de recursos humanos.**
- ⇒ **Descentralización operativa y presupuestaria y condiciones para la participación popular,** que permiten hacer frente a los problemas de salud de la población.

Amenazas

- ⇒ **Dificultades para seguir sosteniendo la cobertura universal** debido a la existencia de una escasa cultura económica aplicada al sector salud y al recorte del financiamiento sectorial como consecuencia de la crisis económica. Asimismo, existe una escasa movilización de recursos financieros nacionales e internacionales para contribuir al presupuesto que asigna centralmente el Estado. La accesibilidad a los organismos financieros internacionales y otras fuentes externas resulta dificultosa.
- ⇒ **Eficiencia:** baja.
- ⇒ **Escasez de profesionales con capacitación gerencial y administrativa.**
- ⇒ **Insuficientes recursos de materiales técnicos y de alta tecnología; disminuciones en los suministros del sector:** Como consecuencia de la contracción económica, se experimentaron serias restricciones en la disponibilidad de divisas, lo cual tuvo efectos importantes sobre los suministros importados del sector.

Políticas de Salud

Debilidades

- ⇒ **Escasa evaluación de la calidad de la atención y la percepción de satisfacción del usuario.**
- ⇒ **Falta de la intersectorialidad necesaria para el abordaje de los problemas de promoción de la salud.**
- ⇒ **Burocracia** en la atención de los reclamos de la población.

Fortalezas

- ⇒ **Ciudadanía:** La protección de la salud como tarea fundamental y prioritaria del estado cubano aparece bien marcada dentro de la Constitución y se lleva a cabo en exclusivo beneficio del pueblo. Mejorar el estado de salud de la población es tarea permanente y por ella cada día se amplía y perfecciona el Sistema Nacional de Salud.
- ⇒ **Solidaridad:** Orgánica. El financiamiento de los gastos del sector salud es totalmente garantizado por el presupuesto del Estado.
- ⇒ **Promoción y prevención de la salud:** el Estado es el encargado de llevar a cabo estas actividades.
- ⇒ **Elaboración de una política presupuestaria previa:** tiene como objetivo que se ejecuten acciones acordes con el plan de desarrollo y políticas trazadas por el Estado, buscando, entre otros aspectos, que se garanticen los objetivos de desarrollo previstos en el sector, así como mayor eficiencia en la provisión de los recursos presupuestarios.

Amenazas

- ⇒ **El usuario no tiene posibilidad de elegir su servicio de salud.** La oferta es planificada y programación de servicios.
- ⇒ **Falta de desarrollo de metodología para evaluar y planificar escenarios futuros en salud.**

Bibliografía Consultada

- ANUARIO ESTADÍSTICO del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Publicación N° 25 Año 1996.
- BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID (1995), “Informe sobre reformas del sector salud y seguimiento de los procesos de reforma en Cuba”. Reunión especial sobre Reforma del Sector Salud, 29 y 30 de septiembre. Washington, D.C.
- GARFIELD, Richard y SANTANA, Sarah (1997), “The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba”, *American Journal of Public Health*, January.
- MINSAP (1996), “Sistema de Salud Cubano”, Carpeta de trabajo.
- OPS. Technical Report N 33.
- PUJOL, Miguel Jaime (1995), *La Administración en Salud*, Ed. Macchi, Buenos Aires.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

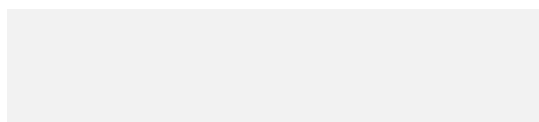
Comentario general para análisis comparativo

“Las reformas se han planteado en el marco del ajuste estructural de los países y de la modernización del Estado y están fundamentalmente inspirados en los postulados impulsados por las agencias financieras y de cooperación externa y aceptada por los países del continente, con la privatización en mente y con la disminución del papel del Estado.

Siglas Utilizadas

MINSAP: Ministerio de Salud Pública.

SNS: Sistema Nacional de Salud.



Chile*

Características Generales



Dentro de la región latinoamericana, Chile que ocupa una angosta y montañosa faja de tierra a lo largo de la costa sudoeste de Sudamérica, se destaca por ser el país de mayor crecimiento durante los últimos doce años.

Chile es el mayor productor y exportador de cobre en el mundo y uno de los mayores productores de molibdeno, litio, oro, hierro y sus derivados. Además, es el mayor exportador de frutas del hemisferio sur, superando a Sudáfrica y Australia.

En la década del sesenta, Chile inicia un profundo cambio en su modelo de desarrollo económico y social, pasando de un modelo de economía mixta y centralizada, con escasa apertura al exterior, hacia un modelo de economía social de mercado, con un alto nivel de apertura al comercio internacional.

Dentro del nuevo modelo resta al Estado un rol subsidiario ya que asume solo aquellas funciones que siendo de interés público no resultan atractivas para el sector privado. Posteriormente, y en el mismo marco ideológico se despliegan en el país un conjunto de reformas institucionales que afectaron a los sectores sociales. De hecho, a pesar de las transformaciones en la economía, el Estado y la sociedad chilena, hasta 1980 existía un sistema de seguridad social solidario, administrado por el gobierno y algunas Cajas de Previsión diseñadas por rama de actividad.

Tanto en el área previsional como en la de salud se instituyeron mercados aseguradores que se disputan las contribuciones de los sectores integrados formalmente al mercado laboral. Como ocurrió con otros sectores económicos la reforma implementada en Chile desde los ochenta fueron emblemáticas de la última ola de reformas en salud.

En 1996 entró en vigencia una zona de libre comercio entre los miembros del Mercosur y Chile.

* Este informe fue desarrollado por Valeria Freylejer, Claudia Madies y Federico Tobar a partir del relevamiento preliminar realizado por Bruno Debuchi, Ricardo Escola y Miguel Espeleta, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997

Población

La población de Chile se estima en 14.625.000 de habitantes, de los cuales aproximadamente el 79% son mestizos y el resto son descendientes de europeos (principalmente alemanes, suizos, italianos, ingleses, franceses y eslavos). La población urbana representa el 84% de la población.

La pobreza ha disminuido en cuatro años (desde 1992 a 1996) del 40% a poco más del 20% (cuadro 1) y se estima que en 7 años la población indigente se ha reducido a la mitad.

Por otro lado, se observa que Chile es un país joven en cuanto a su estructura poblacional, dado que apenas el 6% de la población es mayor de 65 años y el 30% menor de 15 años (cuadro 2).

La tasa de desempleo aumentó en la zona metropolitana, aunque mermó en el resto del país. La explicación de ese incremento estriba en la fuerte expansión de la fuerza de trabajo secundaria registrada a partir del tercer trimestre de 1997 (Cepal, 1997).

Cuadro 1: Chile: Información general del país

Superficie del país (en km ²)	756.626
Población total (N° de hab)	14.625.000 (1997)
Población urbana (%)	84 (1996)
Población rural (%)	16 (1996)
Población. en situación de pobreza (%)*	23,2 (1996)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	1,36 (1995/2000)
Tasa de desempleo urbano (%)**	7 (1996)

Fuentes: OPS/OMS (1997), * CASEN (1996), **CEPAL (1997)

Cuadro 2: Chile: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cantidad (miles de hab.)	%
menos de 5 años	1.514	10,63
6 a 14	2.824	19,83
15 a 44	6.778	47,60
45 a 64	2.214	15,55
65 y más	907	6,37
Total	14.237	100,0

Fuente: OPS/OMS (1994).

Organización política

Chile es un país unitario. En 1977 su Consejo de Estado se convirtió en Cámara Legislativa. El poder judicial abarca a la Corte Suprema de Justicia, 10 cortes de apelación y varios tribunales. La Constitución en vigencia data de 1981.

El país está dividido en 13 regiones administrativas, subdivididas en provincias. La Capital es Santiago.

Economía

Chile es la vigésima economía en el mundo y la primera en Latinoamérica. El país ha evidenciado el mayor crecimiento de la economía Latinoamericana a lo largo de los últimos 12 años.

En los 70' y 80' Chile adoptó un modelo económico de libre mercado. Esta política provocó un profundo cambio en la estructura económica del país, así aumentó la competitividad de la economía chilena a nivel mundial.

Durante los últimos 5 años, su economía ha crecido a un promedio del 6,4% anual. El PBI para 1995 se estima en U\$S 67.297 millones (World Bank, 1997), lo cual representa un PBI per capita de alrededor de los U\$S 4.550 (Ministerio de Salud, 1996).

El gobierno ha asumido como prioridad dar mayor énfasis social al modelo económico, lograr un crecimiento más equitativo y superar la extrema pobreza.

Estado de Salud de la Población

Chile enfrenta actualmente una compleja situación de salud, que se caracteriza por la existencia de problemas ligados a la condición de país en vías de desarrollo, a estilos de vida no saludables, al cambio del perfil epidemiológico de la población y al progresivo envejecimiento de ésta, no obstante seguir siendo un país "joven".

La situación sanitaria del país que muestran los principales indicadores presenta una evolución positiva en la última década y los indicadores son superiores a lo esperado de acuerdo al desarrollo económico del país (Aedo, 1997). Sin perjuicio de ello subsisten importantes diferencias entre las trece regiones en que está dividido administrativamente el territorio, como consecuencia de variables tales como condiciones de ruralidad, pobreza, marginalidad urbana, dificultades de acceso por razones geográficas, etc. (Ministerio de Salud, 1995)

Chile se encuentra en una situación epidemiológica intermedia. La esperanza de vida al nacer ha mejorado radicalmente en los últimos 32 años, de 57 años de vida promedio se pasó a más de 72 años para el quinquenio 1995-2000 (cuadro 3).

En tanto, durante 1993 la mortalidad general fue de 5,5 por mil habitantes.

La mortalidad infantil descendió a lo largo de la década del '90 alcanzando en 1996 una tasa de 15 por mil nacidos vivos. Por otra parte, la mortalidad materna es de 0,34 por mil nacidos vivos, siendo el aborto la principal causa de defunción. La mortalidad infantil y materna que habían comenzado una fase de relativa estabilización en 1985, han reanudado la tendencia descendente a partir de 1989 (Ministerio de Salud, 1995).

Cuadro 3: Chile: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	15 por mil nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	75,3 (1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	78,3 (1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	72,3 (1995-2000)

Desde hace varios años, las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías fuertemente ligadas a los estilos de vida y al envejecimiento de la población, tales como problemas del aparato circulatorio, cáncer, accidentes y violencias y enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo (cuadro 4).

Cuadro 4: Chile: Cinco principales causas de muerte, 1994

Causa	N°	%
Enfermedades del aparato circulatorio	20.927	27,8
Tumores	16.193	21,5
Traumatismos y envenenamientos	8.896	11,8
Enfermedades del aparato respiratorio	8.567	11,4
Enfermedades del aparato digestivo	5.204	6,9
Subtotal cinco mayores causas	59.787	79,4
Resto de las causas	15.658	20,6
Total	75.445	100,0

Fuente: Ministerio de Salud (1996).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema de Salud

Hitos más importantes en la historia del sistema de salud chileno

Parece haber consenso entre varios autores que analizaron el sistema de salud chileno en la necesidad de un abordaje histórico de su institucionalización¹⁷:

¹⁷ Ver por ejemplo, Miranda (1994), González García (1994), Molina (1996), Jiménez de Jara (1994), Sanchez (1997).

- ⇨ La creación en 1924 del Seguro Obrero Obligatorio, cuyo Departamento Médico inició el Control de Niño Sano, el Programa de Alimentación Complementaria y el Reposo Pre y Post Natal para la mujer obrera.
- ⇨ La creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud y la separación de las funciones de aseguramiento financiero (Servicio de Seguro Social) por una parte y, de prestaciones de salud (Servicio Nacional de Salud), por otra.
- ⇨ El establecimiento del Servicio Médico Nacional de Empleados (SEREMENA), la Ley de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, el nuevo Código Sanitario y el Formulario Nacional de Medicamentos.
- ⇨ En los años '80 se llevó a cabo un proceso de descentralización administrativa, fusionando el SNS y el SEREMENA y fragmentando la Atención Primaria de Salud, traspasándola a los municipios. En esta dirección se crearon 27 Servicios de Salud desconcentrados, los cuales conformaron el Sistema Nacional de Salud (SNSS) y se establecieron los Seguros Privados de Salud (ISAPRE).

Las estructuras de la salud pública en Chile aparecen progresivamente a contar de la influencia creciente de los médicos y sus conocimientos científicos hacia el último cuarto del siglo XIX, quienes desplazan el modelo asistencialista de la oligarquía terrateniente instituido a través de la llamada Beneficencia Pública, la cual tenía hospitales y lazaretos para la atención de los pobres e indigentes en una medicina de caridad (Jiménez de Jara, 1994).

Con la aparición de los grandes brotes de viruela y de cólera de los años 1880 a 1890 nacen las Juntas de Vacunación (1883), el Consejo Superior de Higiene y el Instituto de Higiene (1892), la notificación obligatoria de enfermedades transmisibles (1899), el primer Código Sanitario y la Dirección General de Sanidad (1918) (Jiménez de Jara, 1994).

En paralelo, se desarrollan desde mediados del siglo XIX, variadas formas de mutualismo y protección colectiva de los trabajadores y sus familias, incluyendo la atención de la salud.

Ya entrados en el siglo XX, en el período entre 1920 al 24, nacen el Seguro Social Obligatorio (Caja del Seguro Obrero) y el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Estas entidades, particularmente el Seguro Obligatorio para los obreros, eran resistidas duramente por las organizaciones de los trabajadores, entre otras cosas porque consideraban que se expropiaba dinero con el pago de la cotización, encauzándolos hacia un ahorro forzoso.

En los años '30 y principalmente en los '40, estas estructuras de protección previsional para los obreros fueron complementadas con las de protección para los empleados (Servicio Médico Nacional de Empleados -SERMENA-) y para los niños y adolescentes (Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia -PROTINFA-).

Asimismo, ya desde la década del '30 se le dio un lugar importante a las acciones preventivas, reorganizando el sistema con la formación de zonas de cierta autonomía a lo largo del país para resolver los problemas propios.

El Servicio Nacional de Salud (Primera Reforma: 1940-1970).

En 1952, se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual se constituyó como persona jurídica dependiente del Ministerio de Salud. Unificó y articuló a prácticamente el conjunto de instituciones públicas y privadas con financiamiento estatal que actuaban en el área salud (la Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero y PROTINFA, departamentos de medicina del trabajo dependientes del Ministerio de Trabajo y al Instituto Bacteriológico).

Además, de ser responsable de llevar a cabo las acciones correspondientes a estos organismos, el SNS también tenía a su cargo la atención del indigente y su familia, que alcanzaban al 70% de la población. Bajo este sistema, el Estado tenía un papel preponderante, tanto en el aporte a su financiamiento como en la creación y administración de infraestructura médica estatal.

El SNS tardó al menos 10 años en alcanzar un tamaño, capacidad y funcionalidad aceptables para impactar sobre los indicadores epidemiológicos. Recién a inicios de los '70 se evidenció la caída de los indicadores de mortalidad materno-infantil, junto con el aumento de la cobertura de los programas de esa área (Jiménez de Jara, 1994).

Como instrumentos de acción, el SNS privilegiaba una red asistencial compuesta por consultorios y postas de atención primaria, junto con la red de Hospitales heredados de la antigua Beneficencia y aquellos construidos por sus propios medios posteriormente.

Sin embargo, las críticas al SNS eran permanentes y las agitaciones laborales de funcionarios menores y médicos pasaron a ser parte del panorama político chileno de los '60 y '70. Esta sumatoria de pequeñas crisis y burocratismos acumulados, llevan a la comunidad y a los políticos a reclamar reformas y mayores recursos para la Salud Pública.

Descentralización y Privatización (Segunda Reforma 1973-1990).

A la caída del régimen democrático en 1973 con el Golpe de Estado y el inicio del régimen de dictadura militar, se produce en su interior toda una batalla de proyectos económicos sociales, que van desde la continuidad del Socialismo de Estado modernizado, hasta el Neoliberalismo y el predominio del Mercado. Finalmente, triunfa esta última tendencia y a contar de 1976, se va imponiendo la reforma de la economía y por ende, de la sociedad hacia el pensamiento ortodoxo.

La aplicación de este esquema en salud fue lenta e incompleta, principalmente por la oposición de grupos que al interior y al exterior del gobierno de la dictadura, defendían el *status quo* y no aceptaban la aplicación de los principios “economicistas” a la salud.

Después de un período largo de discusiones internas en el gobierno de la dictadura y sin contar con el pleno apoyo de sus propios partidarios, además de la oposición del gremio médico, se inició un proceso de reformas estructurales y funcionales cuyo propósito aparente era modernizar el sistema de salud, pero cuyo objetivo real era llegar a la privatización completa de su estructura (Jiménez de Jara, 1994).

En esta dirección, en 1979 se inició el proceso de descentralización administrativa, fusionando el SNS y el SERMENA y fragmentando el sistema en 27 servicios regionales de salud, constituyéndose así el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Asimismo, en esta oportunidad se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública (todos ellos, organismos estatales, funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio). Continuando con el proceso de descentralización, en 1980 se comenzó el proceso de municipalización, traspasando a la administración municipal los consultorios de atención primaria.

Las funciones normativas, de evaluación y de control y coordinación con el sector privado fueron asignadas al Ministerio de Salud. El FONASA quedó a cargo del manejo financiero, correspondiéndole al SNSS la ejecución de programas y acciones de salud.

Hasta la década del '70, el sector salud chileno se había caracterizado por su estructuración como sistema mixto, con claro predominio del subsector público, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios. Sin embargo, a través de una serie de reformas que se im-

plementaron en los '80, se abre un importante espacio al desarrollo del sistema privado de atención.

La medida más importante con respecto al crecimiento del subsector privado fue en 1981 con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). De este modo, las contribuciones compulsivas para salud pudieron ser orientadas hacia el sistema público o hacia las ISAPRE, pasando a ser el trabajador el que financia el 100% de su cotización, ejerciendo por lo tanto el derecho a elegir el destino de las mismas. A partir de dicho momento, los afiliados del nuevo sistema previsional pudieron hacer sus aportes directamente a estas nuevas instituciones, los cuales anteriormente se canalizaban exclusivamente a través del FONASA. Las ISAPRES se constituyeron en alternativa del FONASA, especialmente para los sectores de trabajadores de altos ingresos.

A partir de 1986, se llevó a cabo la reorganización del sector público en modalidades de atención institucional y de libre elección. Esta modificación normativa eliminó las diferencias entre obreros y empleados, es decir, entre régimen de salud y calidad previsional. Se estableció un aporte financiero de acuerdo a la capacidad económica de pago, con acceso libre e igualitario a las acciones de salud y a la elección del sistema de atención.

Finalmente, puede decirse que la consolidación definitiva del subsistema privado de salud se dio a partir de la creación de la Superintendencia de las ISAPRE, entidad de carácter técnico cuyo objetivo principal es fiscalizar a las instituciones y vigilar el cumplimiento de los contratos de salud.

Actores y roles dentro del Sistema

El sector salud chileno es un sistema mixto, en donde conviven el subsector público (que incluye la seguridad social) y el privado (con participación tanto en el ámbito de los seguros como en el de las prestaciones).

Subsector público

El **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**, ofrece dos opciones en cuanto a la prestación de los servicios a sus cotizantes (adscriptos al FONASA). Ellas pueden resumirse en:

i) *Modalidad de Atención Institucional*: bajo esta modalidad la oferta queda restringida a la atención brindada por los establecimientos del SNSS - atención cerrada -, pudiendo los beneficiarios elegir el establecimiento y el profesional. Esta modalidad corresponde al modelo de atención tradicional, en que las personas acuden a los consultorios de atención primaria, desde donde son derivados a los establecimientos estatales secundarios y terciarios. Allí se les cobra conforme el porcentaje de co-pago establecido de acuerdo a su nivel de ingreso (Miranda 1995)

Dentro de esta modalidad y a efectos de establecer distintos niveles de bonificación de los servicios, se diferencian distintas categorías de beneficiarios según niveles de ingreso, estando exentas las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo. El resto de las personas pagan entre un 25 y un 50% de las prestaciones valoradas de acuerdo al arancel FONASA nivel I -los

servicios de salud y el FONASA tienen establecido este arancel para valorizar las prestaciones- (Aedo, 1997).

ii) *Modalidad de libre elección*: la oferta es común para el conjunto de los beneficiarios e implica la posibilidad de optar entre profesionales y establecimientos privados inscriptos en los registros del FONASA, que se agregan a la oferta estatal disponible.

Es importante señalar que bajo esta modalidad los co-pagos aumentan radicalmente (en relación a la modalidad institucional) y no se discrimina por nivel de ingreso. Aquí se requiere un co-pago que depende del nivel en el cual se ha inscripto el prestador de servicios de salud (nivel 1, 2, y 3). Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad de libre elección (Aedo, 1997).

Actores del SNSS

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS está conformado por:

- a) Gobierno Central
- b) Los municipios
- c) Servicios de Salud
- d) FONASA
- e) Los prestadores públicos
- f) Los prestadores privados
- g) Instituto de Salud Pública
- h) Central Nacional de Abastecimientos
- i) Superintendencia de ISAPRES
- j) Los usuarios

Funciones del Sistema

a) El **Gobierno Central**, a través del Ministerio de Salud, constituye la máxima autoridad en la materia y tiene como funciones centrales el dictado de normas, el diseño, la ejecución y evaluación de planes y programas para el sector estatal y el control de los organismos del área. Opera a un nivel central en Santiago y en un nivel regional a través de 13 Secretarías Regionales Ministeriales que representan al Ministerio en cada región, y supervisan y controlan el funcionamiento de los servicios.

Los organismos integrantes legales del SNSS se relacionan con el Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y tienen como característica común que son servicios públicos, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Por lo tanto, están dotados de facultades administrativas, legales y patrimoniales para su administración autónoma. Estos organismos dependen del Ministerio para los efectos de someterse a la vigilancia de éste en su funcionamiento y cuyas políticas, normas y planes deben acatar en relación con el ejercicio de sus actividades (Ministerio de Salud, 1995).

b) Los **Municipios** al municipalizarse la administración de la atención primaria de salud, pasaron a ocupar un papel importante dentro del SNSS.

c) Los **Servicios de Salud** son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud. Existen 27 en todo el territorio, de los cuales cada uno tiene un ámbito de acción determinado y son unidades operacionales que brindan prestaciones de salud a través de una red asistencial constituida por hospitales de una complejidad variable, consultorios urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico rurales.

d) El **FONASA** cumple las siguientes funciones básicas:

Administrar la modalidad de libre elección

Tesorería del Sistema Público de Salud: recaudar y distribuir los recursos a los Servicios de Salud y consultorios municipalizados. Obtiene los recursos de parte del Ministerio, distribuyendo una parte del presupuesto (alrededor del 80%) en forma directa y el resto a través del mecanismo de “facturación de atenciones prestadas” -FAP- para los servicios y “facturación de atenciones prestadas en establecimientos municipalizados” -FAPEM- para consultorios.

Clasificar e identificar a los afiliados del sistema estatal.

Financiar la modalidad de libre elección¹⁶

Otorgar préstamos a los afiliados al sistema estatal.

e) Los **prestadores públicos** están reunidos bajo una red asistencial constituida por hospitales de complejidad variable, consultorios urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico rurales. Estos establecimientos públicos pertenecen al SNSS y brindan servicios principalmente a la población cubierta por la modalidad institucional, aunque también a aquellos que eligieron la modalidad de libre elección

f) Los **prestadores privados** contratados por el subsector público están dirigidos a ampliar la oferta de servicios ofrecida por la modalidad de libre elección. De este modo los afiliados a esta modalidad tienen la posibilidad de optar entre profesionales y establecimientos privados inscriptos en los registros del FONASA, que se agregan a la oferta estatal disponible.

Es importante señalar que los servicios privados presentan co-pagos radicalmente mayores en relación a los servicios públicos y no se discrimina por nivel de ingreso.

g) El **Instituto de Salud Pública** actúa como laboratorio nacional de referencia y ejerce el registro y control de laboratorios y medicamentos.

h) La **Central Nacional de Abastecimientos** (CENABAST) es la encargada de la provisión de medicamentos e insumos a los establecimientos públicos.

i) **Superintendencia de ISAPRES**, con personería jurídica y patrimonio propio. A estos organismos le corresponde la supervisión y control de las ISAPRES.

j) **Los usuarios** del SNSS son los trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA y que optan por la modalidad institucional o la de libre elección. Asimismo, la modalidad institucional también cubre a los grupos familiares de los cotizantes, a los indigentes, cesantes y sus grupos familiares.

Por otro lado, es importante señalar que existen otras instituciones de salud del subsector público no integradas al SNSS, las cuales se dirigen a brindar servicios a un grupo particular de la población. Entre las instituciones de salud del sector público no integradas al SNSS se encuentran algunas empresas del Estado tales como Penitenciaría, Fuerzas Armadas y de Orden, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras. Ellas cuentan con unidades asistenciales para dar atención a su personal y sus cargas familiares.

Estas instituciones, aunque tienen financiamiento estatal no forman parte del SNSS y, por lo tanto, tienen autonomía administrativa y de gestión respecto a las normas directivas del Ministerio de Salud.

Subsector privado

Denominamos aquí subsector privado a un subsistema alternativo al público, integrado por instituciones privadas con o sin fines de lucro destinadas a prestar servicios de salud a sus beneficiarios.

Dentro de este subsector existen distintos regímenes o modalidades de asistencia. La más importante es la constituida por las ISAPRES, la cual representa una alternativa al subsistema público, pudiendo las personas desplazarse libremente entre ISAPRES y entre éstas y el subsistema estatal en todo momento

Actores del Subsistema:

- a) Las ISAPRES abiertas y cerradas
- b) Mutuales de seguridad social y accidentes de trabajo
- c) Proveedores privados contratados e independientes
- d) Proveedores privados pertenecientes a las ISAPRE o a las Mutuales
- e) Seguros privados
- f) Instituciones privadas sin fines de lucro.
- g) Usuarios

Roles y funciones del Subsistema

9. Las **ISAPRE** imitaron desde su creación la modalidad de libre elección estatal, existiendo, sin embargo, diferencias importantes en los aranceles acordados con los proveedores, y naturalmente, en los co-pagos. Ello ha significado que para los trabajadores cuya cotización de salud es suficiente para comprar un Plan de Salud en una ISAPRE la decisión de afiliarse a ella es prácticamente trivial, ya que debe incurrir en co-pagos inferiores, tiene mayor libertad de elección, mejor trato y mayores amenidades. A ello se suma el deterioro de la calidad técnica de los establecimientos estatales durante los '80 (Miranda 1995).

Los Planes de Salud ofrecidos por estas instituciones tienen un precio, para el cual la cotización de salud puede ser suficiente o insuficiente. Tanto en este último caso como en el caso en que el afiliado desee obtener un Plan de Salud mejor, debe cancelar con una cotización adicional, retenidas por el empleador en el caso de los trabajadores dependientes. Se pacta libremente con cada ISAPRE un contrato que especifica las cotizaciones totales a pagar, las prestaciones de salud comprendidas, los aranceles de referencia y las bonificaciones (Miranda, 1994 y 1995).

Los servicios producidos comprenden las prestaciones médicas pactadas y los subsidios por incapacidad laboral (los cuales cubren el pago del salario del afiliado por el período que dure la licencia médica expedida por profesional médico) (Miranda, 1994).

Las ISAPRES son entidades cuya función es canalizar las prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas y de las actividades que sean afines o complementarias a ese fin. (Miranda, 1994)

Existen dos tipos de ISAPRE según su población objetivo: *abiertas*, que son aquellas que ofrecen sus servicios a cualquier trabajador y, *cerradas* que cubren exclusivamente a los trabajadores de una o varias empresas.

- ⇨ Las **Mutuales de Seguridad Social y Accidentes del Trabajo** constituyen otra opción dentro del subsector privado. Las mismas cubren a los trabajadores activos cuyas empresas se encuentran aseguradas en enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en una mutual. Las prestaciones se hacen en forma privada, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las mismas mutuales.

Las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo administran el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y se encargan de la prevención de estos riesgos además de prestar atención médica y de rehabilitación a los accidentados y otorgar los subsidios correspondientes a sus cotizantes.

⇨ Los **proveedores privados** contratados ocupan un lugar importante dentro del subsector privado ya que las ISAPRE no están obligadas a proporcionar las atenciones de salud directamente, sino que pueden hacerlo a través de terceros (que es la modalidad más empleada). Para esos efectos, establecen convenios de atención con proveedores privados, tanto profesionales como establecimientos de salud¹⁸. (Miranda, 1995).

Estos prestadores privados (médicos, clínicas y laboratorios) establecen contratos para la prestación de servicios tanto con el subsector público como con las ISAPRES. Otorgan además servicios a un sector de la población que financia su consumo de prestaciones médicas de manera directa.

10. **Proveedores privados pertenecientes a las ISAPRES o a las Mutuales:** Existen casos en que la atención es brindada directamente por la ISAPRE mediante su propia infraestructura. En estos casos, los profesionales se consideran funcionarios (y perciben una remuneración) o bien atienden por un arancel convenido, usualmente inferior al que rige en una consulta particular (Miranda, 1995).

Por otro lado, las Mutuales brindan sus servicios a través de una infraestructura asistencial propia compuesta de hospitales y clínicas de diversa complejidad técnica y centros de atención ambulatoria.

11. **Seguros privados:** Debido a la falta de cobertura por parte de las ISAPRE de las denominadas enfermedades catastróficas, se están comenzando a desarrollar seguros privados que financian estos eventos. (Ministerio de Salud, 1995).

12. Las **instituciones privadas sin fines de lucro** son una opción son una “opción” dentro del subsector privado.

Las mismas realizan prioritariamente prestaciones ambulatorias. Entre ellas se encuentran: Cruz Roja, Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL), Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM), Instituto de Rehabilitación Infantil, Iglesias de diferentes credos, Organismos no gubernamentales, etc. (Ministerio de Salud, 1995).

13. Los **usuarios de las ISAPRES** son trabajadores activos dependientes, independientes, pasivos que cotizan en ISAPRES. También están incluidos los grupos familiares de los cotizantes. Los afiliados a las ISAPRES deben suscribir un Plan de Salud de acuerdo a sus ingresos, entre una amplia variedad de planes y empresas que operan en este mercado. Realizan un co-pago dependiente del contrato adquirido. Éste varía con el número de dependientes, su edad, la cobertura de los beneficios, etc.

Con respecto a **los usuarios de las Mutuales** son trabajadores activos cuyas empresas se encuentran aseguradas en enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en una mutual.

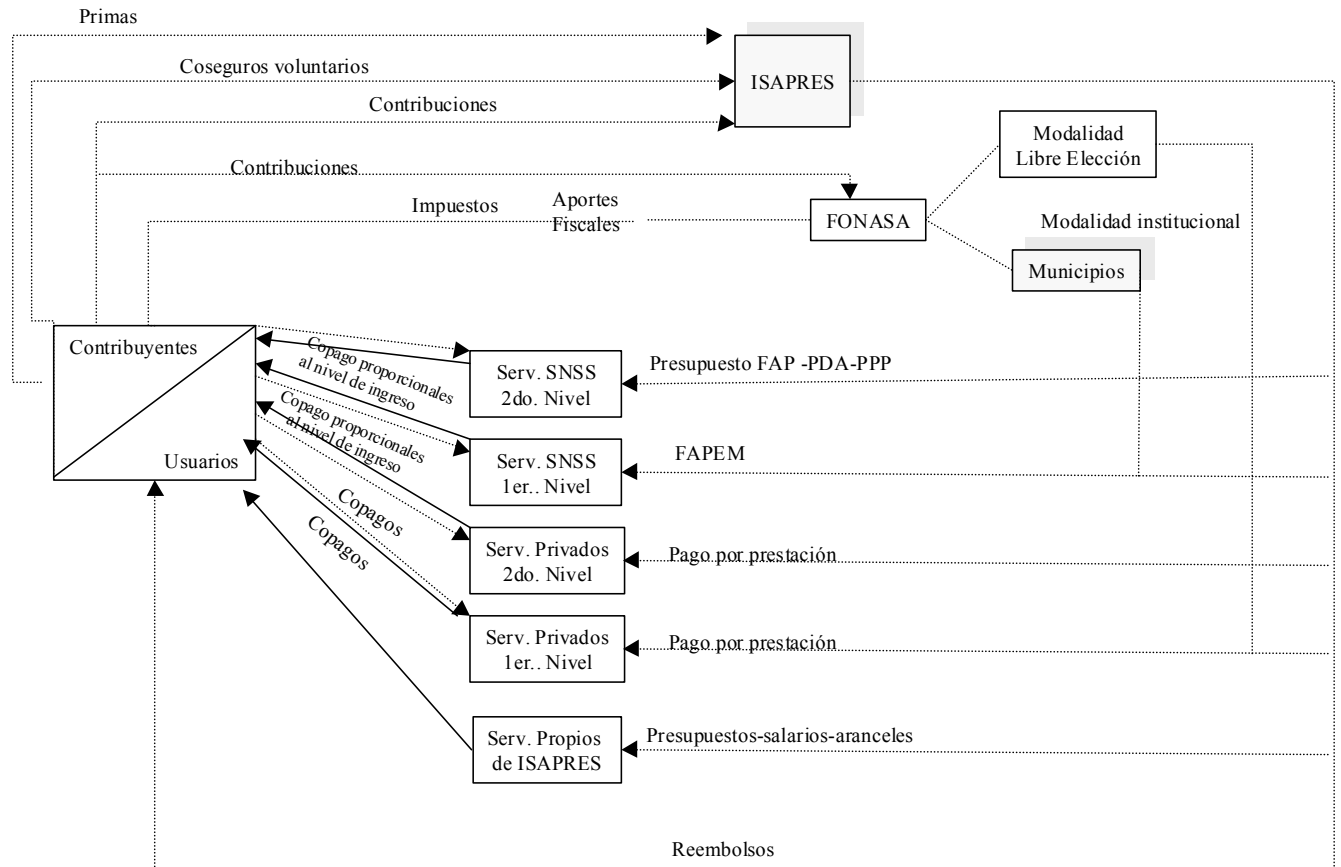
¹⁸ Cuando las ISAPRES contratan los servicios a terceros entregan los beneficios a sus afiliados por medio de dos vías: a) Sistema de reembolso de gastos médicos: el afiliado, una vez que ha requerido y obtenido una prestación determinada, paga la totalidad del valor de la misma y posteriormente solicita a ISAPRE el reembolso de parte de ese gasto, en la proporción pactada en el contrato de salud correspondiente; b) Sistema de bonos valorizados: el afiliado compra en la ISAPRE estos bonos por el total del valor de la prestación pero pagando sólo aquella parte del mismo que no esté cubierto por el plan de salud contratado; el profesional o la institución cobra sus honorarios directamente a la ISAPRE, sobre la base de un arancel pactado previamente.

Fundación ISALUD

También debe considerarse como usuarios del subsector privado a aquellas personas que contratan de forma individual y directa los servicios médicos necesarios, y en algunos casos los mencionados seguros privados para “enfermedades catastróficas”.

Finalmente, hay que mencionar a las personas que acuden a las instituciones privadas sin fines de lucro.

Chile: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

El financiamiento del sistema de atención de la salud se realiza a través de diversas fuentes: aportes fiscales, aportes personales, aportes de los empleadores (no obligatorios) y pago directo (co-pagos, cotizaciones adicionales y pago por prestaciones no cubiertas) (González García, 1994).

Aportes fiscales: financian, vía el presupuesto ministerial, las prestaciones de la medicina curativa y preventiva, los programas especiales de salud, los subsidios por maternidad, el subsidio para los cotizantes del sistema ISAPRE de bajo nivel de renta y/o mayor número de cargas familiares, etc.

Estos aportes se orientan fundamentalmente al sector de la salud de la población categorizada como "indigente" (personas sin previsión, carentes de recursos). Asimismo, los aportes fiscales cubren las diferencias entre el financiamiento extrafiscal (aporte obligatorio) y los costos del sistema público de atención.

Aportes personales: Efectuados al FONASA o a las ISAPRE, corresponden al 7% de la renta imponible, con un límite máximo. Existe, además, un subsidio a cargo del Estado, equivalente al 2% de las remuneraciones al que los trabajadores pueden acceder para complementar el aporte cuando optan por el sistema ISAPRES.

Pago directo: se constituye por el pago directo por servicios de aquella parte de la población no cubierta por ningún Sistema de Seguros, por aportes adicionales que pueden hacer los beneficiarios del sistema ISAPRE para acceder a planes cuyo costo excede el monto del aporte obligatorio, por co-pagos que se establecen tanto en el sector público, como en el sector privado de las ISAPRES y por el pago de seguros complementarios de la cobertura de las ISAPRES (modalidad de incipiente desarrollo).

La participación de cada una de estas fuentes de financiamiento varía según se trate del subsector público o del privado.

El subsector público se financia con:

- ⇒ un subsidio estatal -que representa más de un 55% de sus ingresos- a través de los aportes fiscales anuales provenientes de los impuestos generales de la Nación;
- ⇒ la cotización legal obligatoria (7% de la renta imponible) que percibe el FONASA, y la contribución o aporte (co-pago) que efectúan los usuarios según la clasificación basada en los tramos de rentas y el tipo de prestación en la Modalidad Institucional, y el nivel de inscripción del otorgante elegido por el paciente en el sistema de Libre Elección
- ⇒ recursos recaudados mediante la venta de servicios hospitalarios a beneficiarios de ISAPRE y pacientes privados (Ministerio de Salud, 1995: 116).

Por su parte, dentro del subsector privado, las ISAPRES se financian exclusivamente con las cotizaciones que percibe de sus afiliados, sin tener subsidios que lo favorezcan. Dichos ingresos se pueden clasificar:

- ⇒ Cotización legal, correspondiente a un 7% de la remuneración imponible con un tope de aproximadamente U\$S 120, la cual constituye más del 90% de los ingresos de las ISAPRE;
- ⇒ la cotización adicional “voluntaria” que entregan las personas o los empleadores voluntariamente para acceder a un mejor plan de salud;
- ⇒ la cotización adicional legal de hasta un 2% (subsidio por parte del Estado, la cual permite que algunos trabajadores de bajas rentas puedan alcanzar a cubrir el precio del plan
- ⇒ las cotizaciones de aquellos trabajadores independientes y voluntarios que cotizan en una ISAPRE para asegurar su salud (Ministerio de Salud, 1995: 116).
- ⇒ Las ISAPRE bonifican un porcentaje de las prestaciones médicas de los beneficiarios, dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación, el cual en algunos casos puede ser de un 100%.

Finalmente, el origen del financiamiento de las Mutuales de Seguridad Social y Accidentes del Trabajo surge de una cotización establecida por ley pagada por empleadores. La administración del financiamiento está a cargo de las mutuales.

Responsabilidades jurisdiccionales

A nivel público, la descentralización era una tarea preanunciada por muchos expertos y políticos de la Salud desde la constitución del SNS en 1952, pero no concretada por varias razo-

nes, entre otras, la carencia de cuadros preparados en las regiones y la fuerte tendencia centralista que imperaba. Sin embargo, hoy ya se ha realizado esta descentralización, la cual puede sintetizarse de la siguiente manera:

- ⇒ Se municipalizó la administración de la atención primaria de salud.
- ⇒ En todo el territorio se jerarquizaron servicios hospitalarios de derivación según la complejidad desde las salas de atención primaria, con financiamiento mixto según la región y el Gobierno Central.
- ⇒ Se asignan recursos a los establecimientos hospitalarios regionales mediante un mecanismo de Facturación de Atenciones Prestadas (FAP), en base a un listado de prestaciones habituales, pero con precios fijados sin estudios de costos y solamente a un equivalente del 25% del precio, ya que los salarios e inversiones se asignan directamente desde el nivel central.
- ⇒ Los recursos de la atención primaria se obtienen por un mecanismo de Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipalizados (FAPEM), listado de prestaciones de acciones curativas y complementados con recursos locales provenientes de la misma comuna.

O sea que a pesar que las obras de relevancia estructural surgen del Gobierno Nacional, el funcionamiento y administración con auditoría de organismos centrales es traspasado, según la relevancia de la obra, a las comunas ó a las regiones; manteniendo siempre relación y vigilancia del Ministerio de Salud.

A nivel privado, las ISAPRES y sus afiliados tienen libertad absoluta para pactar las características y el nivel de beneficios en esta materia. En el Contrato de Salud entre la institución y cotizantes se pactan la cobertura de medicina curativa que recibirá este y sus cargas familiares. Su cobertura se realiza en todo el ámbito del territorio y fuera de este según lo pactado y la importancia económica del contrato.

La responsabilidad de brindar buena salud en Chile, esta compartida, la competencia es tanto comunal, regional y nacional. En tanto, es importante destacar la gran intercomunicación que existe entre estos tres niveles. El Gobierno representado directamente por el Ministerio de Salud y sus dependencias, está en la participación activa de la prevención, regulación, promoción y auditoría de la salud en todo el territorio nacional. Por otro parte, la provisión pública esta distribuida en las regiones y comunas, algunas con servicios propios.

Oferta de Servicios

Cuadro 5: Chile: Oferta de servicios por subsector (1995)

	Público*	Privado**	Total
Nº establecimientos	2.517	207	2.724
Hospitales y clínicas	187	139	326
Consultorios adosados	121		121
Cons. grales urbanos y rurales	376		376

	Público*	Privado**	Total
Postas y estaciones médico rurales	1.822		1.822
Clínicas psiquiátricas		37	37
Hogares de ancianos		10	10
Otros establecimientos	11	21	
Camas (1994)*	31.804	11.208	43.012 (alrededor de 3 c/1.000 hab).
Médicos x 10.000 hab***			10,8 (1995)
Enfermeras x 10.000 hab***			4,2 (1996)
Odontólogos x 10.000 hab***			4,4 (1995)

Fuente:* Ministerio de Salud (1996),** Ministerio de Salud (1995). *** OPS/OMS (1997)

Demanda

Cuadro 6: Chile: Demanda de servicios por subsector, 1996

	Público		Privado	Total
	Libre elecc.	Institucional	(Sist. ISA-PRE)	
Consultas médicas anuales prestadas*	5.111.971	23.534.443	12.646.167	41.292.581 (tasa x 100 hab=286,4)
Egresos anuales per capita				1.404.478 (1995)
Tiempo medio de internación				

Fuente: *Ministerio de Salud (<http://www.minsal/salud/4/3/2/tabla.htm>)

Cobertura

La población cubierta por el subsector público, tanto por la modalidad de libre elección como por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, son trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA, quienes optan por alguna de las mencionadas modalidades. En tanto, la modalidad institucional también cubre a los grupos familiares de los cotizantes, a los indigentes, cesantes y sus grupos familiares.

Finalmente, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo cubren a trabajadores activos cuyas empresas se encuentran aseguradas en enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en una Mutual.

En total el subsector público cubría en 1995 al 64% de la población. La cobertura de las ISAPRES abarca a los trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos y sus grupos familiares que cotizan en ISAPRES. En 1995 cubría el 28% de la población con una marcada concentración en los quintiles de ingresos superiores. El 8% restante incluye a beneficiarios de Fuerzas Armadas y de Orden y particulares no adscriptos al régimen único de prestaciones de salud. Sin embargo, parte de éste último grupo debe ser asociado al sistema público, puesto que, en caso de necesidad, terminan asistiendo a establecimientos públicos. (Aedo, 1997).

Cuadro 7: Chile: Distribución de la Población según sistema de atención, 1995

Sectores	Sistemas	Poblac. Beneficiaria	%
Público*	SNSS	9.167.918	64,6
	Inst. y empresas del Estado	658.667	4,6
Privado**	ISAPRE	3.669.879	25,8
	Privado propiamente tal	713.967	5,0
Total		14.210.431	100

Fuente: * Información estimada MINSAL, **: Superintendencia de ISAPRE. Diciembre 1994

Gasto

Cuadro 8: Chile: Gasto total en salud por subsector, 1993

Subsector	Millones de \$	%	% del PBI	Capita/año
Público	550.000	58	2,7	60.842
Privado (ISAPRES)	402.000	42	2	107.540
Total	952.000		4,7	

Fuente: Solimano & Cabezas (1997:41)

Modalidades de Contratación y Pago

¿Cómo paga cada subsector la atención ambulatoria (capitas, salarios, actos médicos, módulos, presupuesto global, etc.)?

Subsector Público

El FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los servicios de salud y los oferentes adscriptos al sistema de libre elección. Los servicios de salud traspasan a su vez los fondos a los hospitales, los centros de atención primaria y a subsidios diversos..

Los centros de atención primaria recibían el total del importe sectorial- por insumos y salarios- de acuerdo al mecanismo de facturación por atención prestada en establecimientos municipales (FAPEM), complementando las municipalidades ese importe, con recursos propios. A partir de 1994 se ha procedido a la implementación gradual de un sistema de asignación de recursos para la atención municipalizada de salud, basado en la aplicación de un *pago por cápita* por población adscripta (Aedo, 1997)

Subsector privado

Las ISAPRE efectúan casi en su totalidad la remuneración de prestaciones médicas mediante el *pago por servicios*, a un valor convenido entre la ISAPRE y el prestador. Este hecho unido a que los pacientes sólo cancelan el co-pago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud enfrenten pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

Sólo recientemente en el mercado se han comenzado a introducir planes como los de las HMO de los EE.UU. para controlar costos. Se espera que en el mediano plazo aumente la importancia de este tipo de programas, en la medida que los cotizantes transen parte de su libertad de elección de prestadores, aunque mantengan la elección de aseguradoras, a cambio de menores primas y gastos de salud (Aedo, 1997).

¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación (capitas, salarios, actos médicos, módulos, presupuesto global etc.)

Subsector Público

Los servicios de salud a su vez pagaban la atención de los hospitales, a través de dos ítems principales:

⇒ sueldos y salarios

⇒ Facturación de prestaciones prestadas (FAP) *se retribuían los costos de insumos de cada una de las atenciones pagables por el MINSAL, contenidas en un arancel emanado del FONASA.*

En la actualidad este sistema está siendo reemplazado por uno basado en presupuestos prospectivos negociados, los que se originan en compromisos de gestión entre el Ministerio y los Servicios de Salud. En éstos los servicios se comprometen a realizar ciertas actividades y obtener ciertos resultados, mientras que el Ministerio adelanta los recursos para la realización de estas actividades.

Se incorpora el uso de pagos relacionados a resultados a través de un esquema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). En éste FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los Hospitales de los Servicios de Salud de acuerdo a diagnósticos resueltos. Debido a las dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, el mecanismo PAD, coexistirá en un corto plazo con un mecanismo "FAP corregido" Denominado Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP)- Aedo, 1997.

Subsector Privado

También se remunera por prestación.

¿Existen co-pagos o coseguros? ¿qué participación tiene el usuario?

Tanto en el subsector público como en el privado existen co-pagos en la mayoría de las prestaciones. En los dos subsistemas se contemplan diversas modalidades de co-pagos respondiendo a lógicas distintas. En el sistema estatal, sus afiliados deben incurrir en co-pagos crecientes con la renta del trabajador, lo que se materializa mediante un mecanismo de acreditación de renta y clasificación en cuatro grupos de ingreso A (indigentes), B (pobres), C (ingresos medios) y D ("ricos"). Los grupos A y B reciben prestaciones gratuitas en su totalidad. En tanto, los grupos C y D deben contribuir con el 25% y el 50% del valor de las prestaciones, respectivamente. Por lo tanto, se trata de un sistema redistributivo progresivo, a diferencia del

vigente en las ISAPRE, donde el porcentaje de pago es menor cuanto mayor sea la renta del trabajador y/o mayor su cotización adicional (Miranda 1995).

Reforma del Sistema

A lo largo de la década del '80 se implementaron una serie de reformas del sector salud chileno. A grandes rasgos, ellas se resumen en: la reestructuración y descentralización del subsistema público, la municipalización de la atención primaria y la creación de opciones para afiliarse a un sistema privado de financiamiento y administración de los beneficios previsionales de salud (ISAPRES).

Como consecuencia de estas reformas, Miranda (1995) señala la adversidad para el sector de las mismas (más allá de algunos esfuerzos puntuales a fines de la década del '80 para tratar de revertir los resultados negativos) principalmente en la regresividad de la distribución de los ingresos, en la creciente inequidad de las soluciones de salud y en los problemas de ineficiencia asociados a los cambios implementados en el sector.

Con el retorno a la democracia a partir de marzo de 1990, el gobierno de la Concertación Democrática enfrentó la tarea de evaluar las reformas introducidas durante el gobierno militar. A partir de dicha evaluación, pudieron identificarse los principales problemas que presentaba el sistema de salud chileno a principios de los años '90, los cuales pueden resumirse como sigue (Ministerio de Salud, 1995):

- ⇨ Ausencia de una política preventiva y de autocuidado sólida.
- ⇨ Insuficiente nivel de eficiencia en la gestión de las instituciones integrantes del SNSS, que se traduce en una administración burocrática, sin elementos innovadores, con una lenta toma de decisiones, indefinición de roles y una excesiva centralización de atribuciones.
- ⇨ Falta de transparencia del mercado de seguros privados por existencia de vacíos legales que favorecen a las entidades privadas de salud
- ⇨ Se evidencia la necesidad de fortalecer la autoridad sanitaria, la ausencia de mecanismos adecuados de coordinación y complementariedad entre el sector público y el privado, como también de incentivos que estimulen el trabajo conjunto frente a problemas comunes.
- ⇨ Falta de incentivos en el subsector público que permitan reclutar y mantener los recursos humanos necesarios para satisfacer la cantidad y calidad de los servicios de salud requeridas por el usuario.
- ⇨ La gestión en el subsistema público de salud se ha centrado principalmente en aspectos productivos y no en la satisfacción del usuario.

Entre otras cosas, estas debilidades del Sistema de Salud habían surgido como consecuencia de (Friedmann, 1995):

- ⇨ el cambio epidemiológico emergente expresado en la creciente incidencia y prevalencia de patologías crónicas no transmisibles y sus complicaciones, coexistiendo con patologías de primer nivel.
- ⇨ inequidad en riesgos y acceso a la salud, expresada en los indicadores de resultado de morbilidad y de utilización de los servicios de salud en las zonas de mayor pobreza y ruralidad

- ⇨ insuficiencia en la capacidad de gestión del sector público de salud (obsolescencia de los sistemas administrativos del sector, falta de recursos humanos capacitados para la gestión, ausencia de sistemas de información adecuados)
- ⇨ la prolongada restricción financiera del sector público que generó un fuerte déficit de inversión en infraestructura y equipamiento, y afectó la operación del sector (escasez de insumos, recursos humanos, manutención).
- ⇨ desarrollo inorgánico y descoordinado de los subsectores público y privado de salud

Frente a esta realidad, el gobierno democrático inició, en 1990, un proceso de reformas que pretenden resolver en el mediano y largo plazo las deficiencias anotadas.

La reforma iniciada con el restablecimiento de la democracia en 1990 ha buscado el equilibrio del sistema mixto chileno, revalorizando el rol del Estado mediante un proceso de autonomía progresiva a las unidades prestadoras y una reforma del financiamiento hacia mecanismos que incentiven la gestión y los resultados. (Jiménez de Jara, 1994). Se buscaba que el Estado asuma la responsabilidad de dar salud pero no necesariamente de otorgar el servicio.

El gobierno de la concertación tenía entre sus metas programáticas la recuperación del subsector público de salud, la mejora del acceso a la salud, resolver la crisis hospitalaria, dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud y mejorar la calidad del medio ambiente.

En esta dirección, efectuó un fuerte aumento del gasto en salud, principalmente a partir de 1991. Este aumento se destinó básicamente a sueldos del personal y profesionales del sector público de salud, insumos operacionales, mecanismos para aumentar la resolutivez en la atención, esfuerzos por mejorar la calidad y facilitar el acceso. Asimismo, se dio inicio al proceso de recuperación de la infraestructura y equipamiento con inversiones seleccionadas en distintas localidades y establecimientos. (Miranda, 1995).

Un aspecto central de la política de salud del gobierno de Aylwin fue la readecuación del subsistema público de salud. En este sentido, una de las acciones fue, en el nivel central, la reorganización interna del Ministerio de Salud. (Friedmann, 1995)

A nivel regional, el sistema de salud debió enmarcarse en el proceso de descentralización del país, reflejada principalmente en el surgimiento de los gobiernos regionales. A través de estos gobiernos regionales se comenzó a desarrollar una descentralización administrativa de carácter territorial inédita dentro del ordenamiento constitucional chileno. (Friedmann, 1995)

En este contexto, y entre otras cosas, se llevó a cabo una desconcentración territorial de los ministerios (entre ellos el de Salud) mediante Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS).

Por otra parte, con respecto a los Servicios de Salud, en 1990 se consideraba que una de las mayores debilidades era la ausencia de capacidad de gestión para administrar sus propias funciones. A ello se sumaba el deterioro de la infraestructura física y de equipamiento. Como consecuencia, estos servicios descentralizados no eran capaces, en general, de realizar sus tareas. Para corregir esta situación, el Ministerio de Salud propuso la transformación de los Servicios de Salud en “Servicios Autónomos de Salud” o “Unidades Integradas de Salud” que coordinarían el otorgamiento de atención de salud a una población asignada y manejarían los recursos financieros entregados por el Ministerio de Salud. (Friedmann, 1995)

No obstante, hasta el momento no se observa una decisión concreta de llevar adelante este proyecto por parte del Ministerio de Salud. (Friedmann, 1995). Lo que sí ha hecho el Ministerio es tomar las primeras medidas para profundizar la descentralización de salud, vía el aumento de la autonomía de los Servicios de Salud. El objetivo del Ministerio es terminar la coges-

ción entre éste y los Servicios de Salud, dejando al nivel central el rol de planificador y al Servicio el de ejecutor. El Ministerio pretende entregar todo lo que es la administración de los recursos financieros del sector (los cuales seguirán siendo provistos por el Ministerio), de forma tal que los Servicios de Salud se transformen en unidades económicas autónomas. (Friedmann, 1995)

Finalmente, a nivel local se intentaron llevar a cabo modificaciones en el proceso de municipalización de la salud primaria. No obstante, según algunos analistas (Friedmann, 1995) ha sido un proceso de descentralización mal implementado (descoordinación, inequidad, y escasa participación).

Sin embargo, más allá de los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias, las medidas adoptadas no tuvieron el éxito esperado y la situación del subsector público continuó agravándose. (Miranda, 1995)

Con la asunción del gobierno de Frei en marzo de 1994 la dinámica reformista habría de tomar un nuevo impulso. Sin embargo, la política sanitaria de este gobierno debió enfrentar sucesivos contratiempos. Entre ellos puede mencionarse la oposición de parte de los gremios de profesionales de la salud y notablemente de parte del Colegio Médico. Los permanentes enfrentamientos entre estos y el gobierno han impugnado en forma sostenida el curso de la reforma (Miranda, 1995).

No obstante, al interior del Ministerio se han ido poniendo en marcha reformas críticas de los mecanismos de transferencia de recursos y de la gestión de los servicios.

En esta dirección, se está llevando a cabo una reforma financiera. Las modificaciones principales que se han introducido son (Molina, 1996):

- ⇨ Atención Primaria: en julio de 1994 se ha comenzado a aplicar el sistema de capitación con libre adscripción para la atención primaria.
- ⇨ Atención secundaria terciaria: se reemplaza el sistema de pago por prestaciones por una mezcla de pago asociado a resultados con pago por prestaciones prospectivo. La selección de prestaciones más frecuentes permitió caracterizar al PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), estableciéndose de esta manera un sistema de transferencias de recursos basado en resultados, entregando a nivel local las decisiones y el riesgo de ejecutar las distintas actividades. El sistema entrega una cuenta corriente por pacientes e identifica las prestaciones por diagnóstico. Aquellos diagnósticos que por su complejidad no pueden ser estandarizados, continúan pagándose por prestaciones pero bajo la modalidad prospectiva y formando parte de los compromisos de gestión.

Asimismo, se han puesto en marcha los compromisos de gestión, los cuales son una forma de perfeccionar los contratos entre el nivel central y los servicios de salud. En este sentido, la reestructuración de Ministerio de Salud incluye entre sus objetivos asociar las transferencias de recursos a estos compromisos de gestión asumidos entre el Ministerio y los servicios de salud, y entre éstos y los hospitales y establecimientos de atención primaria. (Molina, 1996)

En tanto, mediante la reestructuración del Ministerio se busca separar las funciones de planificación, de ejecución, de financiamiento y de control. Con este propósito, se establece que la instancia política del Gabinete Unificado del Ministro y del Subsecretario tienen como soporte técnico a las tres divisiones del Ministerio: de Planificación Estratégica, de Programas de Salud y, de Apoyo a la Gestión. Asimismo, se radica en el FONASA el seguro público y la función financiera del sector. En tanto, la función de ejecución de planes y programas se

radica en los Servicios de Salud y en los Establecimientos de Atención Primaria, que se encuentran bajo administración municipal. (Molina, 1996)

Asimismo, se está trabajando en la readecuación del modelo de atención, con el fin de mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, para poner énfasis en la atención ambulatoria, para satisfacer la creciente demanda de tecnología y de participación social y, al mismo tiempo, reconocer el ámbito de la intersectorialidad y de la capacidad de decisión de las personas. (Molina, 1996)

Este modelo de atención define a los establecimientos y niveles de complejidad en dos subsistemas relacionados: el subsistema de atención abierta (ambulatoria) y el de atención cerrada (hospitalización) y en establecimientos públicos y privados. Introduce la creación de dos nuevos tipos de establecimientos de salud, los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT), ambos destinados a la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad (Molina, 1996)

El diseño corresponde a una red donde los establecimientos de mayor complejidad se ubican en el centro, confluyendo hacia ellos la derivación de pacientes que se realiza en establecimientos de menor complejidad. (Molina, 1996).

Por otro lado, se está trabajando en la articulación de un Seguro de Salud Estatal que de nuevas condiciones de competitividad a la modalidad de libre elección frente a las ISAPRE (Miranda, 1995).

Más allá de todas estas cuestiones, Ernesto Miranda (1995) señala que el punto central de los '90 será encarar el cambio de estrategia de la reforma, que hasta ahora ha "dicotomizado" el abordaje de la reforma del sistema estatal del de las ISAPRE. Asimismo, el autor señala que la otra dimensión del cambio de estrategia tiene que ver con un replanteamiento de las fuerzas afines y contrarias a al reforma

Según Cristian Aedo debería introducirse en el sistema chileno una competencia mana, una canasta básica de salud, y esquemas de participación del costo.

La reforma Programática Chilena propuesta por el Ministerio de Salud, para 1997-2000 aspira a otorgar especial énfasis a las actividades de promoción y prevención a la vez que considerar las directrices de gobierno, en cuanto a fortalecer los gobiernos regionales y demás autoridades locales, a partir de la determinación de las prioridades en salud, y a través de la regulación y el diseño de un nuevo modelo de provisión de la atención primaria

Así, en 1997 por primera vez se explicitaron las 16 áreas prioritarias de salud en el país., en es sentido y para ese año se propuso como tarea avanzar en la definición de estrategias y actividades, con énfasis en los aspectos de costo-efectividad. La priorización de actividades permitió además presentar adecuado a ello el presupuesto para 1998. Por otra parte se efectuó una revisión del sistema de vigilancia epidemiológica para adecuarlo al nuevo perfil, las prioridades de salud y a las estrategias definidas por éstas.(Ministerio de salud, 1997)

Debilidades y Fortalezas

Si bien a lo largo de la década del '90 se han intentado implementar diversas medidas para reencaminar la evolución del sistema de salud chileno, son las reformas que tuvieron lugar durante los años '80 las que causaron cambios estructurales al sistema de salud actual.

Las medidas propuestas durante los gobiernos democráticos en muchos casos no pudieron llegar a ser implementadas y, en otros, los resultados no pueden ser aún evaluados debido al limitado campo de aplicación y a la inmadurez de dichas acciones.

Por lo tanto, las debilidades y fortalezas del sistema de salud chileno que se presentan a continuación están basadas en la estructura creada en los años '80 y su lenta evolución durante la década actual.

Situación de Salud

Debilidades

- ⇒ *Amenazas asociadas al progresivo envejecimiento de la población*, aunque tiene el perfil epidemiológico de un país joven. Ello, genera un incremento de la demanda proveniente además del incremento del ingreso por cápita y del aumento de la educación promedio de la población (Aedo, 1997).
- ⇒ *Estilos de vida no saludables*, asociadas a las principales causas de muerte, lo que se refleja en la ausencia de mejoría en los grandes problemas de salud de adultos: enfermedades crónicas, cánceres, traumatismos y salud mental (Aedo, 1997).
- ⇒ *Diferencias entre las trece regiones en las que se divide el territorio* por razones de ruralidad, pobreza, marginalidad urbana, dificultades de acceso por razones geográficas, etc (Aedo, 1997).

Fortalezas

- ⇒ *Indicadores globales de salud, esperanza de vida al nacer y mortalidad en general, superiores a los esperados*, de acuerdo al nivel de desarrollo económico del país (Aedo, 1997)
- ⇒ *Adecuada salud ambiental y nivel educacional de la población*: El país se encuentra en una posición privilegiada al respecto (Aedo, 1997)

Sistema de salud

Debilidades

- ⇒ *Baja satisfacción de los usuarios*. Una encuesta del Centro de Estudios Públicos, realizada en 1995, reveló que el 43,7% de los beneficiarios de las ISAPRES se encuentra insatisfecho con respecto al sistema de salud, en tanto un 51,9% de los beneficiarios del FONASA, también (Aedo, 1997)
- ⇒ *Insuficiente capacidad de gestión del subsector público*; tanto en su nivel macro como micro, producto de una descentralización errónea, incompleta e insuficiente. Especialmente a partir de la creación de las ISAPRES, el subsector público se enfrentó a una pérdida de poder de negociación, lo cual estuvo acompañado de un aumento del gasto global en salud. En otras palabras, la pérdida del poder monopólico del Estado en el mercado de factores e insumos de salud ha conducido, y lo seguirá haciendo, a aumentos de los costos y gastos de salud. .
- ⇒ *Subsector Público con deteriorada infraestructura, aumento de colas de espera rechazos e insuficiencias de farmacias y en general un trato inadecuado*.

- ⇒ **Dificultades para establecer contratos de cobertura a largo plazo:** En el sector privado se observa una incapacidad para establecer contratos a largo plazo con sus afiliados, como consecuencia del mecanismo de discriminación y selección adversa.
- ⇒ **Falta de transparencia y equidad:** El funcionamiento de las ISAPRES ha sido criticado de inequitativo y poco transparente, además de no ofrecer solución para los problemas del adulto mayor y de las enfermedades crónicas. Las ISAPRES han contribuido al deterioro de la equidad en salud. Según Miranda (1995), el problema de esto no radica en que las diferencias se hayan acrecentado, ya que al formalizarse los mercados de salud ello era un fenómeno esperable. El problema está en la opcionalidad de la aplicación de la contribución obligatoria para salud a estas instituciones. Su configuración legal ha permitido que no sea un sistema realmente optativo para toda la población, y ha sido ella también la que ha favorecido que las diferencias en salud tanto entre sus propios afiliados como con respecto al sistema público sea hoy día mayor que en pasado.
- ⇒ **Tendencia a elevación de los costos de cobertura:** Aunque el mercado de las ISAPRES tiene amplia libertad de entrada y salida y ha evidenciado un relativo aumento de la competencia (Miranda, 1995), la subdivisión de las ISAPRES en múltiples empresas de variado tamaño ha provocado la desagregación del riesgo lo cual tiende a elevar el costo de las primas generando ineficiencias e incentivos hacia las prácticas de selección negativa. A su vez, esto se ha traducido en incrementos en los costos de cobertura de las ISAPRES (Aedo, 1997).
- ⇒ **Deficientes mecanismos de asignación de recursos financieros,** pues tanto el sistema FAP como el FAPEM han distorsionado sus propósitos iniciales, produciendo efectos perversos al no tener estudios de costos realistas en el caso del FAP y al otorgar mayor relevancia a lo curativo en lugar de a lo preventivo en el caso del FAPEM.

Fortalezas

- ⇒ **Crecimiento del subsector privado:** El subsistema de ISAPRES ha abierto una actividad comercial de seguros y un nuevo mercado para la economía chilena. Por otra parte, los mayores recursos volcados a la actividad privada provocaron un mejoramiento tecnológico y de infraestructura y un nivel de renta en algunos médicos de alto valor.
- ⇒ **Actualización de la tecnología médica:** Subsector privado con acceso a tecnología moderna, cómoda, hotelera y atención expédita (Aedo, 1997).
- ⇒ **Actualización de la tecnología de gestión:** Además las ISAPRES han sido pioneras en la introducción de la tecnología de seguros en el sector salud y han desarrollado fuertemente la tecnología y *know how* operacional y administrativo (Miranda, 1995).
- ⇒ **Aumento de la cobertura de la atención primaria:** El subsistema público, desde la descentralización, ha puesto el énfasis en la atención primaria de la salud (FUNSALUD, 1997).
- ⇒ **Mayor libertad de elección de proveedores:** Chile ha sido pionero en América Latina en la incorporación de modelos de Libre elección de aseguradoras (FUNSALUD, 1997).

Política de Salud

Debilidades

- ⇒ **Falta de incentivos en el subsector público:** El aumento del gasto público no ha incentivado la productividad de los hospitales ni mejorado la calidad de atención.
- ⇒ **Desarrollo inorgánico y descoordinado de los subsectores público y privado:** no existiendo en la práctica el concepto integrado de sistema mixto público-privado.
- ⇒ **Fragmentación:** La coexistencia de dos mecanismos de financiamiento con objetivos distintos, lo que resta eficiencia.
- ⇒ **Fragilidad en la recaudación:** El esquema de financiamiento del FONASA desincentiva la declaración de rentas reales, y no explicita acabadamente la justicia del sistema.
- ⇒ **Subsidios indirectos:** El FONASA aparece como un asegurador implícito de riesgos catastróficos o crónicos.
- ⇒ **Deterioro de la base solidaria en la financiación del sistema:** El financiamiento de las ISAPRE se basa en una racionalidad individual y no redistributiva.

Fortalezas

- ⇒ **Relativa aproximación al mercado de competencia perfecta:** Las ISAPRES han contribuido a la formalización de los mercados de salud, en un ambiente de regulación bastante más completo y perfeccionado que el que observamos en el caso de las instituciones de prepago de salud de la región (Miranda, 1995).
- ⇒ **Incremento de los recursos públicos:** Se ha evidenciado un significativo aumento del gasto en salud por parte del subsector público. En los últimos cuatro años el aumento fue del 50% y estuvo orientado a las brechas en las remuneraciones e inversiones ocasionadas por el costo del ajuste económico.
- ⇒ **Incremento de las acciones de salud pública:** Adecuada política de focalización que enfatiza la salud preventiva, lo que mejoró los indicadores epidemiológicos.
- ⇒ **Descentralización y participación del sector privado:** Ambas medidas permiten optimizar el rendimiento de los recursos disponibles en el país.

Bibliografía Consultada

- AEDO, Cristian , 1997, “La Competencia Manejada y Reformas para el sector salud de Chile”, Naciones Unidas. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, serie *Financiamiento para el desarrollo*, N° 50.
- CEPAL (1997), Balance 1997, Santiago.
- ENCICLOPEDIA BRITÁNICA (1997)
- CASEN(1996). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional -CASEN-* Santiago.
- FRIEDMANN, Reinhard (1995), “Análisis Institucional del sistema de salud chileno”, en: *El sistema de Salud en Chile ante la Descentralización Política*. Ministerio de Salud de Chile, OPS/OMS, ILPES.
- FUNSALUD (1997) “Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo”. En: *Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas*. México D.F
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. (Coord.) (1994), “Los Sistemas de Atención Sanitaria de la Seguridad Social en Algunos Países Seleccionados de América Latina”, en González García (Coord) (1995): *Metodología para el Análisis Comparativo de los Sistemas de Atención Sanitaria de Seguridad Social de América Latina*: Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Buenos Aires.
- JIMÉNEZ DE JARA, Jorge (1994), “Reforma de la Salud en Chile”, presentado en el *Seminario Regional sobre la Reforma del Sector Salud en América Latina*, OPS, Banco Mundial, Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires.
- LABRA, María Eliana (1995). “As políticas de saúde no Chile” en: Buss, Paulo & Labra (org). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Sao paulo – Rio de Janeiro. Editora Hucitec. Páginas: 103-151.
- MINISTERIO DE SALUD (1996). “Situación de la Salud en Chile”. Tarjeta de presentación, Chile.
- MINISTERIO DE SALUD (1997) “Diseño de Implementación de las prioridades en salud: La reforma programática chilena.
- MINISTERIO DE SALUD (1995) “Atención de la Salud en Chile”, preparado para el Foro Panel *La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno*. Con participación de OPS/OMS, Asociación de Municipalidades de Chile y las Mutuales de Seguridad Achs, IST y C.Ch.C.
- MIRANDA RADIC, Ernesto (Ed) (1994) *La Salud en Chile*. Centro de Estudios Públicos (CEP), Santiago de Chile.
- MIRANDA RADIC, Ernesto. (1995), "Las Nuevas Modalidades de Organización y Gestión de las Instituciones de Atención de la Salud en el Contexto de las Reformas Sectoriales: El caso de las ISAPRE chilenas", mimeo, presentado en la *Reunión Regional de la OPS*, Montevideo, Uruguay.
- MOLINA, Cleofe (1998),”Lecciones de la experiencia chilena de transformación hospitalaria” En: ISALUD. *El hospital en la reforma*. Buenos Aires. Páginas 23-32.
- MOLINA, Cleofe (1996), “El Proceso de Reforma y Fortalecimiento del Sector Público de Salud en Chile” en CEPAL: “Las Reformas Sociales en Acción: Salud”, Serie *Políticas Sociales N° 15*.
- OPS/OMS (1994). *Condiciones de Salud en las Américas*. Volumen I.
- OPS/OMS (1997), *Situación de Salud en las Américas*. Indicadores Básicos”.
- SANCHEZ, Hector (1997). “Evaluación del desarrollo de la reforma del sistema de seguridad social en salud y sus efectos: período 1980-1995”. En: Ministerio de Salud. *Reforma del Sector Salud*. Lima. Páginas:109-107.
- SOLIMANO, Giorgio /CABEZAS, Juan. (1997). “Perspectivas sobre la reforma de salud en Chile”. En: Ministerio de Salud. *Reforma del Sector Salud*. Lima. Páginas:37-44.
- URI WAINER, K. (1997) “Hacia una mayor equidad en la salud: El caso de las ISAPRE” ONU Comisión económica para América latina y El Caribe Serie *Financiamiento para el desarrollo* N° 54.
- WORLD BANK (1994), *El caso de Chile*. Banco Mundial, EDI, OPS.
- WORLD BANK (1997), *Select World Development Indicators*, The Bank for Reconstruction and Development, World Bank.

Anexo

Confiabilidad y Consistencia de las Fuentes de Información utilizadas.

Al analizar el sector salud chileno y sus reforma nos hemos encontrado con algunas inconsistencias en los datos disponibles, especialmente aquellos referidos al gasto en salud.

Distintas fuentes (Miranda, 1995, Ministerio de Salud, 1995 y OPS/OMS, 1997, Jiménez de Jara, 1994) presentan algunos datos parciales sobre el gasto chileno en salud pero las inconsistencias que se presentan hacen perder confiabilidad a la información brindada.

Por ejemplo, mientras que Jiménez de Jara (1994) establece que el gasto en salud para 1994 representaba el 4,5% del PBI (U\$S 1.112 millones), según la OPS/OMS (1997) dicho porcentaje asciende al 7,91%. Por otro lado, según Ministerio de Salud (1995) el gasto en salud correspondiente solamente al subsector público fue en 1995 cercano a los U\$S 1.500 millones, lo cual parece inconsistente con los datos presentados por Jiménez de Jara (1994) (aún considerando que se están comparando dos años distintos no parece lógico que en 1995 el gasto en salud del subsector público sea mayor que el gasto total en salud del año anterior).

A su vez, para 1993 Solimano y Cabezas presentan informaciones consolidadas sobre el gasto en pesos chilenos mientras, en la misma publicación Sanchez presenta valores capita en dólares. Al convertir a dólares los valores presentados por los primeros da resultados muy diferentes de los presentados por el segundo.

Por otro lado, cabe mencionar que en general la información disponible acerca del subsector privado se limita al grupo de las ISAPRES, dejando de lado las Mutuales y las entidades sin fines de lucro.

Siglas Utilizadas

CDT: Centro de diagnóstico terapéutico.

CENABAST: Centro nacional de abastecimientos.

COANIL: Corporación de ayuda al niño limitado.

COANIQUEN: Corporación de ayuda al niño quemado.

CRS: Centros de referencias de salud.

FAP: Facturación por atenciones prestadas.

FAPEM: Facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipales.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

ISAPRE: Institución de salud previsoanal.

MINSAL: Ministerio de Salud

PAD: Pago asociado a diagnóstico.

PROTINFA: Dirección general de protección a la infancia y adolescencia.

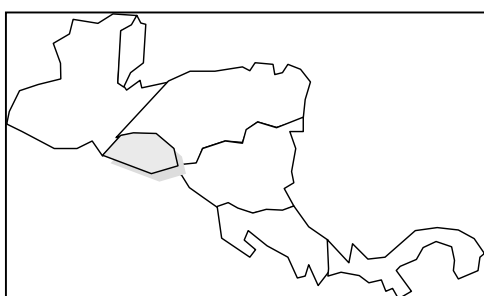
SEREMIS: Secretarías regionales ministeriales

SERMENA: Servicio médico de empleados nacionales.

SNS: Servicio Nacional de Salud.

El Salvador*

Características Generales



El Salvador es el país más pequeño y densamente poblado de América Central.

Durante los años 1988-1992 se produjeron importantes hechos políticos y socioeconómicos en dicho país, entre los que merece destacarse la firma de un acuerdo de paz entre el Gobierno y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (1992), que dieron comienzo a un proceso para terminar con el conflicto armado por la vía política, para impulsar la democratización, garantizar el respeto de los derechos humanos y reunificar la sociedad salvadoreña. En ese año se puso en marcha el Plan de Reconstrucción Nacional, que estableció las bases para la reconciliación nacional y la reintegración de los salvadoreños afectados por el conflicto armado.

Tiene una población de aproximadamente 5.928.000 habitantes, con una tasa de urbanización del 65%, con una fuerte concentración de la población urbana en la ciudad capital y otras dos ciudades importantes (Santa Ana y San Miguel).

Población

La tasa de crecimiento demográfico ha caído en los últimos años a un 2,2% anual, pero la estructura de la pirámide poblacional mantiene una base ancha (Cuadros 1 y 2).

La mayoría de la población está formada por mestizos de ascendencia amerindia y europea, concentrándose la posesión de la tierra en manos de una élite de blancos.

Cuadro 1: El Salvador: Información general del país

Superficie de El Salvador (km ²)*	21.041
Población Total –1997- (Nº habitantes)**	5.928.000 (1997)

* Este informe fue desarrollado por Graciela Ventura y Claudia Madies y presentado en el seminario “Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud de América latina”, realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la fundación Isalud, en Buenos Aires, durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

Población urbana -1995- (%)**	65 (1995)
Población rural -1995- (%)**	45 (1995)
Población en situación de pobreza -1990/94- (%)**	48,3 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional -1995/2000- (%)**	2,20 (1995-2000)
Tasa de desempleo urbano -1996-***	7,5 (1996)

Fuente:* Enciclopedia 1993-1996 "El Salvador" Microsoft Corporation, **OPS-OMS- 1997, ***CEPAL 1997.

La pobreza afecta especialmente a las poblaciones infantiles de ubicación rural y urbano marginal, lo mismo que a las mujeres de edad fértil, ancianos y personas con menor escolaridad.

Según el último censo efectuado en 1992 el 29,3% de la población vive en el Departamento de San Salvador y en general se ha verificado un descenso sostenido y lento de la tasa de fecundidad global desde 1961 (6,7 hijos por mujer) a 1988 (4,4 hijos); y también se advierte una tendencia descendente de la tasa de natalidad que en 1970 fue de 43,9‰ a diferencia del 32,4‰ que se proyecta para el quinquenio 1995-2000. (OPS-1994).

Cuadro 2: El Salvador: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de edades	Cantidades	%
Menos de 5 años	857.000	14,85
5 a 14 años	1.489.000	25,82
15 a 44 años	2.553.000	44,26
45 a 64 años	631.000	10,94
65 años y más	238.000	4,13
Total	5.678.000	100

Fuente: OPS-OMS 1994. Estimación para 1995.

Organización Política

La Constitución del 20 de Diciembre de 1983 establece un gobierno republicano, unitario de tipo presidencial, con una asamblea legislativa de 60 miembros. El Poder Ejecutivo es ejercido por el Presidente de la República y el Judicial por la Corte Suprema de Justicia, la Cámara de Segunda Instancia y otros tribunales.

Administrativamente el territorio se divide en 14 Departamentos, cada uno de ellos es administrado por un gobernador designado por el gobierno central y dura en sus funciones cuatro años. Los Departamentos se ubican 7 en la zona central, 3 en la occidental y 4 en la oriental.

Tiene un total de 262 municipios, de los cuales sólo 9 integran la zona metropolitana. Los gobernantes municipales son elegidos por el voto popular y duran en sus funciones dos años.

Economía

El Salvador tiene una economía predominantemente agrícola, que fue afectada por las inundaciones de 1990 y la sequía de 1991, soportó la caída de los precios del café -su principal producto-, el aumento de los intereses de la deuda acumulada y los compromisos adoptados en los acuerdos de paz. Con la reactivación del sector industrial y agropecuario aumentó su Producto Bruto Interno, a partir de 1989, también por el aporte de divisas de los salvadoreños

que viven en el exterior y la condonación de deuda por parte de Estados Unidos, alcanzando en 1995 el PBI un valor de 9.471 millones de dólares (World Bank, 1997).

Estado de Salud de la Población

Su perfil epidemiológico se caracteriza todavía por altas tasas de mortalidad infantil 40 muertes cada 1000 nacidos vivos, que no obstante en relación a las últimas décadas ha descendido en forma sustancial y acelerada.

Cuadro 3: El Salvador: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	40 c/ 1000 nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	69,5 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	72,5 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	66,5 años (proyección 1995-2000)

Fuente: OPS- OMS.1997.

Las cinco principales causas de defunción en los últimos años han estado referidas a Enfermedades Transmisibles, Neoplasmas, Enfermedades del Sistema Circulatorio, Afecciones del Período Perinatal y causas Externas (homicidios, accidentes y otras violencias), lo cual parece indicar que el país está atravesando su transición Epidemiológica. Se destaca la importancia de enfermedades de la pobreza en los índices de mortalidad y morbilidad salvadoreños, que afectan principalmente a la población infantil y mujeres en edad fértil, pero al par de ello se manifiesta la importancia relativa que van adquiriendo otras causas de muerte como los neoplasmas y las causas externas, lo cual complica el perfil epidemiológico y por ende, la estructuración de los mecanismos de respuesta o resolución de los problemas de salud del país (BID-BIRF-OPS-OMS, 1995).

Cuadro 4: El Salvador: Cinco Principales causas de muerte, 1995

Causa	Nº	%
Causas externas	5.406	19.95
Enf. del Aparato Circulatorio	4.606	16.99
Enf. Transmisibles	2.588	9.55
Tumores Malignos	1.965	7.25
Afecciones del período Perinatal	1.591	5.87
Subtotal cinco mayores causas	16.156	59.62

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

Causa	Nº	%
Otras causas	10.940	40.37
TOTAL	27.096	100

Fuente: OPS. 1995.

Organización del Sistema de Salud

Reseña histórica del sistema de salud

Históricamente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha sido el principal proveedor de servicios de salud y dentro de él los hospitales tenían un funcionamiento autónomo hasta mediados de los sesenta. En 1965 se hizo un esfuerzo para integrarlos pero fracasó. En 1969 se volvieron de nuevo organizaciones completamente independientes, para ser vueltas a fusionar con el Ministerio a principios de 1970. Actualmente, planifican sus propias actividades, desarrollan y ejecutan independientemente sus propios presupuestos y también en gran parte recopilan y entregan independientemente sus propias estadísticas de programas.

La guerra, el terremoto de 1986 y la ofensiva de noviembre de 1989, interrumpieron aunque por un período limitado de tiempo las operaciones del MSPAS, así el patrón alterado de provisión/utilización de servicios, la crisis de costos recurrentes y su limitado financiamiento se atenuó a partir de 1989, pero con la desaparición de la guerra, y la ayuda extranjera masiva, no desaparecieron los factores causales arraigados organizacionalmente que originaron aquellos.

Por otra parte, dentro del Gobierno fue establecido en 1954 el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), con dos fondos básicos: uno es el fondo para servicios de salud y el otro un fondo de jubilación/pensión.

Desde su comienzo el ISSS fue financiado por contribuciones de los empleados, el empleador y el Estado (Ministerio de Hacienda). Su esquema de financiamiento fue modificado tres veces y el último que conocemos data de 1993. Inicialmente su programa de salud alcanzaba únicamente a los trabajadores de los establecimientos industriales y comerciales en sólo 9 de los 262 municipios salvadoreños. Excluía empresas con menos de 5 o más de 249 empleados, a los ganaban más de un determinado salario y a los que trabajaban para el gobierno central o municipal. En 1955 se modificó la Ley del Seguro Social y ello permitió ampliar gradualmente su cobertura. Recién en 1973 abarcó todo el territorio nacional.

En 1979 se incorporaron al régimen especial a los trabajadores públicos de zona occidental y oriental del país.

En 1989, alcanzó a los empleados públicos de las zonas metropolitana y central. En ese año también se incorporaron las viudas y viudos de los jubilados del ISSS, a los hijos menores de 2 años (antes seis meses) y se permitió la adhesión de los esposos de las aseguradas. Aún hoy su cobertura social es una de las más bajas de Latinoamérica, aunque con una tendencia ascendente, Baste al respecto señalar que recién en 1993 se elevó la edad de incorporación de los hijos menores, a cargo del titular, a los 3 años.

Sus contribuyentes están cada vez más concentrados en los 9 municipios del área metropolitana del Salvador y la mayoría bajo el régimen especial.

De 1980 a 1985 funcionó con déficit, por la guerra (desempleo y descapitalización industrial). Además desde 1982 a 1989 el gobierno no cumplió con sus contribuciones, pagó en 1990, pero al año siguiente tampoco pagó. Recibió una transferencia del fondo de jubilación y pensión que le permitió mantenerse viable en compensación por haber asumido sus gastos administrativos y un subsidio del Ministerio de Hacienda para pagar su deuda entre 1984/6. A partir de 1986 ha generado anualmente superávit.

Desde el terremoto de 1986 que destruyó su hospital primario ha tenido retrasos en atención ambulatoria especializada, por lo que se privatizó la actividad, reembolsándose a los médicos que atienden sus beneficiarios (sólo para la primera visita y en el área metropolitana). El esquema luego se extendió a la atención pediátrica.

Integra también el Subsector de la Seguridad Social Bienestar Magisterial (B.M.), que fue establecido en 1968 inicialmente para dar a sus beneficiarios (maestros) servicios que no daba en programa de las oficinas centrales en El Salvador.

Otra institución autónoma paraestatal que data de 1967, y que integra la seguridad social es ANTEL, que tiene sistemas de salud complementarios para sus propios trabajadores, al igual que CEL. Está última, beneficia a empleados de empresas eléctricas debiendo contribuir los mismos desde 1993 con el 1% de sus salarios.

En el Subsector privado, según la agencia del Gobierno Central encargada de regular a las aseguradoras, bancos y entidades financieras -la Superintendencia del Sistema Financiero- su crecimiento verificado entre 1980 a 1991, ha sido considerable (25% anual).

Componen también el sector privado las organizaciones no gubernamentales. El PNUD en 1993 identificó 186 ONGs, el 27% comenzó en 1990; 94 prestan algún servicio relacionado con la salud, 48 trabajan en la salud ambiental.

Actores y Roles dentro del Sistema

El sistema de salud predominante es un Sistema Nacional con una participación importante de seguros sociales como es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que cubre aproximadamente al 11% de la población, que efectúa sus cotizaciones en relación con el sueldo de los trabajadores, y hay una mínima participación de alrededor del 7,5% del sector privado. También hay otros organismos de seguro social.

Subsector Público

El subsector Público está compuesto fundamentalmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que conforme las disposiciones legales y constitucionales, tiene la rectoría del sector salud, aunque en los hechos esa cartera no ha contado con la fuerza política suficiente ni los recursos necesarios para ejercerla cabalmente, sin que exista ninguna otra instancia de coordinación superior referida a salud (BID-BIRF-OPS-OMS, 1995).

- ⇒ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- ⇒ Secretaría de Estado
- ⇒ Hospitales
- ⇒ Centros de atención primaria

- ⇨ Servicios de Salud Regionales
- ⇨ Promotores de salud
- ⇨ Usuarios

Funciones y roles dentro del subsector:

- ⇨ El MSPAS está organizado en tres niveles: Nivel Central: responsable del rol normativo, regulador y controlador de las funciones técnicas administrativas, Nivel Departamental: encargado de la labor de conducción y de garantía de ejecución de los programas, y el Nivel Operativo: responsable de la ejecución directa, a nivel local de las políticas y programas de salud.

Tradicionalmente el MSPAS ha trabajado bajo un esquema centralizado y direccionado verticalmente, tanto en la ejecución de los programas de salud, como en los sistemas administrativos, financieros, de apoyo técnico y logístico de sus niveles desconcentrados. En años más recientes se han efectuado esfuerzos para horizontalizar los manejos de los programas de salud y actualmente se encuentra en proceso de implementación la Departamentalización del MSPAS, cuyos propósitos consisten en una primera etapa de desconcentración técnica y administrativa en su modelo de gestión, para luego proceder a una etapa de descentralización del primer nivel de atención, con base en un nuevo modelo de provisión de servicios.

Las funciones preventivas son casi en su totalidad ejercidas por el MSPAS. Sus servicios de salud, por otra parte, están dirigidos a la Atención de la Persona: programas para la salud reproductiva e infantil, nutrición, salud mental, salud oral, apoyo de epidemiología, laboratorio, educación para la salud y atención a la morbilidad común; y del Medio Ambiente: programas de letrización, agua potable, desechos sólidos, control de alimentos, control de enfermedades vectorizadas, etc. (BID-BIRF-OPS-OMS-1995).

En el MSPAS la provisión de servicios de salud preventiva, vacunación, controles infantiles y maternos, etc., se proporcionan en forma directa a la población utilizando su propia infraestructura y en forma gratuita para toda la población. Los servicios curativos se proporcionan en los establecimientos de salud administrados directamente por el Ministerio, incluyendo los hospitales. Existe una fuerte concentración de sus efectores en el área metropolitana, donde se encuentran los sectores con mayores recursos.

La estructura financiera fragmentada del MSPAS (tiene seis fuentes de financiamiento) le impide tener una unidad global que supervise el presupuesto total. Tampoco tiene información acabada sobre asistencia financiera o préstamos externos que entran al GOES (presupuesto de gastos ordinarios de El Salvador), por lo cual tradicionalmente planifica y prepara presupuestos, siguiendo precedentes históricos.

En suma, la estructura administrativa financiera del MSPAS es innecesariamente compleja, no existe un punto de supervisión o control, por lo tanto es imperativa la planificación financiera en el ámbito local, y que utilice un enfoque de arriba hacia abajo.

Por otro lado, aunque en El Salvador se ha hablado extensamente sobre la necesidad de cooperación y posible fusión del ISSS con el MSPAS, a efectos de que con la coordinación del primero se mejoren las condiciones de acceso a los servicios de salud de las poblaciones beneficiarias de ambos, no hubo un progreso significativo desde que dichas instituciones firmaron una carta acuerdo en 1987. En ese documento se pactó que el ISSS puede comprar servicios suministrados por el MSPAS y rentar el espacio de instalaciones del MSPAS (Fiedler, 1994).

- ⇨ Secretaría de Estado y Servicios de Salud Regionales (15 hospitales pequeños), juntos constituyen agencias centralizadas del MSPAS de provisión de servicios. Tradicionalmente el Ministerio ha trabajado en un esquema centralizado y direccionado

verticalmente, tanto en la ejecución de los programas, como en los sistemas administrativos, financieros y de apoyo técnico y logístico de los niveles desconcentrados. Así la Secretaría de Estado y los Servicios de Salud Regionales constituyen Agencias Centralizadas del mismo (Fiedler, 1994).

- ⇨ Hospitales (15) son las agencias descentralizadas o autónomas del MSPAS, dominadas financieramente por 15 hospitales. Además, ante la imposibilidad del MSPAS de ejercer cabalmente la rectoría del sector, en los hechos se verifica la descentralización hospitalaria, ya que los hospitales son criaturas dependientes del mismo sólo por nombre, en tanto planifican sus propias actividades, desarrollan y ejecutan independientemente sus propios presupuestos y también en gran parte recopilan y entregan independientemente sus propias estadísticas de programación. Se relacionan con el MSPAS para algunas funciones específicas, como el aprovisionamiento de medicamentos, apoyo técnico, asesoría, capacitación, supervisión y auditoría técnica del gobierno. Sus servicios son gratuitos para el indigente, y para el resto de la población se inició un mecanismo de recuperación de costos, que tiene en cuenta la capacidad de pago de los usuarios.
- ⇨ Centros de atención primaria: realizan actividades de promoción, prevención y consulta médica, se integran con Unidades y Centros de salud. El MSPAS utiliza el 74,6 por ciento de sus costos de operación en sus 30 hospitales, dejando sólo el 25% para las 360 instalaciones de atención primaria del Ministerio. Esto restringe seriamente el acceso y calidad de la atención de la salud.
- ⇨ Promotores de salud: son líderes locales que trabajan a nivel de las comunidades cantonales del país, bajo la normativa y supervisión del MSPAS, y desarrollan actividades primordialmente preventivas, de fomento, promoción y prevención de la salud.
- ⇨ Usuarios: El MSPAS debería proporcionar atención a toda la población, por lo que tradicionalmente ha sido visto como el organizador de la atención de la salud para el 85% de la población. No obstante, según un estudio realizado en 1989, basado en encuestas de hogares se detectó que existen dos mercados distintos de atención a la salud en El Salvador, uno para la atención ambulatoria y otro para la atención en internación. De dicho estudio resultó que para el primer caso la atención de centros de salud dependientes del MSPAS es del 76% de la atención total, pero para el segundo sólo del 40%. Por ello, en vista de esos resultados en el informe técnico de Fiedler (1994), se concluye que sería más apropiado considerar que tiene acceso a los servicios del MSPAS, un 40% de la población, en vez de continuar usando la cifra tradicional del 85%”.

Subsector de la Seguridad Social

Este subsector, también gubernamental, está representado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y otras instituciones que dan cobertura a diverso tipo de trabajadores como son Bienestar Magisterial, Sanidad Militar, más aquellas que tienen cobertura complementaria para sus trabajadores como CEL y ANTEL.

Actores que integran el subsector:

- ⇨ Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
- ⇨ Bienestar Magisterial (BM)
- ⇨ Sanidad Militar (SM)
- ⇨ ANTEL

- ⇒ CEL
- ⇒ Unidades Médicas
- ⇒ Hospitales
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles

- ⇒ **ISSS:** en su programa proporciona servicios que cubren los riesgos de enfermedad y accidente común, maternidad y riesgos profesionales. Los servicios son proporcionados, generalmente, en forma directa en establecimientos del Instituto y ocasionalmente, se contrata al Ministerio o instituciones privadas. Esto último, cuando el ISSS no cuenta con la infraestructura necesaria. Cubre a los trabajadores industriales, comerciales y estatales, a sus esposas/os, viudas/os, e hijas/os de hasta 3 años. También cubre a los trabajadores autónomos que se adhieran voluntariamente. El terremoto de 1986 destruyó el hospital primario del mismo y desde entonces tiene retrasos en las consultas por especialidades, e implementó un sistema de privatización, en que previa visita al médico general del ISSS, si este deriva a un especialista y el mismo demora más de 3 días puede efectuarse la consulta privada, con reembolso del ISSS.
- ⇒ **Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación:** cubre a los trabajadores maestros, les suministra medicinas y cobertura financiera para atención ambulatoria, hospitalización, radiología y exámenes de laboratorio. Éstos servicios son brindados por el sector privado y B. M. actúa como agente administrador y financiero, como una agencia autoasegurada. Cubre también los gastos por sepelio del maestro y un apoyo financiero para sus hijos hasta 21 años o esposos sostén que sobrevivan. Este organismo dispensa medicamentos en sus oficinas centrales y centros de distribución, haciendo contratos con farmacias en las regiones en que la densidad de la población así lo justifica. Da cobertura para la atención ambulatoria, radiología exámenes de laboratorio de maestros, a través de contratos con médicos y organizaciones privadas.
- ⇒ **S.M.:** Tiene 40 clínicas distribuidas en todo el país, construyó un hospital en el norte de San salvador y cubre a los trabajadores de las fuerzas armadas.
- ⇒ **ANTEL y CEL:** brindan servicios complementarios a los trabajadores de la Administración Nacional de Telecomunicaciones y Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Valle del Río Lempa, respectivamente. ANTEL tiene un hospital de 90 camas en San salvador que le insume el 80% del costo total del sistema y pequeñas clínicas fuera de la capital. Es administrado fuera del hospital y comenzó a negociar un contrato con el hospital militar. Ha autorizado prácticas en el extranjero y donde no tiene servicio de hospitalización sus beneficiarios son atendidos por el ISSS, sin costo para los mismos, debiendo reembolsar al ISSS. CEL, por otra parte, tiene una red de 15 clínicas pequeñas ubicadas a lo largo del país, constituida por personal de medio tiempo: un médico y una enfermera, y por una red de especialistas (500 profesionales) farmacias, laboratorios etc. Además ha realizado un acuerdo con tres hospitales del MSPAS
- ⇒ **Unidades de salud y hospitales,** concentrados en su mayoría en San Salvador y zona metropolitana. EL ISSS atiende a sus usuarios con servicios de primero y segundo nivel ubicados en cuatro regiones del país.
- ⇒ **Usuarios:** son todos los trabajadores, a excepción de los trabajadores agropecuarios y los provenientes del sector informal de la economía.

Subsector Privado

Dentro del subsector destacamos a las Organizaciones no Gubernamentales sin fines de lucro y las empresas de medicina y seguros privados.

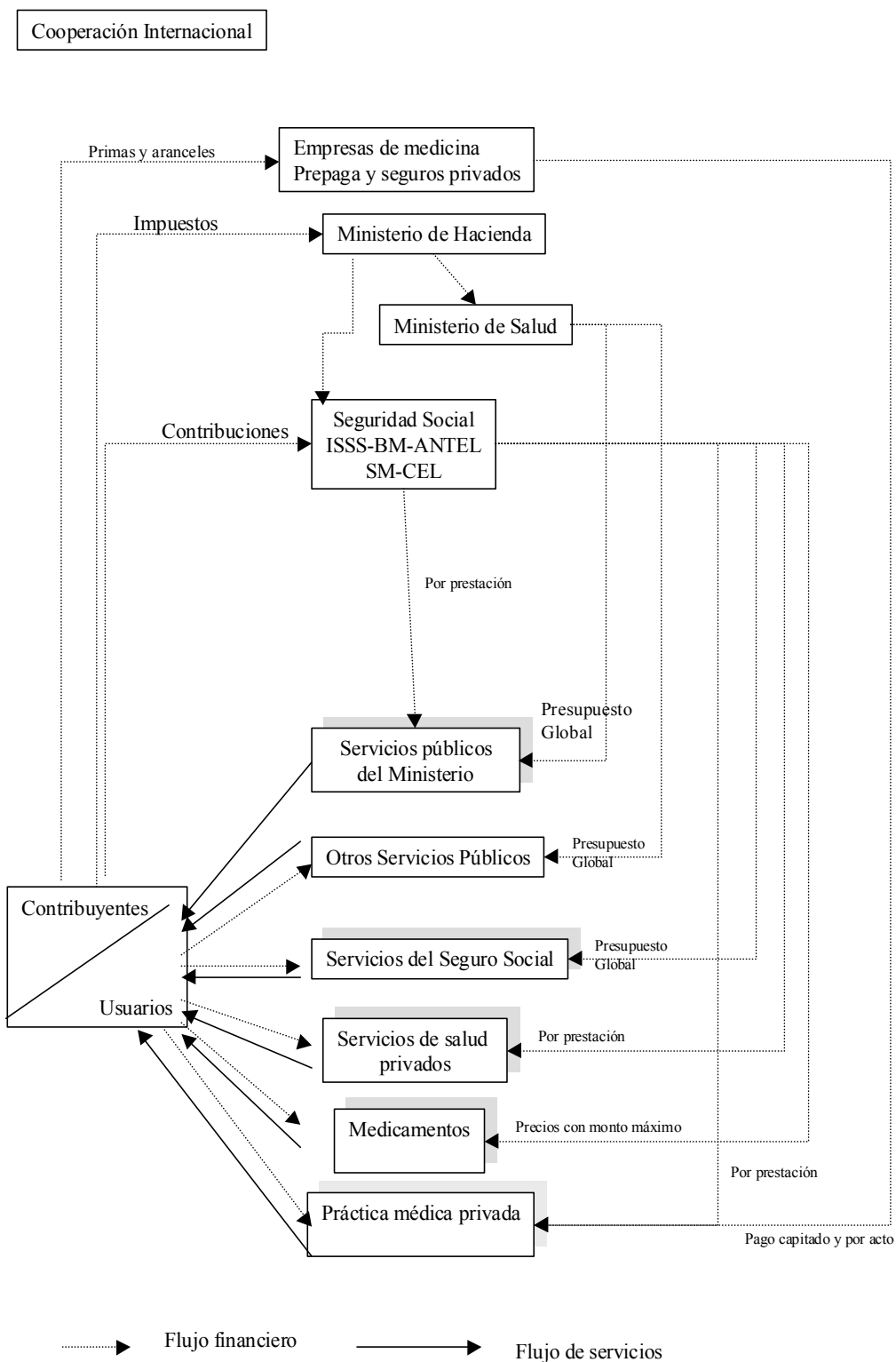
Actores del Subsector

- ⇒ Organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro
- ⇒ Empresas de medicina privada
- ⇒ Seguros privados
- ⇒ Los servicios privados: clínicas, clínicas de rayos X, etc.
- ⇒ Profesionales independientes
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ ONGs: dan servicios que van desde la formación de voluntarios hasta la atención hospitalaria en instalaciones de hasta 200 camas, aunque la mayoría concentra su atención en la actividad preventiva y depende de promotores, paramédicos. Brindan atención a aproximadamente 400.000 salvadoreños (el 6,72% del total de la población).
- ⇒ Empresas privadas, orientadas a actividades curativas y de rehabilitación que contrata directamente la población.
- ⇒ Seguros privados: Son generalmente pólizas colectivas compradas por los empleadores para los trabajadores de sus compañías, quienes pagan las primas además de contribuir al ISSS. Aproximadamente la mitad cubren únicamente la hospitalización. En 1994 alrededor de 100.000 personas (1,68% del total de la población), contaban con seguros privados. Se observa una importante concentración en las dos compañías que dominan el mercado, las cuales son agresivas en la búsqueda de sus clientes, pero el crecimiento futuro del mercado esta determinado por las condiciones económicas generales.
- ⇒ Servicios privados de salud, los contrata la población, por pago directo o en menor medida a través de seguros privados, también se encuentran altamente concentrados en la región metropolitana. El Subsector contaba en 1989 con: 22 hospitales con una capacidad de 35 a 200 camas, 11 clínicas con varios médicos contratados y asalariados, 5 clínicas dentales con varios dentistas y asalariados, 2 clínicas de rayos x, 37 laboratorios de análisis clínico patológicos y 377 farmacias autorizadas por la junta de vigilancia de profesión farmacéutica
- ⇒ Profesionales independientes: son los mismos que trabajan para el sector gubernamental, que cumplen luego actividades independientes. Según un estudio de IPM de 1989 el 80% esta concentrado en las inmediaciones de la capital del país. De los 2100 médicos activos, 2/3 viven y practican en San Salvador (el 80% ejercen en el Salvador y mantienen su consultorio). Un análisis del funcionamiento del consultorio de 130 médicos arrojó que trabajan medio tiempo en el MSPAS o el ISSS y 28hs. semanales en su consultorio.
- ⇒ Usuarios: un sector muy reducido de la población accede a los servicios de este subsector, pues por una parte sus precios son muy altos y por otra, la capacidad de pago de la población es muy reducido.

El Salvador: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

EL MSPAS tiene una estructura de financiamiento fragmentada, ya que cuenta con seis fuentes de financiamiento no integradas en su recaudación, control y fiscalización, a saber:

- ⇨ Los fondos generales de gastos de El Salvador (GOES), y tipos específicos de préstamos externos que juntos constituyen el Presupuesto Ordinario del GOES (presupuesto ordinario autorizado anualmente y es asignado sobre la base de patrones históricos)
- ⇨ El presupuesto extraordinario del GOES, que consiste de préstamos externos (destinado a planes de inversión y administrado por el MIPLAN)
- ⇨ Asistencia Financiera directa para el MSPAS, que consiste en tipos específicos de préstamos externos y de donaciones que de acuerdo a requerimientos externos de los donantes, deben usarse para programas específicos del MSPAS. (generalmente administrado por los donantes para la concreción de planes de organización vertical)
- ⇨ Asistencia técnica, bilateral y multilateral en especie (de carácter operativo y no de inversión o gasto)
- ⇨ Dos sistemas distintos de cuotas de usuarios (de recuperación de costos) el de patronato (juntas de salud de la comunidad) y el basado en el servicio del paciente externo, de carácter voluntario, aunque con gran presión social para que se efective su pago.
- ⇨ Sistema de cuota de usuario de hospitalización, también de recuperación de costos.

Los hospitales reciben transferencias presupuestarias del MSPAS, pero también directamente, lo que imposibilita saber que proporción de los recursos se destina a dichas unidades. Por otra parte, se recuerda que recién en 1993 el MSPAS rompió con su rutina a adaptarse a techos presupuestarios fijados históricamente, sugeridos por el Ministerio de Hacienda, y lo incrementó en un 35% de lo que se le informó que tenía disponible.

En el Subsector de la seguridad social cabe distinguir que los maestros contribuyen con el 3% del salario mensual a B.M. sin exceder un monto máximo mensual y fondos generales del GOES; mientras en ANTEL, los trabajadores aportan del 2 y 3% de su salario mensual, y también contribuye a su presupuesto el GOES; y en CEL, los trabajadores aportan el 1% de su salario mensual.

En el ISSS, por otra parte se diferencian: El Régimen general -aportan empleados (2,5%) y empleadores (7,5%) del sector privado, y el Estado también aporta un monto que se actualiza actuarialmente cada cinco años -, del Régimen Especial para empleados públicos – que aportan 2,33%- y -5,77%- los empleadores. Los beneficiarios de este régimen carecen de derecho a efectivo por causas de salud o a compensaciones en especie, por tener tasas de aportes más bajas, que además tienen la particularidad de pagarse sobre determinados niveles mínimos salariales y luego disminuir proporcionalmente, lo que le da el aspecto de un impuesto regresivo.

Por último en el subsector privado los planes de seguro de salud privados, que cubren a casi 100.000 personas son casi exclusivamente pólizas colectivas, compradas por los empleadores para todos los trabajadores de la compañía. Los empleadores pagan a las mismas, además de contribuir al ISSS. Estas compañías no cubren la atención ambulatoria. Algunos empleado-

res se autoaseguran contratando para la atención de sus empleados directamente a los prestadores de salud.

Oferta de Servicios

Cuadro 5: El Salvador: Oferta de servicios por subsector

	Público	Seguridad Social	Privado	Total
Establecimientos				
Hospitales	31 *	17 *	29 *	78 *
Centros de Sal.	360 **	33 **		393 **
Camas	6373 *	1919 *	1159 *	9511 *
Recursos Humanos				88832
Médicos x 10000 hab.				9,1 ***
Enfermeras x 10000 hab.				2,8 ***
Odontólogos x 10000 hab.				2,1 ***

Fuente: * OPS- OMS- 1994 (año de referencia 1993); ** BID-BIRF-OPS-OMS - 1995, ***OPS-OMS, 1997, (años de referencia para médicos y odontólogos: 1995, para enfermeras: 1996).

Observación: El total de camas surge de incluir también 60 que corresponden según la fuente a instituciones filantrópicas.

El MSPAS y el ISSS proporcionan la cobertura del 50% de toda la atención (el ISSS sólo cubre al 11% de la población)

Hay una tendencia de crecimiento de la atención del ISSS substancialmente más importante que la del MSPAS.

Durante 1993 en el MSPAS el número promedio de admisiones hospitalarias fue de 42,6 por cada 1000 hab. La mayoría de los hospitales y el 56% de las camas de estos están ubicados en el área metropolitana, cuyo promedio es de 21,2 camas cada 10.000 personas, con relación al 6,9% del resto del país, lo que arroja un promedio de 11,1 camas cada 10000 personas, en todo el país.

El 61% de todos los médicos del ISSS y el 77% del total de sus camas (1425) están en la región metropolitana. En 1992 el 77% de toda las hospitalizaciones y el 71% de las consultas ambulatorias de ese Instituto se verificaron en la misma región.

Demanda

Cuadro 6: El salvador: Demanda de servicios por subsector, 1992

	Público	Seguridad Social	Privado	Total
Consultas anuales per capita	2.433.626	2.905.848		

Egresos anuales per capita	181.915	60.898		
Tiempo medio de internación	5 días	5.08 días		5 días

Fuente: OPS-OMS- 1994-

Observación: Se suministran datos sobre admisiones, no de egresos.

Según el estudio REACH DE AID de 1989, se registraron los siguientes porcentajes: en consultas externas 45,2% en el sector privado, 39,8% en el MSPAS, 12,7% en el ISSS y otras instituciones 2,3%; en tanto para internaciones se registró 9,4% en privados, 75,5% en el MSPAS, 12,6% en el ISSS y 2,5% en otras instituciones.

Cobertura

¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?

El MSPAS debe cubrir a toda la población, pero sólo un 40% tiene acceso a sus servicios y es el que con sus hospitales llega a brindar mayor atención en las zonas rurales y las más pobres.

El ISSS cubre a sus contribuyentes y beneficiarios, principalmente en la zona metropolitana, que alcanza a casi el 11% de la población total.

El subsector del seguro social llega a cubrir a un total del 12,5% de la población.

En teoría la cobertura de los servicios de salud estaría conformada de la siguiente manera:

⇨ **Subsector Público:** 92,5% de la población

⇨ **Subsector Privado:** 7,5% de la población

A la seguridad social propiamente dicha, le corresponde un 12,5% (incluido dentro del subsector Público)- BID-BIRF-OPS-OMS- 1995

b) *¿Quiénes no tienen acceso a ningún servicio de salud? ¿Cuántos son?*

La población residente en la zona rural es la que tiene menos acceso a la salud, no tanto por razones geográficas sino también socioculturales.

Sobre la base de los datos que surgieron de la encuesta de hogares que se realizó en 1989-90 que dio origen al Proyecto REACH, las dos que organizó el Ministerio de Planificación (MIPLAN) en oct.90/ feb.91 y oct.91/marzo. 92 y la Encuesta de comunidades que efectuó MIPLAN en 1993, el 51,25% de las personas se autotrataron, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres (52,94% y 49,86% respectivamente)

Las tasas más bajas de autotratamiento están en los menores de 5 años y los mayores de 45 años. Cerca del 54% de las personas que carecían de educación se autotrataron y el 60% de los desempleados. En San Salvador (46,02%) y en la región Oriental (47,77%) el porcentaje de autotratamiento fue inferior al promedio. En cuanto a la atención pública registró un alto porcentaje en la región Oriental (26,99%) y San Salvador (26,94%).

El 32,5% de las personas adujo razones económicas para no consultar. Entre las mismas, el 45% de los desempleados alegó esta razón. Más del 11% de las personas mayores de 45 años adujo falta de confianza en la atención médica (Fieldler, 1994).

c) *¿Cuántos tienen cobertura de seguros de salud? ¿Que cantidad corresponde al sector privado y qué cantidad a la seguridad social?*

Tienen cobertura de seguro social los beneficiarios del ISSS, BM, ANTEL, CEL, etc., que en su conjunto suman el 12,5% de la población, en tanto el porcentaje que recibe cobertura del sector privado es del 7,5% en internaciones, mientras que para la atención ambulatoria llega al 37% de la población, según la encuesta de MIPLAN 1991-1992 encontrándose concentrados los contribuyentes del sector privado, por lo menos los 2/3 en el área metropolitana.

Gasto

Cuadro 6: El Salvador: Gasto total en salud, 1993

Subsector	Millones de dólares (1993)	Porcentaje	Porcentaje del PBI
Público	119,26	38,7	1,68
Seg. Sociales	103,55	33,6	1,46
Privados	85,36	27,7	1,20
Total	308,19	100,0	4,5

Fuente: BID-BIRF-OPS-OMS, 1995. Observación: Estimación propia sobre la base del gasto por capita que brinda la fuente: 61,15 U\$, que multiplicado por la cantidad de habitantes proporcionada por esa misma fuente para 1993 (5.040.000) nos da un gasto total de 308,19 millones de dólares, al que se le aplicaron los porcentajes correspondientes, que surgen del informe sobre reforma del sector salud.

Modalidades de Contratación y Pago

a) *¿Cómo paga cada subsector la atención ambulatoria?*

- ⇒ **BM:** celebra contratos anuales con el sector privado (hospitales, laboratorios, farmacias). El pago es por servicios prestados, con un monto mensual máximo a reembolsar por contratista y con libertad de elección para el usuario.
- ⇒ **ANTEL:** tiene contratos con el ISSS y el Hospital Militar, por el cual le reembolsa lo que gastan en sus beneficiarios
- ⇒ **CEL:** tiene 2 redes: una de 15 clínicas privadas con personal de medio tiempo un médico general y una enfermera a los que paga por salario y otra con 500 médicos privados, hospitales, farmacias, laboratorios. Tiene 46 médicos y 23 enfermeras asalariados, los contratados, perciben honorarios según el programa de CEL que contiene 1200 precios.
- ⇒ **ISSS:** médicos y dentistas cobran salarios, al igual que los del MSPAS. Pero, recientemente el ISSS inició un proceso de privatización de la consulta ambulatoria a especialistas, en que pueden los privados ser reembolsados por su atención.

¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación?

- ⇒ **BM:** En el caso de los hospitales tiene mayores tasas de reembolso por exámenes de laboratorio, que respecto de los laboratorios particulares y además pueden cargar el 25% más en la cuota que cobran por medicinas proporcionadas a los hospitalizados, así como por los servicios de enfermería.

- ⇒ **ANTEL:** Tiene un hospital propio donde paga salarios.
- ⇒ **CEL:** Paga al sector privado o los hospitales por servicio de atención. Tiene acuerdo con 3 hospitales del Ministerio al que recurre, cuando el sector privado no tiene camas.

Los empleados de los hospitales cobran salarios y tales instituciones reciben gran parte del programa de suministros que integra el presupuesto del MSPAS.

Los empleados del ISSS también cobran salarios. Los establecimientos del ISSS y del MSPAS perciben los pagos por internaciones, en base a asignaciones de presupuestos globales.

En el sector privado la población paga directamente los servicios prestados, o las empresas pagan a las aseguradoras primas y estas a sus prestadores bajo distintas modalidades de contratación.

c) *¿Existen copagos y coseguros? ¿qué participación tiene el usuario?* En B.M., ANTEL, CEL y ISSS no se requieren copagos ni coseguros. En el caso del MSPAS, se requieren contribuciones voluntarias para la atención ambulatoria (práctica limitada a los 15 principales hospitales a los centros de salud y unidades de salud más grandes). También se perciben con relación a algunos pacientes en internación. Estos pagos se requieren de acuerdo a la capacidad de pago de la población no indigente, aunque existe una tendencia generalizada a su cumplimiento, lo que en muchos casos restringe el acceso a los servicios de salud (Fieldler, 1994).

Reforma del sistema

En años recientes, se han iniciado algunos esfuerzos para:

a) Horizontalizar el manejo de los programas de salud y en 1989 se verificaron tendencias a la departamentalización del MSPAS, cuyo propósito consiste en realizar una primera etapa de desconcentración técnica administrativa del modelo de gestión, para luego proceder a la descentralización del primer nivel de atención, sobre la base de un nuevo modelo de provisión de servicios.

En ese sentido, se han utilizado los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como táctica operativa para el logro del desarrollo humano, la participación democrática de la comunidad, la identificación y resolución integral de los problemas de salud de la población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo. En ese marco se conformó la Corporación Interinstitucional de la Zona Oriente de San Salvador y se han oficializado los Silos de Nueva Concepción y Chatalengo.

Vale aclarar que en la Reunión de Sistemas Locales de Salud, de Tegucigalpa (1989), se precisó que en El Salvador se define a los SILOS como un conjunto de elementos que conforman una unidad técnico administrativa básica del Sistema Nacional de Salud, con un área geográfica poblacional definida, con la capacidad resolutoria necesaria para el desarrollo integral de sus funciones y actividades, en donde se establecen relaciones de coordinación y participación con los distintos sectores de la comunidad.

La estrategia social del gobierno, en el contexto del ajuste estructural establece el criterio de salud en el desarrollo e incorpora la educación y la vivienda para facilitar los servicios, fortalecer los sistemas de atención y ampliar su cobertura.

Además, ante la imposibilidad del MSPAS de ejercer cabalmente la rectoría del sector, en los hechos se verifica la descentralización hospitalaria, ya que los hospitales son criaturas de-

pendientes del mismo sólo por nombre, en tanto planifican sus propias actividades, desarrollan y ejecutan independientemente sus propios presupuestos y también en gran parte recopilan y entregan independientemente sus propias estadísticas de programación.

Los acuerdos de paz firmados en Chapultepec (México), posibilitaron un ambiente participativo de paz y la puesta en marcha del Plan de Reconstrucción Nacional, que facilitó recursos para la reconstrucción del país. En julio de 1992, en el II Congreso Centroamericano de Libre Empresa, se aprobó “la Declaración de San Salvador”, que en uno de los puntos reconoce que la persistencia de desigualdades en la región, se convierte en uno de los principales obstáculos para la competencia internacional y en un freno para las posibilidades de éxito en el desarrollo.

Universalizar la cobertura: El Plan Nacional de Salud 1991-1994 estableció que las actividades de la salud debían orientarse hacia la extensión de la cobertura

Promover la medicina preventiva: En tal contexto, además de emprenderse las medidas a las que aludimos bajo el título organización del sistema, en cuanto al proceso de descentralización refiere, también se formaron por lo menos hasta 1992, 579 promotores de la salud, que realizaron 160.000 acciones destinadas a la atención preventiva.

d) Desarrollo de centros de costos: Por otra parte la modernización del proyecto de Estado que en 1994 emprendió el MIPLAN, en 3 ministerios, entre los que se halla en MSPAS, intenta ayudar en la reestructuración del sistema contable, para el desarrollo de centros de costos significativos, en términos gerenciales.

f) Control del gasto: Vale remarcar que para dar solución a la fragmentación que existe dentro del MSPAS entre el desarrollo y supervisión de la inversión y de los presupuestos de operación, llevadas administrativamente por unidades separadas, la OPS en 1991 desarrolló un sistema contable automatizado para monitorear 3 fuentes de financiamiento del MSPAS: Fondos generales del GOES, ingresos y egresos por cuotas de usuarios del patronato, ingresos y egresos por cuotas de usuarios por actividades especiales. Pero, el programa y los procedimientos para incorporar los datos no fueron desarrollados y las bases de datos nunca incluyeron información sobre dichos fondos.

Es importante destacar que al elaborarse el presupuesto de 1993 el MSPAS rompió con el papel pasivo y conformista que venía desempeñando y tomó la iniciativa de solicitar una ampliación del presupuesto que el Ministerio de Hacienda le informó, incrementándolo en un 35%. El Ministerio de Hacienda estuvo de acuerdo con el pedido, pero cabe acotar que en ese año, se habían acumulado rentas significativas provenientes del IVA (impuesto al valor agregado), que posibilitaron tal medida.

e) Aumento del gasto en salud: Por otra parte, a partir de 1993, se ha incrementado el presupuesto del MSPAS, al disminuir los gastos militares y los servicios de la deuda, evidenciándose la necesidad de utilizar esos fondos para ir desacostumbrándose del alto nivel de dependencia del financiamiento internacional.

El MSPAS planeaba además en 1994, incorporar la planificación financiera en el ámbito local, para desarrollar las estimaciones de sus requerimientos financieros. Este enfoque de abajo hacia arriba, podría ser útil si el MSPAS decidiera mantener la actividad de planificación a nivel macro.

f) Extensión de la cobertura: El ISSS en 1993 incorporó a los hijos menores de 3 años de edad, de los trabajadores contribuyentes.

g) Privatización de algunos servicios: A principios de 1993 el ISSS inició un proceso de privatización parcial de la atención ambulatoria por especialidades. El mismo consiste en que los

médicos que trabajan para el ISSS (pero en su capacidad de médicos privados) pueden prestar atención a sus beneficiarios, cobrando al ISSS por consulta una suma fija. En un principio el esquema de privatización se limitó a la 1° consulta y al área metropolitana. En 1991 se extendió a la 2° consulta y a todo el país. Para el funcionamiento del sistema el paciente primero debe visitar a un médico general, y ser referido por éste a un especialista. Sólo, si deben esperar más de tres días para lograr la primera cita, puede elegir optar por el sistema de privatización.

Inicialmente el médico era asignado por el ISSS, en 1994 los pacientes ya podían elegir entre una lista de profesionales participantes. El programa sólo cubre los honorarios del médico y se ha extendido también a los médicos pediatras.

La idea es que todos estos cambios se vayan incorporando en forma gradual, en el ambiente político que denota la resistencia natural al cambio, no teniéndose información cualitativa ni cuantitativa de la misma. Se ha iniciado un trabajo de investigación, mediante el cual pueda determinarse el Mapeo Político Nacional con respecto a la reforma del sector Salud, lo que permitirá iniciar el proceso de divulgación de la Reforma.

Asimismo, el Plan de Gobierno para los años 1994-99 contiene las definiciones básicas sobre la política social y establece líneas fundamentales para las Reformas del Sector Salud, confiéndole amplio apoyo y respaldo político.

Estructura y Funcionamiento del Sector Salud en función de la Reforma

La reforma del sector Salud en el Salvador se orienta hacia la estructuración de un Sistema Nacional de Salud, con visión y ejecutorias en el ámbito sectorial, pero en el cual, al menos inicialmente se mantenga la identidad y se diferenciarán las estructuras de las instituciones que lo conforman, propiciando una integración funcional con el propósito de obtener eficiencia, eficacia y equidad en la provisión de los servicios.

El Sistema Nacional de Salud se concibe como un conjunto de múltiples actores públicos y privados, bajo la rectoría del Ministerio. Se entiende como tal, su facultad para normar, regular, coordinar supervisar y evaluar la formulación y ejecución de políticas públicas de salud en el ámbito sectorial y desarrollar tareas de coordinación intersectorial, tendientes a lograr elevar el nivel sanitario nacional.

Como elementos fundamentales para el logro de estos objetivos se han considerado como necesarios los cambios que a continuación se describen:

1. Reestructuración de los Macrosistemas: los sistemas de Administración de Recursos Humanos, Administración Financiera, Gestión de Compras y Contrataciones y Control Gubernamental, tenderán a fortalecerse y hacerse coherentes con los lineamientos emanados por el Programa de Modernización del Sector Público.

2. Adecuación de la Autoridad Sanitaria: La autoridad Sanitaria será ejercida por el Ministerio de Salud, a través de las dependencias especializadas correspondientes y el apoyo de los organismos asesores respectivos, esto conlleva la adecuación del marco regulatorio legal y la creación de Unidades de supervisión operativa en los diferentes niveles.

3. Nuevo sistema de Servicios de Salud: Introducción de nuevos modelos de atención, que favorezcan la ampliación de la cobertura y la equidad en la provisión de los servicios. Se promueve una Canasta Básica de Servicios de Salud a toda la población que contenga elementos preventivos y curativos básicos y una Canasta Ampliada, constituida con servicios curativos generales, ambulatorios y hospitalarios. Innovando con la incorporación del sector privado en la provisión de servicios en el primer nivel de atención y propendiendo para el segundo y ter-

cer nivel atención a la descentralización administrativa de los hospitales tanto los pertenecientes al Ministerio como en los del ISSS.

4. Incentivar la intersectorialidad: tratando de coordinar y articular los diferentes esfuerzos volcados a la salud tanto sean estos gubernamentales como privados. La propuesta considera la creación de Consejos o Comités consultivos, para que viabilicen la participación social en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Un aspecto importante para la reestructuración del MSPAS debe ser el desarrollo de presupuestos regionales, acoplados con un mayor control sobre los procesos de ejecución del mismo y desembolsos.

A ese fin se requiere:

- ⇒ Aumentar más la disponibilidad de recursos financieros del MSPAS:
 - Movilizando recursos adicionales, incentivando niveles de cuotas de usuarios.
 - Conteniendo costos y mejorando la eficiencia de MSPAS.
 - Desarrollando otros mecanismos de contención de costos.
 - Aplicando impuestos específicos destinados al MSPAS.
 - Analizando la elasticidad de la oferta y la demanda.
- ⇒ Mejorar las políticas relacionadas con el personal:
 - Aumentando el número de prestadores paramédicos.
 - Reduciendo las disparidades regionales marcadas en las prestaciones de servicios, estableciendo responsabilidades por tipo de prestador estandarizadas y basando la asignación del personal en la necesidad.
 - Revertir la tendencia de compresión salarial, aumentando los salarios de las categorías con mayor destreza, con relación a las que tienen menos, para elevar la moral, aumentar la productividad y retener a los empleados más diestros.
 - Aumentar las horas regulares de trabajo, para incluir los turnos tarde y noche.
- ⇒ Desarrollar un enfoque basado en las necesidades, el desempeño de la planificación y asignaciones presupuestarias regionalizadas.
- ⇒ Desarrollar un sistema financiero unificado con información completa.
- ⇒ Articular un plan detallado para la descentralización y procuración de la capacitación necesaria para asegurar que las oficinas regionales estén preparadas para asumir nuevas responsabilidades.
- ⇒ Efectuar estudios de costo-efectividad de servicios de apoyo generales y mantenimiento, de apoyo técnico especializado y clínicas de algunas instalaciones del MSPAS para determinar si sería menos caro contratar servicios privados.

Debilidades y Fortalezas

El plan de Gobierno salvadoreño para 1994-99 contiene definiciones básicas sobre la política social y establece líneas fundamentales para la Reforma del Sector Salud, confiriéndole amplio apoyo y respaldo político. El proceso se ha iniciado, aunque el avance como es de esperar en los inicios, son todavía lentos y poco tangibles.

De los éxitos y fracasos de la reforma del sistema salvadoreño pueden extraerse las siguientes conclusiones:

Situación de salud

Fortalezas

- ⇒ **Mejora sostenida de los indicadores de salud.** Se registra una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad general que pasó de 10,8λ en el período 1980-1985, hasta llegar a 5,3λ en 1990 (Sorto, 1994:33).

Debilidades

- ⇒ **Indicadores de salud propios del subdesarrollo.** Prevalencia de un perfil epidemiológico en que se denota la persistencia de enfermedades del subdesarrollo e incremento de enfermedades producto de la violencia y degenerativas
- ⇒ **Alta prevalencia de muertes violentas.** El conflicto bélico ocurrido durante la década del 80 ha provocado un elevado número de defunciones por causas violentas fundamentalmente en el sexo masculino y concentrado en grupos de edad joven (Sorto, 1994:33).

Políticas de salud

Fortalezas

- ⇒ **Descentralización:** Las bases de la reforma se inspiran en alcanzar la universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y equidad en la provisión de servicios y para ello se funda en el fortalecimiento de un sector salud descentralizado, que cuente con competencias, recursos y capacidad de decisión transferidos a los niveles departamentales y locales.
- ⇒ **Participación Social:** al fomentarse por ejemplo la estrategia operativa de los SILOS, que propicia la coordinación a nivel local, donde realmente puede funcionar, porque se aplica a las necesidades objetivas y favorece la iniciativa de la comunidad e impulsa la participación social, o bien reafirmarse los mecanismos tradicionales de coordinación de los niveles centrales, pero orientados al apoyo de los nuevos mecanismos descentralizados, ya referidos.
- ⇒ **Incremento del gasto en salud:** El MSPAS, parece haber advertido la importancia de elaborar presupuestos acordes con las necesidades de la población y apartarse de la elaboración de presupuestos históricos, ajenos a dicha realidad.
- ⇒ **Desarrollo estratégico de sistemas de información:** como los efectuados en sede del MSPAS, tendientes a poder utilizar las informaciones disponibles para unificarlas y favorecer la toma de decisiones.
- ⇒ **Tendencia a favorecer la atención preventiva de la salud:** A través de la tarea de los promotores de salud.

Debilidades

- ⇒ **Amenaza de insuficiencia de recursos financieros:** Al ir mermando la ayuda del financiamiento internacional, sin generarse fuentes genuinas de financiamiento in-

terno que las reemplacen, ante la escasa participación de la comunidad en el sostenimiento financiero de los programas de salud.

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇒ ***Articulación intersectorial:*** que se verifica en la coordinación de los diferentes esfuerzos gubernamentales y privados para procurar el bienestar y salud de la población, tal es el caso de la privatización de la consulta ambulatoria del ISSS.

Debilidades

- ⇒ ***Marco legal e institucional inapropiado*** para el desarrollo de acciones innovadoras, tendientes a elevar los niveles de eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud.
- ⇒ ***Tradicón y cultura estatista y centralista***, prevaleciente en funcionarios y trabajadores de las instituciones del sector salud, lo cual dificulta la apertura hacia la aplicación de nuevas modalidades de provisión de servicios de salud y el fortalecimiento de las funciones normativas, regulatorias y facilitadoras que corresponden a instituciones del sector salud en un estado moderno.
- ⇒ ***Insuficiente capacidad de gestión*** en los diferentes estratos de personal integrantes del sector, lo cual reduce la eficiencia en el uso de los escasos recursos disponibles y el incremento y sostenimiento de calidad de los servicios de salud que se proporcionan a la población.
- ⇒ ***Inequidad en la distribución de los recursos***, con grandes diferencias sectoriales.
- ⇒ ***Carencia de mecanismos e instrumentos para la regulación*** y promoción de calidad de los servicios de salud.
- ⇒ ***Inequidad en el acceso a los servicios*** producto de mecanismos de costos de recuperación que agravan las diferencias socioculturales, distancias geográficas y otras causas que la generan.
- ⇒ ***Sobreutilización de servicios en la zona metropolitana*** y superposición de cobertura, sobre todo en los sectores con mayor capacidad de pago.
- ⇒ ***Los financiadores de los servicios son asimismo proveedores***, como ocurre en las instituciones de la seguridad social lo que dificulta los mecanismos de control del gasto y favorece la sobreutilización.
- ⇒ ***Concentración de los servicios de complejidad en el sector privado***. Excluidos los equipos de radiología y electroencefalografía, la alta tecnología se concentra en los hospitales privados.

Bibliografía Consultada

- BID-BIRF-OPS-OMS. Reunión Especial Informe Sobre Reforma del Sector Salud. Washington D.C. Septiembre de 1995.
- ENCARTA ENCICLOPEDIA 97 “ ENCICLOPEDIA 1993-1996” Microsoft Corporation.
- FIEDLER, John L. “Financiamiento del Sector Salud”. En: USAID/OPS/OMS/BM/BID *Análisis del sector salud*. Enero 1994.
- GÓMEZ, Luis Carlos. “La demanda de servicios de salud en el Salvador”. En: ASOCIACIÓN DE UNIVERSIDADES CON PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD *Seminario taller sobre la demanda de servicios de salud en El Salvador*. Agosto de 1990.
- KOLODIN, Susan. “Demanda de servicios de salud”. En: USAID/OPS/OMS/BM/BID *Análisis del sector salud*. Enero 1994.
- OPS-OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.C. 1994.
- OPS, 1995 “Estadísticas de salud de las Américas, Mortalidad, Estimaciones y Proyecciones Demográficas”.
- OPS-OMS. 1997, Situación de Salud en América: Indicadores Básicos. Programa de Análisis de Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano.
- SORTO, José Mario. “Análisis de los Procesos de Inversión en Ambiente y Salud en El Salvador”. *Serie Estudios* n°4.PIAS. OPS-OMS. 1994.
- PNUD-OPS. *Reunión de Sistemas Locales de Salud*. Tegucigalpa,1989.
- WORLD BANK. *Select World Development Indicators*. Washington D.C. 1997

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas:

El contexto de emergencia y los niveles de pobreza que afectan a El Salvador condiciona el desarrollo de mecanismos de registro y unificación de la información. En efecto, los datos sobre mortalidad, responden a registros efectuados por las alcaldías municipales, que dado el deterioro de las mismas por el impacto de las guerras y el incumplimiento de la población en denunciar hechos vitales determinaron un importante subregistro de las defunciones (del 20% o más), -ver OPS/OMS 1997-. A esto se suman los escasos datos actualizados sobre morbilidad.

También resulta difícil contar con datos actualizados sobre los gastos en salud en general y sobre demanda en el sector privado.

Siglas Utilizadas

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
SM: Sanidad Militar
BM: Bienestar Magisterial
ANTEL: Administración Nacional de Telecomunicaciones
CEL: Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río LEMPA
MIPLAN: Ministerio de Planificación.
GOES: Presupuesto de Gastos Ordinarios de El Salvador.

México*

Características Generales



México es uno de los Estados de América de mayor tamaño y posee una gran diversidad de culturas. Sus enormes recursos naturales y rápido crecimiento económico, han sido no obstante sobrepasados por el veloz crecimiento de la población.

Este país, tiene pocos terrenos agrícolas y muchos alimentos deben importarse. Su lucha por alcanzar un crecimiento económico sostenido se ha visto dificultada por la caída del precio del petróleo, el terremoto de 1985, que causó estragos en la capital, y la crisis de 1994, que provocó el “efecto tequila”. Después de la crisis, la economía mexicana ha mostrado signos de recuperación.

Se caracteriza además, por ser el principal productor de plata del mundo y las enormes reservas mexicanas de hidrocarburos, que se han transformado en su principal fuente de ingresos. Por ello, la compañía Pemex, que controla la exploración, producción y comercialización de gas natural y productos petroquímicos, es el mayor empleador de México.

Población

En 1940 casi el 65% de la población vivía en localidades con menos de 2.500 habitantes (medio rural), en 1990 ese porcentaje se redujo al 28,7%. En ese año el área metropolitana – integrada por el Distrito Federal y 27 Municipios –, estaba habitada por el 18,7% de la población total. El 10,8% vivía en otras cinco grandes ciudades, el 30,7% en 282 ciudades medianas y pequeñas y el 40,3% se distribuía en 120.000 asentamientos rurales con menos de 15.000 habitantes.

Se ha ido verificando paulatinamente un proceso de urbanización, que permitió registrar en 1996, un 26% de población rural (Cuadro 1).

* Este informe fue desarrollado por Claudia Madies y Federico Tobar en base el relevamiento preliminar realizado por Viviana Sánchez y Sergio Furlán, y presentado en el seminario “Tendencias de reforma en los Sistemas de Salud en América Latina” realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires, durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Cuadro 1: México: Información general del país

Superficie del país (en km ²)*	1.958.201
Población total (N° de hab)**	94.281.000 (1997)
Población urbana (%)**	74 (1996)
Población rural (%)**	26 (1996)
Poblac. en situación de pobreza (%)**	38.6 (1990/4 uad)
Tasa de crecimiento poblacional (%)**	1.63 (1995/2000)
Tasa de desempleo (%)***	12.7 (1990)

Fuente:* Atlas Latinoamericano. 1996, ** OPS/OMS, 1997, *** Ginés González García, 1993.

El mayor crecimiento demográfico en el país se registró entre 1950 y 1970, cuando se duplicó la población por la permanencia de altas tasas de natalidad y el constante descenso de las tasas de mortalidad. En 1960 y 1970, se mantuvo en 3,2% anual, y en 1992 se estimó en 1,9% anual. Como lo muestra el cuadro 1 para el quinquenio 1995-2000 se proyecta un crecimiento de 1,63% anual.

En 1990 las migraciones interestatales afectaron el 17,4% de la población. La migración externa se dirige principalmente a los Estados Unidos de América, donde en 1991 se registraron 946.167 nuevos inmigrantes provenientes de México.

La frontera sur de México recibe anualmente 50.000 trabajadores agrícolas provenientes de Guatemala y otros países centroamericanos; además, en 1993 el número de refugiados de esos países en territorio mexicano se estimó en 49.000, mientras 43.000 esperaban ser repatriados. (OPS/OMS 1994).

México está sufriendo dos procesos de enorme trascendencia desde el punto de vista demográfico: el primero es el envejecimiento de la población, mucho más rápido que el que tuvieron los países actualmente desarrollados, lo que representa un reto para los servicios de salud que no cuentan con la infraestructura, ni los recursos preparados para dar atención a este grupo de población. El segundo se expresa en una desordenada y acelerada urbanización, lo cual aumenta los riesgos en la salud (OPS/OMS, 1994).

Cuadro 2: México: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cantidad	%
Menos de 5 años	11.912.000	12,71
5 a 14	21829.000	23,30
15 a 44	45.206.000	48,26
45 a 64	10.952.000	11,69
65 años y más	3.771000	4,02
Total	93.670.000	100

Fuente: OPS/OMS, 1994, estimación para 1995.

Dentro del contexto general de crisis, que caracterizó a la década de 1980, México experimentó transformaciones políticas y sociales que permitieron iniciar la década de 1990, con una recuperación económica y desaceleración de la inflación. No obstante, estos avances, los años de crisis fueron empobrecedores: las personas en situación de pobreza y de pobreza extrema que en 1981 representaban el 44,9% de la población, constituyeron el 59,9% en 1987, y se calcula que 9 de cada 10 mexicanos nacidos durante esos años pasaron a formar parte de la

población pobre. La distribución del ingreso es desigual; en 1989 el 10% más pobre recibía apenas el 1,6% del ingreso generado, mientras el 10% más privilegiado acumulaba el 37,9% de la riqueza. Por otra parte, en 1990 la tasa de desempleo abierto era de 12,7%.

Organización política

México, es una república federal, representativa y democrática. El gobierno reside en tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

Política y socialmente la constitución mexicana es una de las mas avanzadas del derecho constitucional contemporáneo.

El país esta dividido en 31 Estados y 1 Distrito Federal. Cada Estado tiene la misma división de poderes que el Gobierno Federal (Ejecutivo: Gobernador, Legislativo: Cámara de Diputados y Judicial: Tribunal Superior de Justicia del Estado). El país cuenta además con 2.378 municipios.

La Capital - el Distrito Federal de México -, con 8.200.000 habitantes, es una de las ciudades más pobladas del mundo. El gobernador del Distrito es designado por el Presidente de la República.

Economía

México, registra un Producto Bruto Interno de U\$S250.038 millones en 1995 (World Bank, 1997).

Estado de Salud de la Población

La mortalidad general de los mexicanos descendió marcadamente en lo que va del siglo, en 1900 se estimaba en 33,6 defunciones por 1000 habitantes, en 1950 se redujo a la mitad, en 1960 a la tercera parte y en 1980 a la quinta parte. A partir de 1980 el descenso fue más lento, llegando a 4,8 en 1991. La mortalidad registrada en 1990 varió entre 6,7 defunciones por 1000 habitantes en Oaxaca, estado de alto grado de marginación y 3,2 en Quintana Roo, de bajo grado de marginación.

En las últimas tres décadas el descenso de la mortalidad fue más notorio en los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años de edad, que en los menores de 1 año y en las demás edades. La tasa de mortalidad infantil se ha reducido considerablemente desde 1960, llegando en 1996 a 25,9‰ (cuadro 3).

La esperanza de vida al nacer de la población total en 1990 se estimó en 69,7 años, es decir 10,8 años más que en 1960, llegando a 72,5 años, en la proyección estimada por OMS/OPS para el quinquenio 1995-2000 (cuadro 4).

Cuadro 3: México: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil

25,9 c/ 1000 nacidos vivos (1996)

Esperanza de vida al nacer	72,5 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	75,5 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	69,5 años (proyección 1995-2000)

Fuente: OPS/OMS, 1997.

Con relación a las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles, descendieron entre el 60 y 87% en todos los grupos de edad, durante las últimas tres décadas, contribuyendo en gran medida al descenso de la mortalidad general.

México en lo epidemiológico enfrenta dos retos, por un lado terminar con el rezago de las enfermedades del subdesarrollo - infecciones, desnutrición, muertes maternas y perinatales -; y por otro lado, enfrentar las enfermedades asociadas a la industrialización y urbanización - cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones, etc.- (FUNSALUD-1994).

Además, en México la probabilidad de morir por lesiones accidentales o intencionales es mayor que en cualquier región del mundo (FUNSALUD-1997).

Cuadro 4: México: Cinco principales causas de muerte, 1996

Causa	Nº	%	Tasa específica%
Enfermedades del corazón	65.603	15,03	70,4
Tumores malignos	49.916	11,44	53,6
Accidentes	35.073	8,03	37,6
Diabetes mellitus	34.865	7,99	37,4
Enfermedades cerebrovasculares	24.344	5,57	26,1
Resto de las causas	226.520	51,91	243,1
Total	436.321	100	468,2

Fuente: Revista Salud Pública de México, 1997.

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del sistema de salud

Entre los elementos que caracterizan y diferencian al Estado, la sociedad mexicana y su régimen político que constituyen el marco de la Institucionalización de la Política Sanitaria, encontramos:

1- La reforma de 1867 que separó la Iglesia del Estado y, que constituye un antecedente importante para la Política de Salud.

La Revolución de 1910 que: a) eliminó la oligarquía terrateniente, que hasta ese momento detentaba el poder; b) construyó un ejército de carácter popular; c) incorporó a la incipiente

burguesía y proletariado a un movimiento militar popular encabezado por el campesinado; y d) creó las condiciones para el desarrollo capitalista acelerado posterior.

Estos dos momentos y la reciente transformación neoliberal del Estado conforman la base de la periodización siguiente:

- ⇒ Estado Liberal - Oligárquico (1857-1910).
- ⇒ Período Revolucionario (1910-1934).
- ⇒ Período de Consolidación del Estado y del Régimen Político o Gobierno Cardenista (1934-1940).
- ⇒ Período de estabilización política bajo el Régimen del Partido del Estado (1940-1982).
- ⇒ Período de transformación neoliberal del Estado (1982-1990).

El derecho a la salud quedó plasmado en la Constitución Nacional de 1917, como producto de la lucha revolucionaria. Asimismo, se instauró el presidencialismo, con una subordinación de los poderes legislativo y judicial al ejecutivo, las nuevas formas de tenencia de la tierra, el derecho al trabajo, la no - reelección presidencial, el período de seis años para las instancias representativas en el gobierno.

1- Estado Liberal-Oligárquico (1857-1910)

El estado fuerte y dictatorial genera una política sanitaria, basada en la ideología positivista moderna encabezada por los llamados "científicos" del gabinete porfirista (del dictador Porfirio Díaz en el gobierno durante 30 años 1880-1910), con un fuerte impulso a la Atención Médica Hospitalaria, manteniendo la Dirección General de Beneficencia creada por Benito Juárez (presidente electo 1861 a 1872 -año de su muerte-), pero separando de ella la responsabilidad sanitaria. Se institucionaliza así un modelo sanitario moderno, científico y positivista que separa la Atención Médica de la Sanitaria, y aumenta el centralismo político y la inequidad social característica del período capitalista pre-revolucionario.

2- Período Revolucionario (1910 - 1934)

Las condiciones de vida y trabajo creadas en el anterior régimen fueron extremadamente deplorables. Si bien esta etapa se caracterizó por una prolongada inestabilidad política, con procesos de lucha, desorden, flujos migratorios y vacío de poder; desde 1915 se comienzan a plantear una serie de iniciativas enmarcadas en la necesidad del control sanitario. Como consecuencias de este desorden aparecen epidemias como la tifo, viruela y fiebre amarilla, que amenazaron con diezmar la población económica y militarmente activa.

El período se caracterizó por un predominio de la política sanitaria por sobre la atención médica.

3- Período Cardenista (1934-1940)

Con el gobierno del General Lázaro Cárdenas terminó el período de inestabilidad política. Se caracterizó por su fuerte impulso en el desarrollo capitalista nacional, en el marco de este proyecto se dio la tarea de establecer las bases sociales con acuerdo entre la pequeña y mediana burguesía. Aprovechando la depresión económica en los EE.UU., se inicia un proceso industrial de sustitución de las importaciones.

En concordancia con el compromiso político, Cárdenas llevó a cabo una fuerte inversión pública en pro de un mejoramiento de las condiciones de vida de la clase obrera y campesina

(sobre quien apoyó su idea revolucionaria). Así se desarrollan múltiples acciones médicas y de prevención dirigida a estos grupos sociales.

Los ejes de estas acciones son tres:

- ⇒ Recuperación y reproducción de la fuerza de trabajo (existía una fuerte escasez de mano de obra).
- ⇒ Consolidación del bloque histórico.
- ⇒ Desarrollo del sector agrario en apoyo del sector industrial.

Principales acciones:

- ⇒ Creación de la Secretaría de Asistencia Pública (dic. 1937), marcando el paso de la beneficencia a la asistencia.
- ⇒ Apoyo a la industria farmacéutica nacional.
- ⇒ Creación de los servicios de higiene industrial (1936).
- ⇒ Lucha contra la tuberculosis, creando hospitales y unidades antituberculosas.
- ⇒ Lucha contra enfermedades transmisibles (lepra, sífilis, paludismo, etc.).
- ⇒ Introducción de los servicios médicos rurales.

En resumen, se logra una fuerte centralización de la política sanitaria con un fuerte apoyo de las masas, y como consecuencia se fortalece el Estado.

4- Período de la Estabilidad Política (1940-1982)

El partido oficial, Partido Revolucionario Institucional (PRI), se mantiene durante 60 años en el poder cambiando solamente de presidente cada 6 años, manteniendo la estructura de poder de este partido político.

Se destacan dos períodos económicos bien diferenciados:

- ⇒ 1940 hasta mediados de los '70 caracterizado por un crecimiento económico sostenido y un aumento del parque industrial de consumo interno (proteccionismo).
- ⇒ En el otro inmediatamente posterior, la economía hace crisis (estanca la acumulación de capitales y no hay inserción de capitales del exterior), solo se sustenta el pacto social con el *boom* petrolero a partir de la suba internacional de su precio (década del 70).

La política sanitaria se caracteriza por un desarrollo de multiplicidad de instituciones, con duplicación de funciones y recursos, que incorporan la "cientificidad" imperialista (no olvidemos el marco político de la época y la cercanía con EE.UU.), de acuerdo a tres modelos básicos:

- ⇒ Asistencia Social.
- ⇒ Seguridad Social.
- ⇒ Atención Privada.

Cabe resaltar, la política de atención al campesinado, por su importancia y peculiaridades en el contexto mexicano.

La fuerza política que representó el campesinado para el "Estado Revolucionario", explica la enorme variedad y modificaciones que han sufrido sus modelos de atención médica, bajo una orientación claramente clientelista. En 1973, con la nueva ley de Seguros Sociales, incorpora el concepto de "solidaridad social", facultando al IMSS a dar atención a la población marginada rural, urbana y suburbana, en el sentido de dar un mínimo de protección para cu-

brir las necesidades de atención del campesinado (al margen de los sistemas de aseguramiento de hasta ese momento).

La atención en el tercer nivel fue lo más importante en asistencia social en este modelo científicista, centralizado, hospitalario, urbano y con acentuado reforzamiento de la seguridad social.

5- Transformación neoliberal del Estado (1982-1990)

Se produce el triunfo de la fracción financiera del bloque dominante, y se inicia un proceso denominado "modernización" de la sociedad.

El contexto era de crisis económica y acusante deuda externa.

Así se busca achicar el estado, por obeso e ineficiente a través de un proceso de privatizaciones de las industrias del estado.

La consecuencia directa y contradictoria en la Política Sanitaria se expresa en la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1983, la aprobación de la Ley General de Salud en 1984, y la modificación a la Constitución Nacional incorporando la protección a la salud como derecho constitucional y la obligación del Estado a definir su modalidad.

Se diluye así el concepto anterior que rezaba como derecho a la salud, de esta forma se diluye la responsabilidad del Estado con una fuerte restricción a este derecho.

En la Ley General de Salud aparece la definición del sector como público, social y privado. La reforma sanitaria se impuso desde el gobierno central sin participación social, restándole legitimidad e importancia de la etapa anterior.

Actores y roles dentro del sistema

El Sistema Nacional de Salud esta integrado por instituciones del sector público y del sector privado; las primeras se subdividen entre las que prestan servicios de salud y asistencia social a población abierta, o no asegurada y las de Seguridad Social (OPS/OMS, 1994).

Subsector público

En México la prestación y el financiamiento se hallan fusionados a nivel interinstitucional, esto ha permitido contar con una considerable infraestructura pública en servicios de salud que ha creado situaciones de proteccionismo (OPS, 1994).

El Sistema Nacional de Salud (salud pública y seguridad social) se basa en la coordinación funcional de la Secretaría de Salud (SSA), por medio de la adecuación de marco jurídico y de mecanismos de planeación, para la mejor utilización de los recursos, así como en el fortalecimiento de los sistemas de salud locales y la descentralización de los servicios. Estas políticas se complementan con las de modernización y simplificación administrativa, de coordinación intersectorial y de participación social.

La asistencia pública está integrada por: la Secretaría de Salud –SSA- (órgano de dirección y coordinación general, delinea las políticas y dicta las normativas del subsector), los Servicios de Salud de la Entidades Federativas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia – DIF-, los servicios médicos del DDF - Departamento Distrito Federal - y el Programa IMSS

- SOLIDARIDAD (FUNSALUD, 1994). También la integra el INI - Instituto Nacional Indigenista- (SSA, 1996).

Actores que integran el subsector público

- ⇒ La Secretaría de Salud
- ⇒ Los Servicios de Salud de las Entidades Federativas
- ⇒ El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- ⇒ IMSS- Solidaridad
- ⇒ Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal
- ⇒ El Instituto Nacional Indigenista
- ⇒ Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población no Asegurada (PASSPA)
- ⇒ Los Prestadores Públicos: Organismos descentralizados y hospitales de especialidades de la SSA, laboratorios, bancos de sangre y otros servicios de diagnóstico y tratamiento.
- ⇒ Los usuarios

Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ La Secretaría de Salud, en representación del Gobierno Federal, actúa como órgano de dirección y coordinación general, delinea las políticas y dicta las normativas del Sistema Nacional de Salud. No obstante, tal como lo resalta FUNSALUD, 1994, el sistema mexicano es de integración vertical, pero de segmentación horizontal, cada segmento institucional (SSA, otras instancias de asistencia pública, la seguridad social y el sector privado) ejerce las funciones de modulación, financiamiento y prestación para un grupo específico de la población (los indigentes, la clase media y los que tienen mayor capacidad de pago, respectivamente). Existen vínculos y correlaciones programáticas y operativas entre las instituciones intra y extrasectoriales, situación estimulada por la ejecución del Proyecto Estratégico de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias, que impulsa el desarrollo de los SILOS (OPS, 1994). Pero la SSA no logró coordinar el apoyo financiero central con los estatales y municipales, y además el presupuesto jurisdiccional siguió siendo fijado predominantemente en base a datos históricos.
- ⇒ En el ámbito local los servicios públicos están coordinados por las jurisdicciones sanitarias (218 en todo el país, en agosto de 1993), que cuentan con unidades y servicios de primer nivel de atención y en algunos casos, de segundo nivel.
- ⇒ En el ámbito intermedio las autoridades de salud estatales coordinan las jurisdicciones sanitarias y las instituciones de tercer nivel de atención; el régimen político - administrativo difiere según se trate de estados descentralizados (aquellos que han firmado un convenio formal para la transferencia de los servicios de salud) o desconcentrados.
- ⇒ Se descentralizaron sólo 14 de los 32 estados federales. Las Entidades Federativas dependen de los distintos estados y según la Revista Salud Pública de México, 1997, Vol. 39, N°2, consumen el 54% del presupuesto de la SSA constituyen las entidades con mayor desarrollo, en las áreas centrales. La descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población abierta ofrece a México la posibilidad de atender de manera más equitativa las necesidades de salud de la población no asegurada, a tra-

vés de mecanismos de asignación de recursos que otorguen mayor crédito a los indicadores de salud, tales como el índice de marginación o mortalidad infantil.

- ⇨ DIF tiene sus servicios destinados a programas sociales: nutricional, promoción del bienestar comunitario y asistencia a individuos y familiares de la población abierta no asegurable en condiciones de vulnerabilidad (jóvenes ,ancianos, mujeres y minusválidos) a través de acciones preventivas y de alerta temprana.
- ⇨ IMSS- Solidaridad programa que cubre a mexicanos que habitan en zonas rurales y que se financia con aportes de las federaciones y el IMSS, y en el cual inicialmente los campesinos participaban con su mano de obra. Luego amplió la participación de éstos últimos por medio de los Consejos Estatales de Solidaridad Social, pero que sólo tienen una participación formal.
- ⇨ INI brinda cobertura a la población indígena
- ⇨ Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población no Asegurada, iniciado en 1991, para repartir una cifra determinada entre las 5 entidades federativas con mayor índice de marginación y con un gasto per cápita en salud más bajo, con relación a los restantes. Con el tiempo llegó a tener una participación del 16% del presupuesto total de las entidades federativas, a excepción del Distrito Federal. En los hechos no complementó los recursos estatales sino que los sustituyó.
- ⇨ Los servicios de salud dirigidos a la población abierta (antes denominada marginada) fueron los únicos en los que avanzó la descentralización. Se destaca, que la política sanitaria mexicana se desarrolló entre los conflictos de la centralización y la descentralización, en varios períodos históricos. El corporativismo y la seguridad social favorecieron la centralización y la política asistencial del neoliberalismo favoreció la descentralización, estableciendo así una gran contradicción hacia el interior del Estado Mexicano. Así el proyecto sanitario neoliberal mexicano, expresado en la necesidad de adelgazar al Estado explicitó una estrategia para la consecución de la descentralización. Entre tales medidas, durante la Presidencia de Salinas de Gortari, se frenó el proceso de descentralización de la SSA, frente a la transferencia de costos a la población y entidades federativas, y la incapacidad de los gobiernos regionales y locales, para asumir esa descentralización (Elbenschutz H. y Thelma, 1991).
- ⇨ Los usuarios del sistema son todos los mexicanos. Sin embargo se registran barreras en el acceso. Se estima que ente un 11 y 21% de la población total, no cuenta con ninguna cobertura de salud.

Subsector de la Seguridad Social

La seguridad social está compuesta por: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Servicios Médicos de la Defensa Nacional (SEDEMA) y de la Marina y Servicios Médicos de Petroleros Mexicanos (PEMEX) – FUNSALUD, 1994.

Actores que integran el subsector de la seguridad social

- ⇨ Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⇨ Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- ⇨ Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
- ⇨ Servicios Médicos de Defensa Nacional
- ⇨ Servicios Médicos de la Marina

- ⇒ Servicios Médicos de Petroleros Mexicanos.

Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ Las instituciones de la seguridad social permanecieron centralizadas, e iniciaron un lento proceso de descentralización. Dado que la implantación de dicho modelo neoliberal en la salud, con el consiguiente recorte en el gasto en salud, contribuyó en gran parte a la crisis política, que dio lugar a la asunción del Presidente Salinas de Gortari (1988-1994), la gran movilización social le permitió al mismo introducir cambios en la política general, frenando el proceso de descentralización.
- ⇒ Las Instituciones de la Seguridad Social, a excepción de ISSFAM las restantes son también prestadoras de servicios.
- ⇒ El IMSS brinda atención a los trabajadores de empresas privadas, cubre gastos médicos por enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
- ⇒ El ISSSTE atiende a los trabajadores de empresas estatales, cubre atención médica y riesgos profesionales.
- ⇒ ISSFAM, SEDEMA y Servicios Médicos de la marina, dan atención a los trabajadores de las respectivas fuerzas de seguridad, cubre medicamentos, prótesis equipo médico y servicios médicos
- ⇒ Servicios Médicos Petroleros Mexicanos cubre a los trabajadores de la empresa petrolera PEMEX.
- ⇒ Subsector privado
- ⇒ El sector privado está integrado por personas físicas y morales que brindan atención ambulatoria y hospitalaria, por compañías aseguradoras y por la medicina tradicional y las terapias alternativas, con fines lucrativos (FUNSALUD, 1994).

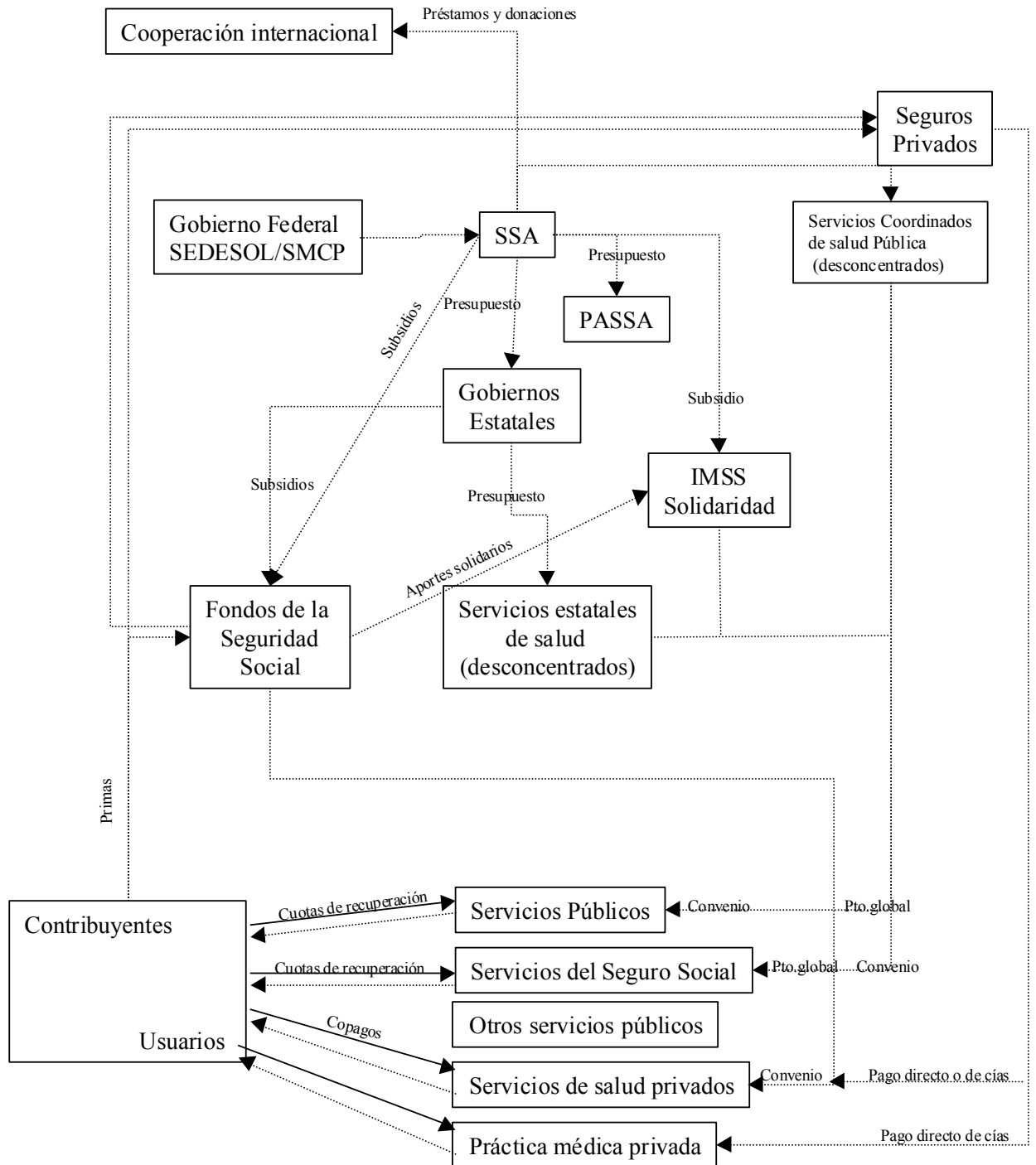
Actores que integran el subsector privado

- ⇒ Empresas
- ⇒ Seguros privados de salud
- ⇒ O'NGs
- ⇒ Hospitales
- ⇒ Sanatorios
- ⇒ Clínicas
- ⇒ Bancos de sangre
- ⇒ Consultorios médicos y dentales
- ⇒ Laboratorios de análisis clínicos
- ⇒ Radiología
- ⇒ Asilos
- ⇒ Casas de salud
- ⇒ Dispensarios, etc.
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles dentro del subsector:

- ⇨ Las instituciones que prestan servicios de salud en forma privada, constituyen un cuerpo muy heterogéneo en donde coexisten desde la medicina tradicional hasta el hospital urbano altamente especializado.
- ⇨ Los seguros privados vieron reducir el porcentaje de su población cubierta al 4,1 % en 1995, con relación al 5,1 % de 1993, lo que probablemente refleja el impacto de la crisis sufrida por la economía mexicana en 1994.
- ⇨ Aproximadamente un 7,3% de los asalariados declara recibir además de la prestación de la seguridad social, la cobertura de un seguro privado. Algunas empresas negocian pedir la reversión de cuota o reembolso por lo que pagan al IMSS u ofrecen complementariamente a su personal un plan de salud suplementario al del IMSS.(FUNSALUD, 1997)
- ⇨ Se registran en el subsector distintos fondos con aportes prepagos de empresas para la atención de la salud de sus empleados o con primas para la atención de enfermedades o accidentes, y también entidades sin fines de lucro, en base a donaciones o contribuciones.
- ⇨ Los servicios médicos privados brindan cobertura al 37% de la población.

México: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

Son fuentes de financiamiento internas el gobierno (21%), las empresas (30%) y los hogares (49%).

Las fuentes de financiamiento externas se constituyen por agencias extranjeras multilaterales o bilaterales

A su vez estas fuentes se subdividen en primarias: hogares, empresas y agencias extranjeras; y secundarias: gobierno.

En el **subsector público** los recursos, para la atención de la población abierta provienen del erario público y el Presupuesto Nacional, se complementa con aportes de los Estados y Municipios y con cuotas de recuperación.

- ⇒ **SSA:** recibe las asignaciones del Gobierno federal, organismos internacionales y donativos; asigna presupuestos a salud pública de los Estados, para la atención de la población no asegurada (a través de servicios Coordinados de salud Pública – Estados desconcentrados – y a través de los Institutos de Salud –Estados Descentralizados-) y ayuda a instituciones privadas sin fines de lucro.
- ⇒ **Gobiernos estatales o el Distrito Federal:** destinan recursos para financiar la atención de la población no asegurada a través de los Institutos de Salud y los Servicios Coordinados de Salud Pública; así como de otras agencias estatales (hospitales civiles y otros) e instituciones públicas y privadas (DIF, Cruz Roja, etc.). Destinan también recursos para la atención de los trabajadores a través de los fondos que los administran -ISSSTE- (FUNSALUD, 1997).
- ⇒ **DIF:** recibe aportes del gobierno federal y estatales
- ⇒ **DDF:** tiene asignaciones del Gobierno federal con un porcentaje muy pequeño de recuperación de cuotas de usuarios
- ⇒ **Servicios de salud estatales:** reciben asignaciones del Gobierno Federal.
- ⇒ **Programa IMSS- Solidaridad:** aportes del gobierno federal y estatales.
- ⇒ **PRONASOL:** opera como administrador de recursos que destina a SSA y IMSS-solidaridad

En el **subsector de la seguridad social** de lo aportado por las empresas, empleados y gobierno, la participación varía según sea pública o privada.

- ⇒ **IMSS** (empresas privadas):

Antes aportaban los trabajadores el 21,69% de su presupuesto, los empleadores el 72,80% y el estado el 5,51%. Con la nueva Ley de seguro Social (1995) hay una cuota uniforme que es pagada en partes iguales por trabajadores y empleadores equivalente al 27,8% del salario mínimo, por encima de tres salarios mínimos se paga una cuota adicional de 8% sobre ese mayor nivel salarial en la cual el patrón cubre el 6% y el empleado el 8%. Dentro de este Instituto el seguro de invalidez y vida se financia con una contribución tripartita equivalente al 4% del salario base de cotización, el cual el 2,5% corresponde a la cuota de invalidez y el 1,5% restante a los gastos de los pensionados (FUNSALUD, 1997).

Existen convenios de reversión de cuotas por los cuales IMSS reintegra a las empresas empleadoras una parte de las cuotas pagadas al seguro de enfermedades y maternidad cuando comprueban cubrir a sus trabajadores con un seguro médico o sus propios servicios. Requieren la anuencia de los trabajadores o de su representación sindical

- ⇒ **ISSSTE** (empresas y organismos gubernamentales):
- ⇒ 28,5% trabajadores
- ⇒ 60% Gobierno

⇒ 11,8% otros

2% es la cuota de los trabajadores para la atención médica y 4% para las enfermedades profesionales, los pensionistas aportan el 0,7%

En suma los trabajadores aportan el 20,7% de su presupuesto, el gobierno el 73,5% y los estatales el 5,8%

⇒ **ISSFAM:** aporta el gobierno federal.

⇒ **SEDENA:** aporta el gobierno federal más recibe cuotas de recuperación y asignaciones del ISSFAM

⇒ **Secretaría de Marina:** recibe asignaciones del ISSFAM

⇒ **PEMEX:** recibe los aportes de la empresa

⇒ **Seguro Social de Empleados Estatales:** sólo se verifican en 13 estados

En el **subsector privado** se diferencian:

⇒ Fondos privados de las empresas: que reciben aportes de las empresas para la atención de la salud.

⇒ Fondos privados de seguro médico: que reciben primas por accidentes o enfermedades

⇒ Fondos privados de instituciones de asistencia privada: son las donaciones y contribuciones a las entidades sin fines de lucro

Oferta de Servicios

Cuadro 5: México: Oferta de servicios por subsector (años seleccionados)

	Subsector Público	Subsector Seg.Social	Subsector Privado	Total
Establecimientos*	12.425*	3.733*		16.158*
Hospitales**	418	364	364	1.539
Camas*	33.816** 34.330 *	35.161** 41.526 *	11.844**	83.757** 75.826 *
Recursos Humanos				
Médicos x 10000 hab.	47.468*	67.879*	50.844****	15,6***
Enfermeras x 10000 hab.	69.954*	101.190*	26.382****	10,8***
Odontólogos x 10000 hab.	4.461*	3.306*		1,0***

Fuente: * SSA , 1996

** OPS/OMS, 1994 (año de referencia 1993)

***OPS/OMS, 1997 (año de referencia 1995, para médicos y odontólogos, y 1996 para enfermeros).

**** FUNSALUD, 1997 (año de referencia 1994)

Observaciones: Para atender a la población abierta se destinó en 1991 el 77,1% de consultorios, externos, el 45,2% de Instituciones de Hospitalización, el 43,6% de camas, el 51,5% consultorios, el 40,4% de los quirófanos y el 84,7% de las salas de parto (OPS/OMS, 1994), es decir que el subsector público triplica a la seguridad social en recursos físicos, cuando ésta lo duplica en cobertura.

Esto puede explicarse, en parte porque la población abierta es más dispersa y encara una mayor atención preventiva.

Demanda de servicios de salud

Cuadro 5: México: Demanda de servicios por subsector, 1995

	Subsector Público	Subsector Seg. Social	Subsector Privado	Total
Consultas anuales per capita*	60.917.156	136.636.981		197.554.137
Egresos anuales per capita*	1.857.735	2.484.7690		4.342.425
Tiempo medio de internación**				4.0

Fuente: *SSA, 1996

**Revista Salud Pública de México, 1997 (año de referencia 1995)

Nota: Los servicios de la seguridad social captan sólo el 70% del total de las necesidades de la población asignada. Del resto sólo 5.6 es atendido por SSA y el 24% utiliza medicina privada, es decir que el 30% esta dispuesto a volver a pagar para no recibir la atención de la seguridad social. Por otra parte, los médicos privados atienden el 59% de la demanda de la población no asegurada, 29% acude a la SSA, 9% a la seguridad social y el 7% al programa IMSS-Solidaridad, por lo que se verifica un alto grado de insatisfacción con los servicios de la Seguridad Social (FUNSALUD, 1994).

Cobertura

a) *¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?*

El subsector público cubre a la población no asegurada o abierta (35%), el subsector de la seguridad social al 59% del total y el subsector privado al 37% (CEPAL *et al*, 1995).

La población desatendida por falta de servicios en el ámbito nacional oscila entre el 11 y el 21%. En mayo de 1994 el 8% de la población declaró que no podía recibir atención cuando lo consideraba necesario, y otro 26% tuvo razones económicas (FUNSALUD, 1994).

En México se destina el 62% del gasto en medicina curativa. La demanda de servicios se ha tornado indiscriminada. Una parte significativa de derechohabientes de las instituciones oficiales son usuarios de los servicios de la población abierta.

Asimismo, los derechohabientes de ciertas instituciones de la seguridad social (39%) se atienden en otra que no les corresponde o bien, recurren a la medicina privada.

Aproximadamente 7,5 millones de mexicanos (de la economía informal) están sin acceso regular a los servicios médicos. Según datos de la IMSS, hasta finales de 1995, más de 20 millones de personas miembros de la población económicamente activa carecían de seguridad social protección contra accidentes y enfermedades del trabajo (Rosas María, 1997).

Gasto

El gasto en salud en 1992 fue del 4,82% del PBI (inferior al observado para la región latinoamericana y del caribe), superior al alcanzado para 1990 del 3,8%.

Del gasto total del 4,82% del PBI para 1992, el 2,76% corresponde al gasto público y el 2,06% al gasto privado (FUNSALUD 1994).

Cuadro 6: México: Gasto total en salud por subsector, 1992

Subsector	Millones de U\$S	%	% del PBI	Capita/año
Público	9211.3	57.29 48.19	2.76	106.2
Privado	6864.5 a) 9900.5 b)	42.70 51.80	2.06 2.97	79.1 114.1
Seguros sociales				
Total	16075.8 a) 19111.8 b)	100	4.82 5.73	185.3 220.2

Fuente: FUNSALUD –1994.

Cuadro 6': México: Gasto total en salud por subsector, 1996

Subsector	Millones de U\$S	%	% del PBI	Capita/año
Público	8202	13	2.6	74 (1995)
Privado	6.745a) N.D. b)	43	1.8 N.D.	61 N.D.
Seguros sociales		44		
Otros				
Total	14.947a) N.D. b)	100	3.9 N.D.	135 N.D.

Fuente: FUNSALUD –1997.

Observaciones: a y b) estimaciones alta y baja según los datos que surgen de la Encuesta nacional de ingresos y gastos de hogares de 1992, y en el Sistema de Cuentas Nacionales respectivamente.

Recientemente FUNSALUD(1997) aclara que el gasto en salud equivalió para 1992, 1993 y 1994 el 5,1, 5,6 y 6,1% del PBI respectivamente. Cifras que aclara se obtienen utilizando la estimación alta -proveniente del uso del Sistema de Cuentas Nacionales- y la estimación baja -de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares-. Precisa, que la diferencia con los datos antes referidos en Cuadro 6 para 1992, obedecen a los cambios en el Sistema de Cuentas Nacionales que pasó a tomar el año 1993 como base para el cálculo de los valores constantes.

Modalidades de contratación y pago

a) ¿Cómo paga cada subsector la atención ambulatoria?

El subsector público por presupuesto global con instituciones estatales o bien a entidades privadas, asimismo, IMSS-SOLIDARIDAD, DIF y DDF, reciben asignaciones de la SSA, en tanto en el subsector de la seguridad social se distingue:

- ⇒ IMSS contrata con el sector privado
- ⇒ ISSSTE, el 60% a los privados y el resto al público (80% a la seguridad social y 20% a la SSA)
- ⇒ ISSFAM contrata medicamentos, prótesis, equipos médicos y servicios médicos subrogados.

b) *¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación?*

Con las mismas modalidades que la atención ambulatoria.

c) *¿Existen copagos o y coseguros? ¿qué participación tiene el usuario?:*

SEDENA y SSA aplican cuotas de recuperación. La política de cobro al usuario de los servicios asistenciales, por medio de tarifas móviles fueron diseñadas para proveer atención gratuita a los más indigentes, y desalentar el uso de los servicios por la clase media. Pero en los hechos la clase media en México recibe una alta proporción de la atención gratuita, siendo la progresividad de la gratuidad poco marcada en la SSA: 18% entre la clase media, 22% entre los pobres y 23% entre los indigentes.

También llama la atención que es casi insignificante la diferencia entre los pagos que cada uno de dichos grupos debe hacer a la SSA.

Considerando la atención de todas las instituciones, son los indigentes quienes reciben menos atención, sin abonar al momento de usar los servicios. Una política equitativa del cobro de servicios debería repercutir en una proporción menor en el ingreso familiar, conforme la población percibe menos ingresos.

La inequidad de acceso, de la distribución geográfica, de la utilización, y el cobro de servicios, reducen la efectividad de los recursos que se ponen al alcance de los pobres. El 26% de los usuarios de servicios asistenciales cuenta con afiliación a la seguridad social, mientras el 40% son de clase media. El 52% de los servicios asistenciales, principalmente los de la SSA, son usufructuados por asegurados de la clase media, siendo una oferta muy desviada de la población objetivo.

Sólo el 7% de los asegurados que se atienden en instituciones de la seguridad social complementan su atención con gastos adicionales. Mientras la medicina privada solo exenta del pago al 4% de su clientela. La SSA exenta al 34% de los no asegurados, y el 22% de los asegurados. Ello, a partir de escalas móviles aplicadas a los distintos estratos económicos.

La mayoría de los no asegurados que se atienden en los institutos de la seguridad social- ya que legalmente no pueden negarse en situaciones de urgencia- encaran el pago de los servicios, especialmente de la hospitalización, aunque no siempre se llega a materializar el cobro por problemas administrativos (FUNSALUD, 1994).

Reforma del Sistema

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 establece las políticas de salud, asistencia y seguridad social, cuyo objetivo general es “impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas, y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios” (OPS/OMS, 1994).

Las principales políticas generales de salud consideran el fomento de la cultura de la salud; el acceso universal a los servicios de salud; la prevención y el control de enfermedades y accidentes; la atención del medio ambiente y el saneamiento básico; la salud familiar y el crecimiento de la población, y el impulso a la asistencia sanitaria.

Todo el diseño de programas asistenciales y de servicios responde al modelo de organización y administración basado en la descentralización política y respondiendo al objetivo general de acceso universal a los servicios con equidad y calidad.

Sobre esa base los logros de la reforma implementada en lo que va de la década son:

⇒ Combate a la enfermedad:

- La mortalidad de los menores de 5 años disminuyó el 37% durante los últimos 10 años
- Desde octubre de 1990 no se registró ningún caso de poliomielitis y desde 1993 no se registra ningún caso de difteria
- Después de la epidemia de sarampión de 1989-1990 el número de casos disminuyó a 200 por año.
- La mortalidad materna disminuyó el 44% entre 1988 y 1992.

⇒ Cobertura de servicios

- La cobertura de los esquemas completos de vacunación entre los menores de 5 años pasó entre 1990 y 1992 del 46% al 92%
- De 1980 a 1992 el número de unidades de atención médica del sistema nacional de salud se incrementó en un 75%.
- En 1992 la seguridad social cubrió al 55% de los mexicanos distribuidos en la mitad de los municipios del país.
- El programa IMSS- Solidaridad llegó a casi 11.000.000 de mexicanos que habitan en zonas rurales.

⇒ Desarrollo institucional

- Se estructuró un Sistema Nacional de Salud, con instancias específicas de conducción entre instituciones.
- En 14 estados se logró la descentralización de los servicios para la población no asegurada.
- La calidad de la información estadística sobre la salud mejoró notablemente (durante los últimos años se efectuaron 12 encuestas nacionales de salud).
- Se aplicaron programas de asistencia social como el PRONASOL, de carácter descentralizado, fortaleciendo la participación y el poder de acción de los gobiernos locales y regionales, ya que reorganizan la demanda social y dan forma a los programas, aportando además importantes montos presupuestarios (González García, 1992).
- Se incrementó en los últimos años el porcentaje del gasto en salud.

Por otra parte la información financiera sobre la producción e intercambio del sector salud es registrada por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, de acuerdo con los principios internacionales del sistema de Cuentas nacionales, que es muy útil en la toma de decisiones intersectorial. (FUNSALUD, 1997).

También a partir de 1989 el Instituto Nacional Indigenista lleva un programa piloto en el hospital Rural de Cuetzalan del Progreso, en el estado de Puebla. A partir de entonces comen-

zó a trabajar como hospital mixto, donde tuvieron cabida la medicina científica y la tradicional. En ese espacio se brindan servicios propios del hospital de medicina científica: consultas, cirugía, laboratorio de análisis clínicos, rayos X. Además los médicos tradicionales ofrecen consulta, han creado un jardín botánico de plantas medicinales y cuentan con un pequeño laboratorio para crear preparados galénicos, sin perjuicio de las campañas de vacunación, mejoramiento de la alimentación, saneamiento ambiental, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que procuren el bienestar general de los indígenas (Academia Nacional de México, 1995).

En noviembre de 1995 el Congreso aprobó la reforma a la Ley del Seguro Social que apuntan a la viabilidad financiera del seguro de enfermedades y de maternidad –perdiendo como fuente de financiamiento los fondos de pensiones del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte y contando con otras fuentes de financiamiento como el seguro médico familiar, que pagan los que no cotizan en el IMSS y seguro de invalidez y vida para los gastos médicos de los pensionados, además de los convenios de reversión de cuotas-, ampliar su cobertura y mejorar sus servicios mediante la elección de los médicos de primer nivel, con una remuneración que premie cada nueva elección que se efectúe por él. Además la Secretaría de Salud presentó el Programa de Reforma del Sector Salud en marzo de 1996., y se planea integrar los servicios actualmente brindados por la SSA y MSSS- Solidaridad(FUNSALUD, 1997).

A principios de 1997 se implementó un paquete básico dirigido a la población pobre rural, que incluyó 121 intervenciones dirigida a 8 de las 10 principales causas de mortalidad. Se implementará en 380 municipalidades del centro y sur de México con más de 4.000.000 hab. (menos del 30% de los cuales no tienen acceso regular de la salud).

Además en 1997 son 17 los departamentos descentralizados sobre los 31 existente

Estructura y funcionamiento del Sector Salud en función de la Reforma.

Los grandes lineamientos de la reforma son:

- ⇒ Ampliar la cobertura de la seguridad social, para fortalecerla como principal esquema de cobertura del medio urbano con capacidad de pago
- ⇒ Introducir una competencia interna en la seguridad social incorporando incentivos a la calidad y la eficiencia, y orientar el sistema a una operación por funciones y no por grupos de población.
- ⇒ La descentralización de los servicios de atención a la población abierta (SSA e IMSS-Solidaridad) a las entidades federativas.
- ⇒ La extensión de la atención a través de un paquete básico de servicios, para que llegue a quienes hoy no tienen acceso a ella y viven sobre todo en zonas rurales dispersas y urbanas marginadas.

Dada la organización de los servicios de salud descrita la reforma según FUNSALUD, 1994, debería tender a la integración horizontal de las funciones de los organismos participantes del sistema, de modo que la SSA centre sus esfuerzos en la modulación del sistema, en tanto el financiamiento pase a la seguridad social con un papel sinérgico para los seguros privados, de este modo la división del trabajo ya no sería por grupos sociales sino por funciones.

Así resultaría necesario:

- ⇒ **Vincular estrechamente a la salud con el desarrollo económico social**, promoviendo la adopción de estilos saludables de desarrollo y alentando la mayor inversión en salud.

- ⇒ **Consolidar el Sistema Universal en Salud**, asegurando a la población el acceso a los servicios estatales, y estableciendo el Seguro de Salud Nacional (SESANA).
- ⇒ **Organizar el sistema de salud de acuerdo a funciones y no a grupos sociales**, fortaleciendo el pluralismo en la prestación de servicios, reconociendo y asegurando la libertad de elección de prestador primario por parte de la población, fomentando en áreas urbanas el establecimiento de organizaciones de Protección de salud que compitan por las prestaciones, y en las zonas rurales la formación de Organizaciones Solidarias de Salud, con esquemas cooperativos para financiar y prestar servicios.
- ⇒ **Aplicar la reforma del estado y del Gobierno en el sector salud**: culminando la descentralización de los servicios, reorientando la asignación presupuestaria, que responda a la demanda y las necesidades, más que a la oferta de recursos y otorgando incentivos, y a la aplicación de modalidades innovadoras de la participación privada en el financiamiento.
- ⇒ **Mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, mediante la definición explícita de prioridades**: definir el paquete universal de servicios, enfatizando aquellos servicios que actúan sobre la prevención, limitando las ofertas de baja efectividad y alto costo estableciendo un mecanismo participativo y plural para la revisión periódica de prioridades.
- ⇒ **Orientar a los prestadores de servicios hacia el desempeño de alta calidad y satisfacción de la población instituyendo una estrategia nacional para la calidad y la eficiencia en salud**, diversificando los sitios de atención de la salud, reforzando la capacidad resolutoria del primer nivel, favoreciendo la cultura organizacional, centrada en el mejoramiento continuo del desempeño y estableciendo un mecanismo efectivo por la participación social, con representación de los niveles comunitario, estatal y nacional.
- ⇒ **Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud**, racionalizando el aprovechamiento y ampliación de la infraestructura física, desarrollando sistemas de información dinámicos que sirvan para la toma de decisiones, promoviendo la investigación esencial en salud y estableciendo un mecanismo formal para la innovación de tecnología en salud.
- ⇒ **Celebrar un Pacto Social** que permita instituir un mecanismo de convergencia para conducir la reforma del sistema de salud.
- ⇒ **Estimular el desarrollo integral de los recursos humanos** para la salud fortaleciendo la capacidad gerencial.

Las políticas sobre recursos humanos, tienden a la capacitación, descentralización, elaboración y actualización de normas.

Las principales estrategias sobre gastos y financiamiento, son mantener la participación del sector, como mínimo en el nivel actual con relación al PBI, ampliar la participación de los gobiernos estatales y municipales en materia de ingresos y políticas fiscales, y buscar fuentes externas de financiamiento.

Las políticas en cuanto a los recursos físicos para la atención, tienden a la creación de infraestructura en áreas marginales o carentes de servicios (Infante, 1996).

Según el programa de reforma del Sector Salud (1995-2000) se sentarían las bases para que en el mediano plazo se pueda optimizar la infraestructura, introducir incentivos y ejercer con mucha más eficiencia el gasto federal asignado. Se busca que las diferencias en el sistema de salud sean por lo bueno y borrar sus diferencias entre público y privado.

En entrevista al Secretario de Salud, éste señalaba... "lejos de significar privatización, con las reformas al sistema de salud se iba a redefinir y fortalecer el papel del Estado en esa materia. Vamos a estimular el mercado privado de la medicina en México, pero vamos a abatir sus costos porque nos preocupa el hecho de que en las zonas urbanizadas, las de mayor afluencia a los servicios de salud, los costos de la medicina se hayan disparado desorbitadamente. Los costos están muy por encima del precio real de los servicios médicos"... (Rosas, María, 1997).

El Plan Nacional de desarrollo pretende mejorar la calidad y accesibilidad a los servicios, esperando que la descentralización redistribuya el presupuesto en salud, en función de una fórmula basada en indicadores como mortalidad y pobreza, para sí contribuir a la eficiencia y la equidad.

Debilidades y Fortalezas

Durante la última década en México se ha llevado a cabo un profundo ajuste estructural para lograr una solución a largo plazo a la crisis económica. A pesar de las dificultades, se han protegido a los servicios de salud. , Sobre todo a los grupos más vulnerables. Gracias a ello, los indicadores de salud no sólo no se han deteriorado, sino que de hecho se han mejorado, resultando ésta una de las principales fortalezas del sistema de salud mexicano. (FUNSALUD, 1994).

De los éxitos y fracasos del sistema de salud mexicano pueden extraerse las siguientes conclusiones:

Situación de salud

Fortalezas:

- ⇨ Disminución de la mortalidad infantil
- ⇨ Aumento de la esperanza de vida
- ⇨ Envejecimiento de la población

Debilidades

- ⇨ Rezago epidemiológico de las enfermedades del subdesarrollo - infecciones, desnutrición, muertes maternas y perinatales
- ⇨ Aumento de las enfermedades asociadas a la industrialización y urbanización - cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones, etc.- (FUNSALUD-1994).
- ⇨ En México la probabilidad de morir por lesiones accidentales o intencionales es mayor que en cualquier región del mundo (FUNSALUD-1997).
- ⇨ Los cinco estados más pobres tienen el doble de mortalidad que los cinco más ricos
- ⇨ El peso de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva son 2.2 veces mayores por habitante en el medio urbano, que en el rural.

Sistemas de Salud

Fortalezas

- ⇒ De 1980 a 1992 el número de unidades de atención médica del sistema nacional de salud se incrementó en un 75%.
- ⇒ En 1992 la seguridad social cubrió al 55% de los mexicanos distribuidos en la mitad de los municipios del país.

Debilidades

- ⇒ **Insuficiencia de recursos:** Falta de recursos disponibles para resolver los problemas prioritarios de salud: México es el país de América Latina con menor número de camas hospitalarias por habitante; la mitad de los partos de mujeres con pobreza extrema no son atendidos por personal capacitado y se registra un bajo número de enfermeros por habitante (OPS, 1994).
- ⇒ **Pone énfasis en el aspecto curativo**
- ⇒ **Inadecuada calidad:** Incapacidad de los servicios para alcanzar las mejorías esperadas en la salud de la población, debido a las deficiencias en la estructura y en los procesos de atención: alta tasa de mortalidad en algunos estados; se registran serias deficiencias de calidad en las consultas brindadas en los centros de salud de la SSA y el promedio de espera de los pacientes para recibir una atención de diez minutos es de dos horas (OPS, 1994).
- ⇒ **Fuerte evasión de las contribuciones a la seguridad social** (Fundación Luis Donaldo Colosio, 1997)
- ⇒ **Superposición de cobertura:** La seguridad social y los servicios de atención a la población abierta operan con marcadas duplicidades tanto en el medio urbano como en el rural..

Políticas de Salud

Fortalezas

- ⇒ **Descentralización:** La misma se implementó en algunos de los Estados mexicanos, llegando en 1997 a 17 de los 32 en total, mientras en el resto se mantiene la desconcentración. Todo ello, fortaleciendo los gobiernos locales y regionales. En el mismo sentido se implementaron programas descentralizados como el PRONASOL.

A través de los acuerdos, que posibilitaron las transferencias de los servicios de salud a las entidades federativas respectivas, se ha logrado tender con mayor eficiencia las necesidades de la población abierta, que surgen de los indicadores de salud.

- ⇒ **Desarrollo de programas que subsidian la demanda:** relacionados con la alimentación, el desarrollo de pueblos indígenas, la juventud, etc.
- ⇒ **Fortalecimiento del sistema de información:** desde 1988 México cuenta con un registro de nacional de vigilancia epidemiológica, que funciona bien en el distrito federal y algunos estados del norte, sobre todo con relación a las enfermedades sujetas a programas de control o erradicación. En las comunidades rurales, sin médico los promotores de salud y las parteras notifican síntomas y signos de enfermedad al sistema.

- ⇒ **Desarrollo paulatino de la asistencia y seguridad social:** El derecho a la protección de la salud se halla consagrado por la Constitución Mexicana.
- ⇒ **No hay selección adversa.**
- ⇒ **En 1997 se implementó un paquete básico en el medio rural.**

Debilidades

- ⇒ Ausencia de programas de evaluación y seguimiento de las políticas sociales.
- ⇒ **Inequidad:** falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos.
- ⇒ El gasto en salud respecto de los no asegurados representa sólo la cuarta parte del de los asegurados; la concentración de los hospitales y estructura administrativa en centros urbanos, genera una disparidad en el gasto por sección geográfica y a mayor marginación de una entidad federativa se registra menor gasto en salud destinado a ella (OPS, 1994).
- ⇒ **Ineficiencia:** Asignación de recursos a problemas no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja efectividad: sólo el 6% del presupuesto en salud se destina a medicina preventiva; sólo se ocupan la mitad de las camas de los hospitales de la SSA, lo que refleja problemas en la dotación de insumos, equipamiento y mantenimiento; etc.(OPS, 1994).
- ⇒ **Insatisfacción:** Incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo que se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción y una mala opinión sobre la atención: en 1992 la cobertura potencial de las instituciones públicas y de la seguridad social era superior al 100% de la población total, lo que evidencia importantes traslapes en ella, ya que un número importante de población no se atiende en ellas; y el 39% de la clientela de la medicina privada son personas con derecho a la seguridad social (OPS, 1994).
- ⇒ **Inflación:** Los precios de los servicios de salud crecen a un ritmo más acelerado que otros bienes y servicios, incluso los salarios; además una consulta de instituciones de la seguridad social cuesta el doble que en la SSA, y en el sector privado nueve veces más.
- ⇒ Generación de daños emocionales, pérdida económica y desorganización por **falta de protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte:** la población desatendida oscila entre el 11 y el 21%, más de 20 millones de personas que pagan por sus servicios o carecen de atención y sólo un 2% tiene cobertura de un seguro de salud (OPS, 1994).
- ⇒ **Ausencia de incentivos:** La gran mayoría de los mexicanos reciben servicios públicos de salud, que funcionan en ausencia de incentivos, lo cual ha afectado la calidad y eficiencia con que los mismos operan desde hace años (Fundación Luis Donaldo Colosio,1997).
- ⇒ **Problemas de escala:** gigantismo, rigidez normativa que se traduce en la toma de decisiones y en la asignación de presupuesto (Fundación Luis Donaldo Colosio, 1997)
- ⇒ **Dificultades en el planeamiento de las unidades operativas:** Saturación de algunos servicios en contraposición con la capacidad ociosa de otros, así como falta de unidad de propósito entre áreas sustantivas y de apoyo (Fundación Luis Donaldo Colosio,1997).

- ⇒ **Ausencia de planeamiento estratégico:** las instituciones responden a lo urgente y no prevén lo importante (Fundación Luis Donaldo Colosio, 1997).
- ⇒ **Ausencia de mecanismos que aseguren al usuario libertad de elección:** lo que no les garantiza mejorar la percepción de la calidad de los servicios (Fundación Luis Donaldo Colosio, 1997)
- ⇒ El sistema de salud se ha caracterizado por un **centralismo desmedido**, que se traduce en una incapacidad para la asignación eficiente de los recursos, un burocratismo en la operación y una gestión que diluye las responsabilidades en lugar de reafirmarlas (Fundación Luis Donaldo Colosio, 1997).

Bibliografía Consultada

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, 1995, "Cooperación internacional sobre salud en México".
- ATLAS CLARÍN, 1997, Argentina.
- ATLAS LATINOAMERICANO. 1996. Edición especial O.E.M. Sintef.
- BONILLA Javier (1997). "Visión de Conjunto de la Reforma al Sistema Nacional de Salud" en RUIZ DURAND (1997).
- CEPAL/OEA/OMS/OPS/UNFA/UNICEF/USAID, setiembre de 1995, Reunión especial sobre la Reforma del Sector Salud- México Secretaría de Salud- Reforma Sectorial en Salud.
- ELBENSCHUTZ H., CATALINA Y THELMA, RAPHAEL. Cuadernos Médicos Sociales N° 55 – año 1991, "Institucionalización de la Política Sanitaria: El caso México". Págs. 79 a 98.
- FUNSALUD, 1994, *Bases Doctrinarias de la Reforma de la Salud*. México DF. Ed FUNDALUD.
- FUNSALUD, 1994, *Demanda y Oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México*. México DF. Ed FUNDALUD
- FUNSALUD, 1994, *Economía y salud. Propuesta para el avance del Sistema de Salud en México*. México DF. Ed FUNDALUD
- FUNSALUD, 1994, *Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios*". México DF. Ed FUNDALUD
- FUNSALUD, 1997, *Observatorio de la Salud, necesidades, servicios, políticas*. México DF. Ed FUNDALUD
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés 1993, "Análisis general de las Políticas sociales de México y su aplicación al Mercosur. Buenos Aires, Ed. ISALUD.
- GONZÁLEZ, Maximiliano León Y RODRÍGUEZ CABRERA, Lucero, 1995; "Desarrollo de la teoría y Práctica de la Salud Pública. La experiencia de México" Ed. Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- INFANTE, Alberto, 1996. "Health Sector Reform (HRS) in Latin America and the Caribbean: on three Community Experiences.
- LATAPI JAIME. "Reflexiones sobre las reformas a los sistemas de salud en las instituciones de la seguridad social" en RUIZ DURAND (1997).
- OPS, 1994, "*Informe de Reforma del Sector Salud en México*". Washington DC. OPS
- OPS/OMS, (1994). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington DC. OPS
- OPS/OMS, (1997) *Situación de Salud en América- Indicadores Básicos*". Programa de Análisis de Situación de Salud y Desarrollo Humano. Washington DC. OPS
- REVISTA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, (1997) Vol. 39, N° 2.
- REVISTA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, (1997) Vol. 39, N° 35.
- ROSAS, María, "Los servicios de salud en México al quirófano"- Trabajo social, revista trimestral- E.N.T.S.- U.N.A.M.- N° 16, Ene- Marzo 1997.
- RUIZ DURAND, CLEMENTE (ORG) (1997), 1997 *Sistemas de seguridad social en el Siglo XXI*. México DF, Fundación Luis Donaldo Colosio.
- SSA. Boletín de Información Estadística N° 16, Vol. 1996.
- THE WORLD BANK, (1997), *Select World Development Indicators*. Washington DC. World Bank.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas:

Las dificultades más importantes para confiar en la información surgieron en la ponderación del gasto, que cuenta con una estimación alta y baja y según FUNSALUD, ha variado desde 1992 hasta 1996 por tomarse como valor base el precio del dólar en 1993. También surgieron valores desiguales al considerarse la oferta de servicios, según se consultara los datos oficiales o de FUNSALUD y las otras fuentes citadas bajo ese título.

No obstante, se puede apreciar que México es uno de los países que cuenta con un número importante y actualizado de datos.

Siglas Utilizadas

DDF: Servicios médicos - Departamento Distrito Federal.

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INI: Instituto Nacional Indigenista.

ISSFAM: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

PEMEX: Servicios Médicos de Petroleros Mexicanos.

PRI: Partido Revolucionario Institucional.

SEDEMA: Servicios Médicos de la Defensa Nacional y de la Marina

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSA: Secretaría de Salud.

Paraguay*

Características Generales



El Paraguay es uno de los países sudamericanos sin salida al mar. El Río Paraguay lo cruza de norte a sur, dividiéndolo en dos zonas muy distintas: la oriental (se eleva desde las planicies drenadas por los Ríos Paraná y Paraguay hasta los cordones montañosos que conforman la meseta brasileña) y la occidental (llanuras del Gran Chaco).

El pueblo paraguayo está orgulloso de su ascendencia guaraní, aunque también existe una fuerte corriente española. Si bien quedan muy pocos amerindios de raza pura, el guaraní es la principal lengua, junto con el español, que es el idioma oficial.

A partir de 1989 hubo en el Paraguay una apertura democrática, que se destaca por la elección directa de los gobiernos municipales y la formulación de una nueva Constitución Nacional. Del gobierno anterior, que estuvo en el poder 35 años, quedó como herencia, una deuda social y una acentuación de las desigualdades sociales, que se traducen en la ausencia de una política agraria, bajos salarios, desempleo acentuado, escasez de viviendas, altos niveles de deserción escolar y necesidades de salud insatisfechas para los sectores sociales más desfavorecidos (OPS/OMS 1994).

En cuanto a la educación formal, su evolución ha sido variable en las últimas décadas. En la década del '50 fue bastante estática y con muchas limitaciones, los indicadores mostraban al Paraguay muy por debajo de los otros países latinoamericanos. En la década del 60 comenzó un proceso de crecimiento moderado con mayores incrementos entre 1965-1970. Esta expansión estuvo directamente relacionada con el extenso programa de colonización que se llevó a cabo con el apoyo de numerosas organizaciones multinacionales e internacionales, como la O.E.A., A.I.D., Banco Mundial, BID, etc. Estos programas fueron desarrollados bajo el modelo de Desarrollo Rural Integrado, que incluía varios componentes, como salud, desarrollo vial, agricultura, etc.

* Este informe fue desarrollado por Claudia Madies y Federico Tobar. El en base al relevamiento y la confección del informe preliminar de este capítulo fue desarrollado por Mario Pablo Santocomo y Carlos Sánchez y presentado en el Seminario "Tendencias de reforma en los Sistemas de salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Esto explica el gran incremento de la matrícula primaria en las zonas rurales en esa década (promedio anual del 5,3 %), mientras que en las áreas urbanas el crecimiento fue apenas del 1%. En cuanto a la calidad de la educación, no existen estudios serios en el país, aunque hay algunos indicadores que evidencian el deterioro que se viene experimentando desde varios años en todos sus niveles.

Existen varios factores que explican este deterioro y que operan tanto a nivel del sistema educativo como a nivel extraescolar. En el primer caso, se mencionan las deficiencias cuali-cuantitativas del personal docente, la carencia de textos, materiales didácticos, la insuficiencia de modelo pedagógico, el poco dominio del español en las áreas rurales, etc.

El analfabetismo ha demostrado una tendencia decreciente en el Paraguay desde 1950, llegando en 1992 a una tasa de analfabetismo para la población de 15 años y más del 18,31%.

Es importante destacar que las tasas anteriormente mencionadas se refieren a los analfabetos absolutos y aquellos que se declararon analfabetos en los censos. No están allí cuantificadas las personas que abandonaron tempranamente la escuela y son analfabetos por regresión o desuso.

Aunque el análisis de la vivienda en el Paraguay constituye una prioridad, es poca la información seria y actualizada que se dispone al respecto.

En el último Censo Nacional de población y vivienda de 1992, fueron censadas 855.547 viviendas particulares ocupadas, de las cuales 443.691 (51,9%), están ubicadas en el área urbana con un promedio de 4,6 habitantes/vivienda. 411.856 (48,1%) corresponden al área rural, con un promedio de 5,0 hab/viv. En Asunción, la capital, se encuentran el 12% de las viviendas ocupadas, para una población estimada de 502.426 habitantes, dando un promedio de personas por vivienda de 4,75 hab/viv.

En cuanto al hacinamiento se ha encontrado un problema grave, puesto que el promedio nacional es de 2,6 personas por dormitorio, siendo en los hogares más pobres de 3 personas y de 2,1 en los más pudientes; un 51% sufre de hacinamiento en todo el país.

Según estudios recientes, al menos un 30% de la población se encuentra debajo de la línea de pobreza, lo que significa que no puede acceder a los servicios básicos de salud, educación, saneamiento, vivienda, etc.

Este porcentaje alcanza alrededor del 55% en áreas rurales, en que la pobreza afecta sobre todo a las mujeres y niños.

Esta situación se acompaña de una elevada concentración del ingreso, siendo así que el 10% de las familias más ricas se apropian del 42% de los ingresos familiares totales, y el 20% de los más ricos se apropian del 60% del ingreso.

La cobertura de provisión de agua potable del Paraguay representa una de las cifras más bajas de toda América Latina, lo cual es una clara indicación de la carencia de una consistente política de inversiones en este aspecto. De acuerdo con datos disponibles, aunque no oficiales, se puede señalar que tan solo alrededor del 27% de la población del país tiene acceso a fuentes seguras de agua potable.

El servicio de alcantarillado sanitario y eliminación de excretas en el Paraguay muestra una situación francamente alarmante. Sólo aproximadamente un 13% de la población paraguaya, la que vive en el 11% de las viviendas de todo el país, cuenta con una red de alcantarillado sanitario o algún otro sistema de disposición de excretas (Flecha y otros, 1996). Sin embargo, según informa el Consejo Nacional de Salud, en 1998, de 1992 a 1994 el alcantarillado alcanzó el 60% de la población urbana y el 8% de la población rural.

En suma, las deficiencias de la población urbana con relación a la rural, son agravadas por el aislamiento geográfico. Existe una alta correlación entre la pobreza rural y el escaso tamaño de la producción agrícola. También es limitado el acceso de la población a la infraestructura de salud, agua y saneamiento. De 1992 a 1996 se observa que la población con NBI ha mostrado una tendencia decreciente en el ámbito urbano, y que ha mejorado la infraestructura sanitaria, al disminuir en un 36% las familias carentes de acceso a servicios sanitarios y eliminación de excretas. Por otro lado, el indicador correspondiente al acceso a la educación fue el que experimentó la disminución más baja, reduciéndose de 14,7% tan sólo al 13%. (Consejo Nacional de Salud –1998-, sobre la base del Censo de 1992 y la Encuesta de Hogares de 1996).

Población

Es uno de los países menos poblados del hemisferio, su densidad promedio, al mes de agosto de 1992, era de 10,1 habitantes por km².

A diferencia de otras naciones de la región, carece de ciudades de gran tamaño. Sin embargo, en los centros urbanos del país se nota la misma tendencia de crecimiento urbano a través de la migración rural y los típicos problemas de los grandes núcleos poblacionales.

Cuadro 1: Paraguay: Información general del país

Superficie del país (en km ²)	406.752
Población total (Nº de habitantes)	5.088.000 (1997)
Población urbana (%)	53 (1996)
Población rural (%)	47 (1996)
Población en situación de pobreza (%)	21,8 (1990-94 último año disponible)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	2,59 (1995-2000)
Tasa de desempleo (%)	8,2 (1996)*

Fuente: OPS/OMS, 1997 * Censo de 1992 y encuesta de hogares- Dirección de Estadísticas, Encuestas y Censos

Considerando las dos regiones en que está dividido el territorio nacional, en la región oriental, con 159.827 km², la densidad poblacional en 1992, era de 25,2 habitantes por km², en tanto que en la región occidental, con 246.925 Km² era solamente de 0,4 habitantes por km².

Según el Consejo Nacional de Salud, en 1997 la tasa de crecimiento poblacional fue del 3,2%, por ello estima que de mantenerse ese ritmo en 22 años el Paraguay duplicará su población. Precisa asimismo que en 1992 la tasa de natalidad estimada fue de 33,8 por mil habitantes y la tasa global de fecundidad para el período 1990-1995 fue de 4,5 hijos por mujer.

La población total en 1997 era de 5.088.000 habitantes, de los cuales el 53% es población urbana y el 47% vive en zonas rurales (OPS/OMS, 1997).

Ese 53% que vive en áreas urbanas, en comparación al 43% que se registró en 1982, obedece fundamentalmente a los flujos de migración rural-urbana.

La población de Paraguay es joven, correspondiendo en 1994 el 40% del total al grupo de menores de 15 años de edad, quienes se concentran en el área metropolitana. Se observa un lento proceso de envejecimiento. (Consejo Nacional de Salud, 1998).

La esperanza de vida al nacer estimada para el período 1995 al 2000 es de 67,5 años para hombres y 69,7 para mujeres, levemente mejores que las de Brasil, pero inferiores a las de la Argentina (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Cuadro 2: Paraguay: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de edades	Cantidad	Porcentaje
Menos de 5 años	716.000	14,63%
De 5 a 14 años	1.224.000	25,01%
De 15 a 44 años	2.268.000	46,35%
De 45 a 64 años	509.000	10,40%
65 y más años	176.000	3,59%
Total	4.839.000	100%

Fuente: OPS/OMS, 1994 (estimación para 1995)

Organización política

Desde el punto de vista de la estructura política y administrativa, Paraguay es una República unitaria, con poder legislativo bicameral y que está dividida en 17 departamentos y alrededor de 230 distritos. Asunción es la capital de la República. La región oriental cuenta con 14 departamentos, y la región occidental, con 3 departamentos.

El proceso de democratización del Paraguay iniciado en 1989, es lento y de limitado alcance, en el terreno político y respecto a la racionalización administrativa se detectan avances, tales como la aplicación de programas de racionalización de los recursos humanos y la adquisición de bienes, así como el nuevo clasificador presupuestario y un sistema integrado de contabilidad nacional (Consejo Nacional de Salud, 1998)

Economía

La economía paraguaya se ha basado tradicionalmente en la agricultura, que es todavía su principal fuente de ingresos. Sus productos de exportación son fundamentalmente el algodón y la soja. Además su potencial hidroeléctrico es enorme y el país se ha transformado en un destacado exportador de energía gracias a las centrales de Acaray, Yacyretá e Itaipú.

En efecto, la economía Paraguaya se ha caracterizado siempre por una alta participación del sector primario en el sistema productivo, por lo que de él depende el mayor o menor crecimiento del Producto Nacional, ya que la producción secundaria, en la que predomina la pequeña y mediana industria, es aún de poca importancia.

La producción de servicios ha demostrado, en la última década, un dinamismo superior al de los otros sectores productivos.

En general, la apertura política representó también un cambio en la economía paraguaya, que experimentó en 1993 un repunte significativo en el nivel global de actividad económica (+4,1%), lo que permitió una evolución positiva del producto interno bruto (PIB) por habitante (0,9%), tras el bienio negativo (1991-92) y el estancamiento de 1990.

El crecimiento regional fue de 1,3% en 1995, y 4,6% en 1997, aunque el impacto de la crisis del sudeste asiático podría disminuir el crecimiento previsto (Consejo Nacional de Salud, 1998).

La expansión económica se dio gracias al aumento de la producción agrícola (+5,3%) y las exportaciones (+16%), el mejoramiento en el ingreso real de los campesinos (+10% en el caso de los algodóneros), el mayor, aunque desacelerado gasto del gobierno (+2%) alentado por una recaudación tributaria aceptable (+23%) y el dinero proveniente de Itaipú, y el crecimiento del sector de construcción (+5%).

Un aumento de las exportaciones y la buena afluencia de divisas permitieron cumplir con el grueso de los compromisos financieros internacionales (232,8 millones de dólares), sin sacrificar las reservas del Banco Central (699,6 millones de dólares), que fue el pago anual de 1993 en concepto de amortizaciones e intereses de la deuda pública externa; teniendo el Paraguay en el ámbito regional una de las deudas externas más pequeñas, de menor peso y más fáciles de manejar: 1264,6 millones de U\$S (18% del PBI), cifra correspondiente al mes de Junio del 94.

El mejor desempeño de la economía en 1993 dejó, sin embargo, insatisfecha a la gente, por la continua caída del salario real. Por otro lado, otros factores que provocaron el descontento de la población, son los niveles de desempleo y subempleo, el menor ritmo de expansión de las inversiones privadas y públicas, y la suba del costo de vida, ya que el índice de inflación para 1993 fue del 20,4%. (Flecha y otros, 1996).

La política social del gobierno se ha caracterizado por un bajo nivel de inversión en el sector. Si comparamos el gasto total en Salud, por ejemplo, en porcentaje del PBI para 1994, con relación a otros países del Mercosur: Paraguay, 2,8%; Argentina, 4,2%; Chile, 4,7%; Bolivia, 4,0%; vemos que la inversión en salud es la más baja de la región.

Cabe aclarar que en 1996 el PBI alcanzó los 9.576 millones de dólares, aumentando el gasto público social a casi el 9% del mismo en ese año, con relación al 4% de décadas pasadas, en tanto el gasto del MSBS pasó en el período 1992 a 1996 del 2,2% del PBI al 2,6%. (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Estado de salud de la población

El perfil de salud se caracteriza por problemas propios de los países pobres, que coexisten con enfermedades de mayor prevalencia en los países desarrollados.

Dentro del perfil epidemiológico sobresalen, sobre todo, las enfermedades prevenibles por vacunación (DPT, Sabin, Antisarampionosa y BCG), las infecto-contagiosas (paludismo, dengue, fiebre amarilla, chagas, leishmaniasis, lepra, zoonosis, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y SIDA), parasitarias, diarreas, enfermedades respiratorias agudas y la desnutrición.

Se suman a estas patologías, progresivamente, cada año, otras enfermedades como las cardiopatías, las cerebro-vasculares, tumores, accidentes, violencia, enfermedades crónicas degenerativas y no transmisibles, la diabetes, los trastornos mentales, la drogadicción y el alcoholismo, que corresponden más a perfiles de países industrializados.

La situación sanitaria descrita es consecuencia de factores macroeconómicos, sociales, políticos y de una herencia de inversiones inadecuadas del gobierno en las últimas décadas. En el plano sectorial, se debe a factores tales como, escasez de recursos, marco legal, organización y

gerenciamiento inadecuados para el funcionamiento del sector salud, además del bajo nivel educativo y escasa participación comunitaria, entre los principales.

En lo referente a la información, ésta debe ser analizada teniendo en cuenta que los datos disponibles en el Ministerio de Salud solo corresponden a la población asistida por dicho ministerio y no a todo el sector. Por lo tanto el aspecto que hace a la calidad de la información, es importante destacar que los análisis que se pretendan realizar sobre la base de información existente y ofrecida por las instituciones, solo aportarán aproximaciones a la realidad.

La esperanza de vida al nacer ha evolucionado positivamente y para ambos sexos pasando de un promedio de 63 años en 1980 (OPS/OMS 1994) a 69,7 años en lo estimado para el período 1995/2000 (OPS/OMS 1997).

Cuadro 3: Paraguay: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	36 c/ 1000 nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	69,7 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	72 años (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	67,5 años (proyección 1995-2000)

Fuente OPS/OMS (1997)

Según cifras estimadas por la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones internacionales, el subregistro de defunciones fue aproximadamente del 45,2% en 1981, el cual aumentó a 48,27% para 1989, y a 50% para 1990. El Consejo Nacional de Salud Paraguayo estimó en 1998, que para 1995 el subregistro fue del 38%.

Según los datos del Departamento de Bioestadística del M.S.P. y B.S., la tasa de mortalidad general experimentó un descenso sostenido de 11,1 a 3,5 por 1000 habitantes entre 1960 y 1992. Según publicación de OPS/OMS y MSP y BS sobre indicadores de mortalidad en 1992, la tasa bruta de mortalidad para ese año es de 6,38 por mil habitantes, siendo la fuente el Boletín Demográfico N°48 del CELADE, Chile, 1991 (es decir, la proyección del CELADE, de 6,38, difiere de la tasa de 3,5 calculada con datos oficiales).

Con referencia a las causas de defunción, los cambios epidemiológicos registrados en los períodos de 1960 a 1969, y de 1989 a 1992, se revelan en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Paraguay: Seis principales causas generales de muerte en el período 60- 92

Causas	93	92	89	80/8	70/9	60/9
Enfermedades del corazón	1	1	1	1	1	3
Enfermedades cerebro-vasculares	2	2	2	3	3	5
Tumores	3	3	3	3	4	4
Diarrea	8	6	8	6	2	1
Neumonía y gripe	4	5	5	4	5	2
Accidentes	5	4	4	5	6	6

Fuente: Dpto. de estadísticas de salud e información M.S.P. y B.S.

En 1995, según el Consejo Nacional de Salud las principales causas de muerte fueron enfermedades del aparato circulatorio 34,5% (5.537 defunciones), tumores 12% (1930 defunciones) causas externas 12% y enfermedades transmisibles (11,4%).

Las muertes maternas constituyen sólo un 0,53% de la mortalidad general o sea 9,95 por diez mil nacidos vivos.

En América del Sur, el único país que supera al Paraguay en cuanto a la mortalidad materna es Bolivia.

Los principales factores que inciden en las altas tasas de mortalidad serían: la baja cobertura en la atención prenatal en cantidad y concentración, la baja cobertura en la atención del parto institucional y el control del puerperio, insuficientes servicios para el área materno - infantil, escasa educación para la salud y falta de calidez en la atención materno - infantil, así como baja utilización de la planificación familiar.

Un poco menos del 10% del total de mujeres embarazadas no recibieron atención prenatal.

Con relación a la atención del parto, se observa que el 37% de los nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes al ENDES-90 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), fueron recibidos por personal médico, el 29% por personal paramédico (enfermeras y obstetras) y otro 29% fue atendido por parteras empíricas.

La tasa de mortalidad infantil, según el ENDES-90, para el quinquenio 1985-1990, fue de 34 por 1000 nacidos vivos, correspondiendo el 60% de estas tasas al período neonatal (19,4 por 1000 n.v.). Los cambios más importantes se observan en la mortalidad postneonatal, así como en la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad neonatal publicada oficialmente por el MSP y BS para 1992 es de 11,48 por 1000 nacidos vivos. Las causas principales se relacionan con la inadecuada atención del embarazo y del parto, las infecciones del recién nacido, la prematuridad y las anomalías congénitas.

Existe disparidad en las cifras de mortalidad infantil según las fuentes consultadas.

En una publicación conjunta del MSPBS y la OPS/OMS sobre indicadores de Mortalidad en 1992, existen dos cifras para la mortalidad infantil: 47,04 por mil nacidos vivos, obtenida del boletín demográfico N°48 del CELADE, Chile, 1991; y 21,37 por mil nacidos vivos, obtenida por el Dpto. de Estadísticas de Salud e información del citado ministerio.

El Ministerio de Salud, en su plan operativo 1992, reconoce que la mortalidad infantil se halla dentro del rango de 24 a 34 por n.v. La tasa de mortalidad infantil registrada para el año 1990, fue de 34 por 1000 n.v., lo que hace suponer que la cifra inferior de 24 por 1000 n.v. no refleja la situación real, ya que se hace difícil aceptar que la tasa haya disminuido en diez puntos (Flecha y otros, 1997).

Organización del Sistema de Salud

Reseña histórica del sistema de salud

En el Paraguay existen básicamente programas de jubilación y pensiones por invalidez y de sobrevivencia, los cuales contemplan prestaciones de salud y accidentes de trabajo.

El régimen legal que regula las jubilaciones, pensiones y haberes de retiro fue promulgado por ley de Organización Administrativa publicada en 1909 y posteriormente se han venido realizando una serie de modificaciones, que han configurado una amplia dispersión de disposiciones legales, que establecen regulaciones específicas para los distintos regímenes administrados por la caja fiscal (Carrizosa, 1996).

En 1943, mediante el Decreto 17.071, fue creado el Régimen del Seguro Social Obligatorio, que establecía la cobertura social a la población trabajadora en relación de dependencia en el sector privado. Creaba también el Instituto de Previsión Social (IPS), organismo autárquico responsable de la administración y operación del sistema. Disposiciones posteriores ampliaron la población comprendida dentro del régimen y los beneficios a otorgar. Para asegurar el financiamiento de la salud en el sistema de la seguridad social, en el año 1970 la ley 1.860 estableció la obligación para el IPS de destinar una parte de su recaudación anual a gastos en salud.

En 1980 fue sancionado el Código Sanitario que regula las funciones del estado y los derechos y obligaciones de las personas en materia de salud. En él se establece que será el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social el que reglamentará el ejercicio legal de las profesiones en ciencias de salud. Expresa que para el ejercicio profesional se requiere contar con título expedido por alguna universidad del país o revalidado por la Universidad Nacional de Asunción, debiendo dicho título ser inscripto en el registro habilitado por ese ministerio, a tales efectos. En el código también se establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social reglamentará la habilitación, registro y control de los establecimientos de salud. En cambio, no existen en el Paraguay normas relacionadas al registro y habilitación de especialidades.

En 1992 fue creado el Consejo Nacional de Higiene y Seguridad Ocupacional integrado por representantes del Ministerio de Salud Pública y de Bienestar Social, Ministerio de Justicia y Trabajo y del IPS, además de los representantes de empleadores y sindicatos. Ese mismo año, mediante decreto 14.390 fue creado el Reglamento General Técnico de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo (González García 1995).

Se destaca que en el año 1992 fue aprobada una nueva Constitución Nacional en el Paraguay. La misma explícita la responsabilidad del Estado de proteger y promover la salud, como un derecho fundamental de las personas y de interés comunitario, aún cuando en el mismo artículo se ponga énfasis en la obligación de las personas de cuidar de su salud. Además la Carta Magna señala la obligación de promover un Sistema Nacional de Salud organizado, que ejecute acciones sanitarias integradas a través de políticas de concertación, coordinación y complementación programática y de recursos públicos y privados (Carrizosa 1996).

La Ley 1032/96 aprobó el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo establecer conexiones inter e intrasectoriales concertadas e incorporar a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de las enfermedades de los individuos y comunidades dentro del territorio de la república.

La ley establece el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales y Locales de salud. Para su funcionamiento éstos disponen de una mesa directiva y un comité ejecutivo. Se puede decir que en salud se ha iniciado efectivamente la descentralización (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Actores y roles del sistema

La atención de la salud Paraguaya está garantizada por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La coordinación del sistema en su conjunto es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, constituido por todas las instituciones del sector salud y presidido por el Ministerio de Salud, que tiene bajo su responsabilidad la coordinación y control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas.

Otros organismos encargados de la Coordinación institucional son:

- ⇒ El Consejo de Ministros; el artículo 243 de la Constitución Nacional de 1992 faculta a este consejo para "coordinar las tareas ejecutivas, impulsar la política de gobierno y adoptar decisiones colectivas".
- ⇒ La Secretaria Técnica de Planificación de la Presidencia de la República; fue creada en el año 1962 con el fin de contar con una institución en la que se centralicen las tareas técnicas de promoción, formalización, coordinación, análisis, discusión y aprobación de planes, programas y proyectos relacionados con el desarrollo del país, fundamentalmente los Planes de desarrollo económico y aquellos financiados por prestamos externos.
- ⇒ El programa de emergencia de alimentación y nutricional;
- ⇒ El Comité de Emergencia Nacional; es un organismo creado con el objeto primordial de prevenir y contrarrestar los efectos de los desastres originados por los agentes de la naturaleza o de cualquier otro origen, como así mismo coordinar y orientar las actividades de las instituciones publicas municipales.
- ⇒ El Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- ⇒ El Consejo Nacional de Desarrollo Social.

Marco legal: La salud esta contemplada en la Constitución Nacional de 1992, que hace referencia al derecho a la salud, al régimen de bienestar social, al narcotráfico, la drogadicción y a la rehabilitación, y al control de calidad de productos en sus artículos 68, 69, 70, 71 y 72, respectivamente.

Art. 68. "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en casos de catástrofe y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana."

Art. 69. "Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado."

Art. 70. "La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria."

Art. 72. " El estado velará por el control de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos, y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo, facilitará el acceso de sectores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales."

Por otra parte, el Código Sanitario, define que el sector salud está integrado por todas las instituciones públicas y privadas que tienen relación con la salud de la población, por su acción directa o indirecta, asignándole de esta forma un amplio ámbito de acción funcional e institucional.

Los arts. 3, 4, 5, 6, y 7 establecen el rol rector del MSPBS en materia de salud, al reconocerlo con la más alta dependencia del Estado competente en ese campo, al investirlo de autoridad con la responsabilidad y atribuciones de cumplir las disposiciones en el Código y su reglamentación, y al asignarle, entre otras cosas, las funciones de aprobar, coordinar y controlar los planes, programas y actividades de salud y bienestar social de la Nación, y dentro del marco de las políticas y estrategias globales de desarrollo económico y social.

En cuanto a la salud de las personas, el Código Sanitario establece que la salud del grupo familiar es un derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. En lo referente a las acciones de apoyo para la salud, regula en forma general, entre otras cosas, las siguientes áreas de acción:

- ⇒ Investigación para la salud
- ⇒ Estadísticas vitales y sanitarias
- ⇒ Educación para la salud y participación comunitaria
- ⇒ Recursos humanos
- ⇒ Establecimientos de salud
- ⇒ Medicamentos
- ⇒ Aparatos, instrumentales y equipos médicos, odontológicos y laboratorios
- ⇒ Bienestar social
- ⇒ Relaciones internacionales en materia de salud

El código sanitario incluye otras materias como las infracciones, sanciones, procedimientos y prescripciones. A pesar de servir de marco legal, su reglamentación no está completamente desarrollada, lo cual contribuye a dificultar su aplicación.

Subsector Público

Actores que integran el Subsector Público:

- ⇒ El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- ⇒ Servicios Asistenciales de las Fuerzas Armadas
- ⇒ Servicios Sanidad Policial
- ⇒ Municipios
- ⇒ Gobernaciones Departamentales
- ⇒ Facultad de Medicina de Asunción
- ⇒ Empresas prestadoras estatales
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles dentro del Subsector Público

- ⇒ **El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)** es una institución pública dependiente del Poder Ejecutivo que fue creada, por los decretos leyes 2.000 y 2.001 del 15 de Junio de 1936. Su función básica consiste en definir y dirigir la política sanitaria del gobierno central. Desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. Provee medicamentos genéricos en sus establecimientos o en los de la comunidad, con precios subvencionados, para los que tienen que pagar. No brinda atención domiciliaria, pero sí de urgencia y traslados en ambulancia (Consejo Nacional de salud, 1998)

La prestación de los servicios de salud, a los cuales tiene derecho a acceder cualquier habitante del país, es realizada por el MSPBS a través de 12 hospitales generales y especializados, 16 hospitales regionales, 146 centros de salud y 465 dispensarios médicos o puestos de salud (cifras de la memoria de actividades MSP y BS-1994). Esta infraestructura se encuentra diseminada por todo el país, en 18 regiones sanitarias, que desde 1994 coinciden con los departamentos, aunque mayoritariamente en la región oriental. Se estima que la cobertura del MSPBS alcanza al 55% de la población del Paraguay.

El MSPBS registra los recursos humanos, establecimientos de salud y medicamentos.

El MSPBS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa hacia las regiones sanitarias. Las Direcciones regionales pueden ahora reclutar personal y distribuir recursos entre los distintos programas, y las Secretarías de Salud de las Gobernaciones Departamentales, manejan los recursos de menor magnitud no utilizados dentro del Plan. (Consejo Nacional de Salud, 1998)

Los recursos del MSPBS provienen del erario público a través de la asignación anual que le corresponde de acuerdo al Presupuesto General de la Nación.

La estructura de organización del ministerio es compleja. Se encuentra basada en 11 direcciones generales que reportan al mismo, con departamentos cuyos nombres revelan la superposición de funciones.

Niveles de atención:

El sistema regionalizado de servicios reconoce cuatro niveles de atención para los servicios del Ministerio de Salud:

Nivel I-Primario

Se ocupa de la promoción y protección de la salud, atención básica de las enfermedades locales más frecuentes. Cuenta con personal auxiliar de enfermería o de obstetricia rural, formación básica elemental y generalmente adiestrado en servicios sin estudios académicos formales. El tipo de establecimiento se denomina Puesto de Salud, y cuenta con dos o cuatro camas

Nivel 2: Básico

Se ocupa de la protección de la salud, atención ambulatoria y hospitalización general de mediana complejidad, para poblaciones rurales y periurbanas de más de 2000 habitantes a menos de 20.000.

Cuenta con personal profesional, técnico y auxiliar, médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, farmacéuticos, bioquímicos. El tipo de establecimiento se denomina Centro de Salud y cuenta generalmente con entre 6 a 19 camas.

Nivel 3: Básico complementario

Se ocupa de la atención ambulatoria, hospitalaria y especializada en 4 servicios generales, clínica médica, pediatría, gino-obstetricia y cirugía. Cubre poblaciones de 20.000 a 100.000 habitantes y el tipo de establecimiento se denomina Hospital o Centro de Salud Regional, que se constituye en el servicio de cabecera de cada Región Sanitaria.

Nivel 4: Hospital general y especializados

Es responsable del desarrollo de la atención especializada. Tiene cobertura Nacional. Son hospitales que cuentan con entre 60 y 250 camas; son reconocidos actualmente 12 Servicios en todo el país, el 90% ubicados en el departamento central.

Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas: Las Fuerzas Armadas de la Nación, cuentan con un sistema propio de salud que proporciona servicios médicos al personal militar en actividad y en situación de retiro, a sus familiares directos, así como a la población con difícil acceso a centros de asistencia sanitaria. En este último caso atiende a la sociedad civil en ausencia de centros asistenciales públicos o privados (Consejo Nacional de Salud, 1998).

La atención es brindada en dos hospitales localizados en Asunción (Hospital Militar y Hospital San Jorge), y de dispensarios médicos existentes en las unidades militares de todo el país.

Los recursos financieros provienen de la asignación correspondiente a las Fuerzas Armadas en el Presupuesto General de la Nación.

Servicio de Sanidad Policial: La Policía Nacional, dependiente del Ministerio del Interior, provee atención sanitaria a sus funcionarios y ex-funcionarios, a sus respectivos familiares directos, así como a los presidiarios.

La atención médica se centraliza en el Policlínico Policial asentado en Asunción. Sus recursos provienen de los fondos asignados anualmente del Presupuesto General de la Nación.

Municipios: En general el aporte municipal en lo que atención sanitaria se refiere es bastante modesto. Sólo Asunción cuenta con un Policlínico Municipal en el que se ofrece atención médica básica a los obreros de la institución y sus familiares, así como un pequeño sector de la población de menores recursos. Algunos municipios del interior del país, como San Lorenzo, ofrecen programas de atención sanitaria, pero la norma es que, por razones presupuestarias, los mismos no tienen un efecto muy importante en cuanto a cobertura y tipo de servicios ofrecidos.

El presupuesto de los Municipios del Paraguay no forma parte del Presupuesto General de la Nación.

Gobernaciones Departamentales: El Gobernador y la Junta se eligen cada 5 años. Por ley el Secretario de Salud de la Gobernación es la máxima autoridad del Consejo Regional de Salud y coordina con los Municipios del Departamento y el Gobierno Central. Hasta la fecha se han conformado 15 Consejos Regionales y 11 Locales. Entre sus funciones les corresponde participar en la administración de los servicios de salud de su área de influencia. Su administración por el momento es centralizada, pero se proyecta a partir de 1998 traspasar a los consejos la organización y financiamiento, para así asumir la administración directa de los establecimientos (Consejo Nacional de Salud, 1998)

Universidad Nacional de Asunción: La Facultad de Medicina de la UNA provee servicios de salud a través del Hospital de Clínicas, su Hospital Escuela, y del Hospital Neuropsiquiátrico. Estos son públicos y brindan asistencia gratuita.

La mayor parte de sus pacientes son de escasos recursos y provienen en un elevado porcentaje del interior del país.

La Facultad de Odontología de la UNA brinda también servicios semi-gratuitos, fundamentalmente al sector poblacional del área metropolitana de Asunción.

Los fondos provienen en ambos casos, del presupuesto de la UNA.

Empresas estatales prestadoras de salud: El Estado cuenta con algunas empresas públicas y con entes descentralizados que ofrecen prestaciones de salud a sus funcionarios y a sus respectivos familiares, por medio de instalaciones propias, generalmente para atención ambulatoria.

Usuarios: Tiene derecho al acceso al subsector público, toda la población, salvo en los casos de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial.

Subsector de la Seguridad Social:

Actores que integran el subsector de la Seguridad social

- ⇒ Instituto de Previsión Social (IPS)
- ⇒ La Cruz Roja Paraguaya
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ **Instituto de Previsión Social:** Esta es una entidad descentralizada del Gobierno Central creada por el decreto ley n°18.071 del 18 de Febrero de 1943, que luego fue modificado por el decreto de ley n° 1860 del año 1950. Su función es la seguridad social que cubre de acuerdo a la legislación de creación del IPS, "los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez, y muerte de los trabajadores asalariados de la república". Actualmente, el IPS se rige por su carta orgánica, sancionada por la ley n°98-92. El seguro médico del IPS se basa en el sistema de reparto.(Flecha y otros, 1996).

El IPS brinda atención integral sin limitaciones para el titular (atención médico quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalaria y subsidio por reposo), pero no contempla la provisión de prótesis ni pago de licencia por enfermedad para los familiares. Provee medicamentos a través de farmacias propias, según listados oficiales, autoriza la compra en farmacias privadas y produce algunos medicamentos. También compra servicios sanitarios a prestadores privados (Consejo Nacional de Salud, 1998)

El IPS está organizado en 4 direcciones:1) jubilaciones, 2) médica, 3) financiera y 4) administrativa.

Niveles de atención

Nivel I

Puestos Sanitarios tipo B, son 43 y prestan servicios de promoción, vacunaciones y atención de patologías frecuentes.

Nivel II

Puestos sanitarios tipo A, son 29 y prestan servicios ambulatorios de medicina general y odontología.

Nivel III

Se integra con 20 Unidades Sanitarias, cinco clínicas periféricas y una de rehabilitación. Agregan servicios de especialidades, como cardiología, dermatología, obstetricia, pediatría, cirugía mayor y menor y otras. Dispone de camas de internación y partos.

Nivel IV

Hospitales regionales, son 9, que prestan atención ambulatoria y de internación en medicina y especialidades. Cirugía mayor menor y atención de partos.

Nivel V

Hospital central. Existe sólo uno y es de mayor complejidad, tiene 680 camas y 22 especialidades. (Consejo Nacional de Salud, 1998)

Organizaciones mixtas: Dentro de este contexto debe mencionarse principalmente el caso de la Cruz Roja Paraguaya, financiada con fondos de la Fundación La Piedad y con aporte en el rubro salarial del MSPBS, para el personal médico, paramédico y administrativo.

Subsector Privado

Actores que integran el Subsector Privado

- ⇒ Hospitales
- ⇒ Clínicas
- ⇒ Policlínicas
- ⇒ Farmacias
- ⇒ Laboratorios
- ⇒ Hospital de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.
- ⇒ Seguros de asistencia médica privada
- ⇒ Entidades privadas sin fines de lucro
- ⇒ Usuarios

Funciones y roles del subsector

Los Hospitales, clínicas, sanatorios, policlínicas, consultorios, farmacias, laboratorios y otros tipos de centros de asistencia médica de carácter estrictamente particular.

EL MSPBS cuenta con poca información actualizada sobre las características de la oferta privada, con excepción de los bancos de sangre, hemoterapia, y en menor medida de los laboratorios de análisis clínicos (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Se caracterizan por un gran crecimiento en los últimos 10 años, y cubren al 3,3% de la población (OPS/OMS, 1994)

- ⇒ Hospital de la Universidad Católica de Asunción: Es un hospital escuela ubicado en Villarica., cuyos recursos están asignados por el correspondiente consejo directivo. Asimismo, las Universidad del Norte, la del Círculo de Odontólogos del Paraguay y la Universidad Autónoma de Asunción cuentan con carrera de Odontología.
- ⇒ Los seguros **de asistencia médica privada**, los cuales son generalmente provistos por empresas que, mediante un contrato de afiliación voluntaria y a través del sistema de pre-pago, brindan un servicio asistencial.

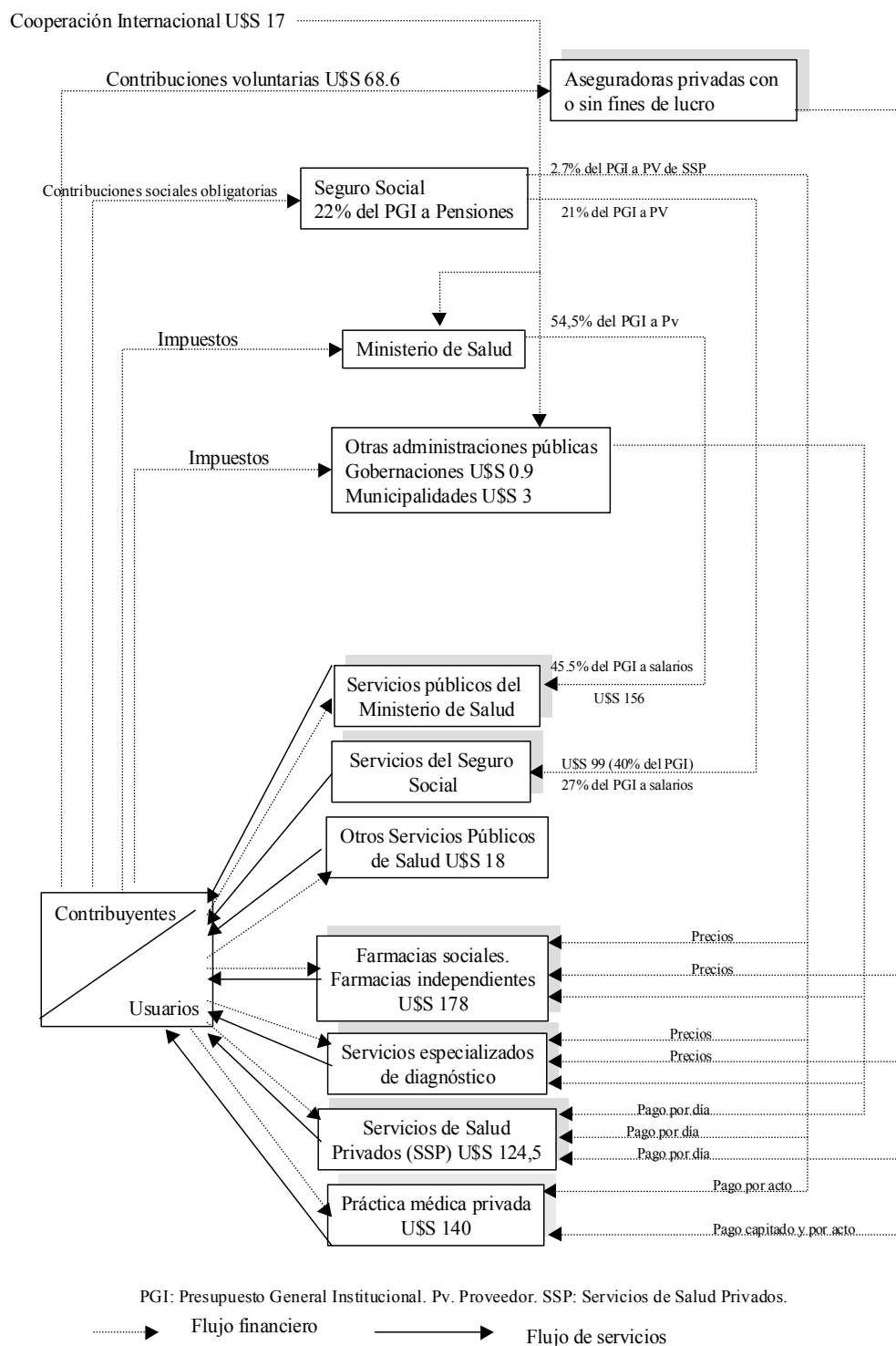
El aseguramiento privado está constituido por 28 empresas prepagas, que engloban a 187.000 titulares, cuyas primas oscilan entre U\$S40 y U\$S140. La mayoría de los sanatorios privados también ofrecen planes de cobertura y mantienen los servicios a las empresas prepagas como actividad secundaria. Los contratos celebrados con los usuarios en general no contemplan carencias por consultas, urgencias, laboratorio de rutina, odontología e internación en caos de agudos. Sí hay seis meses de carencias en cirugías programadas, maternidad y excepcionalmente terapia intensiva.

Un caso particular es el de Ayuda mutua Hospitalaria (AMH) que cubre a 18.000 indígenas del chaco, financiado con el 55 del salario de los trabajadores y el 10% de los empleadores, y que cubre los gastos de consulta, internación y medicamentos de los primeros y de su familia.

- ⇒ **Instituciones privadas sin fines de lucro:** no brindan atención médica directa, sino más bien un apoyo complementario, salvo Derechos del Niño deficiente (DENIDE), la Asociación de Padres y Amigos de Deficientes Mentales (APADEM) y la

Fundación Banco de Ojos. Existen alrededor de 20 O'NGs de este tipo en el país. (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Paraguay: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

Subsector Público

El subsector público está financiado mediante los impuestos que le llegan a través del presupuesto general de la Nación, en parte por los Royalties de Itaipú y por recursos propios, provenientes de la recuperación de costos a través de los aranceles

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Una parte importante (entre el 20% y 30%) del gasto Nacional en Salud corresponde al gasto que el gobierno Central realiza a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que está financiado con los recursos procedentes de la recaudación de impuestos que el presupuesto general de gastos de la Nación transfiere a dicho Ministerio.

Las asignaciones presupuestarias, si bien han fluctuado de un año a otro como proporción del presupuesto asignado (entre el 5% y el 7%), en el ejercicio 1996 tendrán un salto considerable, ascendiendo a un total de 310 mil millones de guaraníes. Dicho monto representa alrededor del 1,4 % del PBI esperado para el año.

Las fuentes de financiamiento pueden separarse en asignaciones presupuestarias: recursos asignados al Ministerio por ley, cuyas partidas de gastos están financiadas principalmente por: recursos ordinarios, provenientes de la recaudación tributaria (63%); recursos especiales, originados en leyes con destino específico –SENASA (Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental) - (4,6%); *royalties*, fondos provenientes de Itaipú (14%); recursos propios, provenientes de recuperar costos en forma de servicios (6%); crédito externo (6%) y otros (6,4%).

Resto del subsector

Los otros componentes del sector público son los servicios correspondientes a las Fuerzas Armadas y Policía, y algunos Municipios y entes autárquicos, que sólo representan alrededor de un 4% del gasto público de salud, trabajan con población cautiva y bastante limitada, y su financiamiento viene del presupuesto nacional y de los recursos propios.

Los ingresos de un municipio provienen de tasas por servicios municipales y, a partir del año 1993, del impuesto inmobiliario, del cual recibe el 70%; del 30% restante, la mitad se transfiere a la Gobernación del Departamento donde se localiza el municipio, y la otra mitad se destina a un fondo común para los municipios más carenciados de todo el país. En el caso específico de Asunción, por no pertenecer a ningún departamento, solamente se transfiere el 15% destinado a los municipios con menos recursos.

Subsector de seguridad social

El sistema de la seguridad social, IPS, está financiado por los aportes del trabajador, el empleador y el Estado, y éste funciona con total autonomía, inclusive técnicamente del MSPBS, y aunque representa la segunda institución por su importancia en capacidad de recursos y de población usuaria (alrededor del 18%), no representa una complementación real de los recursos del ministerio, sino, por el contrario, normalmente se constituye en una duplicación de esfuerzos.

Instituto de Previsión Social (IPS)

El IPS funciona con una total autonomía, inclusive técnica y normativa, del MSPBS, y aunque representa la segunda institución en el ámbito nacional por la importancia de su capacidad instalada y recursos de salud, no representa una complementación real de los programas y recursos del ministerio, sino por el contrario, normalmente en él se duplican inútilmente infraestructuras e inclusive prestaciones, además de funcionar con un modelo de atención puramente asistencialista.

Sus ingresos provienen del aporte patronal (14%), de los trabajadores (9%) y de obreros formalmente constituidos, además del (3%) del gobierno que en realidad nunca fue aportado, lo cual significa para el área médica, que es el 40% de sus ingresos, unos 100.000 millones de guaraníes al año.

Esta institución tiene una cobertura de 1.100.204 usuarios, lo que equivale a un 27 % de la población.

Por otro lado, la cobertura poblacional de asegurados es de por sí baja, y menor aún actualmente por el crecimiento del desempleo (10%) y del sector informal; además, es importante considerar que la población paraguaya es eminentemente rural, y ésta representa el 51% de los habitantes.

Subsector privado

Hay una parte que es financiada directamente por el sector privado, que compra directamente los servicios del sector público o privado. Se calcula, según un estimativo del Banco Mundial, que este gasto en salud representa más de las dos terceras partes del gasto nacional.

Este sector es el más desconocido debido a la falta de información, y aunque en el pasado se pensaba que este gasto invertido en salud por el sector privado era de alrededor de un 5% del gasto total, hoy se estima que este representa más de las dos terceras partes del gasto nacional.

Las Cámaras de Instituciones médicas asistenciales del Paraguay (CIMAP), indican que las empresas de medicina prepaga (16) para 1996 rondan una cápita anual de U\$S 360 aproximadamente, en tanto las cuatro empresas de emergencias rondan los U\$S 20.04. Los contratos establecen quienes son los cotizantes, tiempo de vigencias, coberturas y plan elegido.

Oferta de servicios

Cuadro 5: Paraguay: Oferta de servicios por subsector

	Subsector Público	Subsector Seguridad Social	Subsector Privado	Total
Establecimientos				2391****
Hospitales	174*	35**	2*****	
Sin Internación	465*	123**	294*****	
Camas	2886*	1063****	1427*****	7458*****
Recursos Humanos				
Médicos por 10.000 hab.	1741 (MSPBS) 141(SFA) 123(SP) 820 (UNA) (Nº total)****	1039****		7,3***
Enfermeras por 10.000 hab.				0,9***
Odontólogos por 10.000 hab.	234 (MSPBS) 55(SFA) 38(SP) 6(UNA) (Nº total)****	135*****		2,5***

Fuente:* Carrizosa ** OPS/OMS 1994***OPS/OMS 1997 (año ref.: médicos y odontólogos 1995, enfermeras 1996)****Consejo Nacional de Salud (1998)

El Ministerio de Salud cuenta con 12 hospitales especializados, 16 hospitales regionales, 146 centros de Salud, 465 puestos de salud y, para el área de bienestar social, 7 servicios de atención.

El análisis de las camas hospitalarias disponibles en la institución ha generado siempre mucha confusión, pues en algunas publicaciones el Ministerio se refiere al número de camas existentes, pero no siempre en funcionamiento. Otro factor importante a tener en cuenta es que el número de camas en las regiones sanitarias también sufren periódicamente modificaciones por apertura y cierre temporario o definitivo de servicios.

Analizando el sector, se estima que el 35 % de las camas hospitalarias son del Ministerio de Salud, el 21,3% del Instituto de Previsión Social y el 20% de la Universidad Nacional de Asunción, el resto, o sea el 23,7%, de las demás instituciones públicas y privadas (Flecha y otros, 1996).

Demanda

En el Paraguay existe actualmente un complejo sistema de prestaciones de salud brindado por instituciones públicas, privadas o mixtas del sector. Desafortunadamente, la labor de las mismas es realizada, las mayoría de las veces, sin coordinación y sin que exista una correspondencia entre los servicios, los niveles de complejidad de los mismos y la demanda.

Considerando que el Ministerio de Salud es la institución de mayor capacidad e infraestructura de recursos humanos del sector salud a nivel nacional, es fácil deducir que existe una gran demanda insatisfecha de atención médica básica, que supone un déficit de cobertura real estimado en el 47% de la población total. La situación descrita se ve traducida en los siguientes indicadores:

Cuadro 6: Paraguay: Demanda de servicios por subsector

	Subsector Público	Subsector Seguridad Social	Subsector Privado	Total
Consultas anuales per cápita	1º nivel** 6.191.632(1996)2º y 3º nivel 1.725.980	1º nivel** 1.299.338(1996) 2º y 3º nivel 900.000		1,5 hab./año*
Egresos anuales per cápita	104.161**	22.128		5,3 cama/año*
Tiempo medio de internación	4**	6**		4,9 días **

Fuente: * MSPBS (1992) **Consejo Nacional de Salud (1998), en 1995.

Cobertura

El Ministerio de Salud y Bienestar Social se supone que brinda una cobertura universal, no obstante en realidad debe cubrir a todos los no cubiertos por los otros subsectores -65% de la población -, aunque tiene una cobertura real 30%, Sanidad Militar cubre al 8%, Sanidad Policial al 1%, el IPS al 14%, la Universidad Nacional de Asunción al 5%, y los seguros Privados al 3%. (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Cabe aclarar que aproximadamente el 40% de los que deben recibir cobertura del MSBS no tienen protección y se concentra en el área rural y periurbana (1/3 de la población total), así como que a excepción de los niños y las embarazadas no existe atención de la salud gratuita y que los consumidores pagan una proporción de la atención de la salud. (OPS/OMS 1994).

El MSBS reconoce que el 30% de la población no tiene acceso a los servicios de salud (Consejo Nacional de Salud, 1998)

Los copagos se denominan “aranceles”, no están actualizados y los ingresos de los establecimientos por ese concepto se transfieren directa e íntegramente a la Secretaría de Hacienda. Tienden a funcionar como financiación adicional y a moderar el consumo. En el sistema público están generalizado y suelen ser el 10% del precio de mercado, tanto para los servicios de producción pública, como los de producción privada. Se transfieren al Ministerio de Hacienda, que los devuelve a los grandes hospitales y regiones sanitarias a través del Ministerio de Salud,

en general en forma poco oportuna y con desembolsos sin secuencia. No todo lo recaudado regresa a los establecimientos.

Gasto

El Paraguay en los últimos años ha mantenido un equilibrio presupuestario global, mediante la restricción del gasto social en salud, educación, la reforma agraria y la inversión pública. Así entre 1988-1992 la participación del Ministerio en el Presupuesto general de gastos de la Nación osciló entre el 4,0 y el 6,3%. (OPS/OMS 1994)

Cuadro 7: Paraguay: Gasto total en salud, 1995

Subsector	Cobertura habitantes	%	Gasto U\$S (miles)	% PBI	Cápita/Año U\$S
Público	4.281.540	88,25%	203.094	2,85	42,06
Privado	237.788	11,75%	27.052	0,38	113,77
Total	4.519.328	100%	230.146	3,23	50,92

Fuente: Carrizosa (1996)

Modelos de Contratación y Pago

El subsector público paga sus servicios ambulatorios y de internación por presupuesto global y según el caso a través del pago de salarios.

Las Gobernaciones reciben transferencias presupuestarias del gobierno central y de las municipalidades y pagan a los efectores privados por acto médico o cápita, a los servicios de salud privados por estadía y a los servicios especializados y farmacias según listados de precios (Consejo Nacional de Salud, 1998)

El subsector de la Seguridad Social también tiene sus propios efectores y a suscrito convenios con los prestadores privados y el ministerio para absorber parte de su demanda insatisfecha (González García, 1995). Así paga por salario los servicios personales (son hasta tres veces mayores que los salarios del Ministerio) y los no personales a los proveedores de salud privados, farmacias y laboratorios por prestación, estadía o cápita. (Consejo nacional de salud, 1998)

El subsector privado también contrata servicios de sanatorios privados y laboratorios, así como subcontrata a médicos que ejercen en forma independiente, y paga a sus prestadores de la forma más desagregada (por prestación) a la más agregada como la cápita, por paquete de servicios.

Los usuarios del subsector privado efectúan pagos directos al prestador del servicio, sean servicios ambulatorios o de hospitalización y también a las farmacias (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Se verifican además pagos de los beneficiarios del subsector público ya sea a través del pago de aranceles hospitalarios o bien de honorarios a los profesionales, que solapadamente atienden privadamente a los pacientes utilizando gratuitamente los recursos de la institución pública (Carrizosa, 1996).

Reforma del Sistema

La transición de un modelo de desarrollo con fuerte presencia estatal a un modelo distinto, orientado por la dialéctica del mercado, no sólo representa un cambio importante en la estructura político económica, sino que, además, conlleva la necesidad de una reforma del sistema de seguridad social como una forma de atenuar el costo que generalmente acompaña a los programas de estabilización y ajuste económico.

En este contexto la reforma plantea la necesidad de definir previamente las características y el rol que el Estado deberá asumir ante este proceso, confrontando dos modelos opuestos de organización y funcionamiento; uno, que se caracteriza por un sistema público, intervencionista, en el cual se exalta la planificación, la inversión pública y las políticas proteccionistas, el cual ha sido y sigue siendo el modelo reinante en el Paraguay, y un segundo modelo, basado en los principios de la oferta y la demanda, y que incorpora nuevos paradigmas que reorientan la función pública sobre la base de criterios de la economía.

Cada uno de estos modelos tiene ventajas y desventajas, por lo que es necesario realizar una mezcla que sea adecuada a las necesidades reales de cada país.

Para lograr un sistema integrado de desarrollo, en el cual no sólo se privilegien los aspectos estrictamente económicos, sino que, además, se promuevan políticas sociales que incidan positivamente sobre la equidad, compensando las desigualdades producidas por los modelos estatistas o neoliberales, se requiere de un Estado que abandone las pretensiones paternalistas y centralistas del actual sistema, focalizando su acción en aquellas funciones que le permitan mayor eficacia y profundidad en la implementación de las políticas públicas.

Siguiendo esta estrategia de acción es que se requiere el fortalecimiento de la capacidad normativa y de regulación que deba ejercer el Estado.

Así, desde 1987 el MSPBS acordó con la OPS el diseño y la implementación de un Modelo de Programación Local que sirva como desencadenante para fortalecer las regiones sanitarias, en los aspectos administrativos, y en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), el cual tuvo aplicación efectiva, con distintos grados en todas las regiones sanitarias (15) del Paraguay.

En 1990 el Consejo Nacional de Salud aprobó la Política Nacional de Salud y Bienestar Social, que busca responder, en coordinación con las instituciones públicas y privadas, a las necesidades de salud de la población. Establece como prioridades: salud materno infantil, nutrición, control de enfermedades prevenibles por vacunas, control de enfermedades transmisibles, zoonosis, saneamiento ambiental, fortalecimiento de los servicios de salud, participación comunitaria en los servicios de salud, atención a sectores marginales y asentamiento de indígenas.

Hasta fines de 1992, la situación de la salud y el funcionamiento del sistema muestra logros modestos, en relación a la propuesta del plan. Ello, sugiere la ausencia de estrategias adecuadas a la ejecución, que hacen la diferencia entre el discurso y la acción. No existe una política estatal explícita de población, pero sí implícita relacionada con la salud, el empleo, la educación sexual, la incorporación de la mujer a las fuerzas de trabajo. Son prioridades nacionales el área materno infantil, los sectores marginales y asentamientos de campesinos e indígenas, así como el apoyo a la población afectada por inundaciones.

La Constitución de 1992, que establece la creación del Sistema Nacional de Salud y las Gobernaciones refrendó la estrategia de descentralización avalada por el MSPBS, en su plan de

salud, así como el proceso de descentralización sanitaria para la atención integral de la población.

Tras complejo trámite parlamentario en 1996 fue sancionada la ley 1032 que creó el sistema nacional de salud. La Ley recoge los valores de equidad, solidaridad, atención integral, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, complementariedad entre el sector público y privado para aumentar la cobertura, descentralización, participación y control social, y asigna al MSPBS una función rectora, al par que crea el Consejo nacional de salud como órgano Máximo de concertación y coordinación sectorial presidido por el ministro de Salud.

El Consejo cuenta con un Comité Ejecutivo del cual dependen la Dirección Médica, la Superintendencia Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud, organismos en comienzo de implementación. Asimismo, se está definiendo el nuevo papel del MSPBS y sus funciones estratégicas en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Salud. En el ministerio se ha creado un programa para controlar y apoyar la desconcentración de la gestión a las regiones sanitarias. Se realizan reuniones trimestrales con los Directores Regionales y los Secretarios de Salud de las Gobernaciones.

Por otra parte se reglamentaron las funciones del Consejo Nacional de Salud y de los Consejos Departamentales y Locales. Sin embargo pocas veces se realizan seguimientos de los acuerdos adoptados. Tampoco se han explicitados mecanismos de evaluación de los resultados esperados con las regiones sanitarias. No obstante se ha efectuado una propuesta de indicadores básicos para tal fin. Asimismo se está desarrollando un estudio de reingeniería y desarrollo informático en el Instituto Nacional de Salud, con el objeto de adecuarlo para liderar el fortalecimiento de los recursos humanos.

Para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios el MSPBS firmó convenios de cooperación con BID, BM, OMS, OPS, Banco de Fomento Alemán, Fundación Kellogg, Programa Mundial de Alimentos, Gob. de E.E. U.U., IDCR del Canadá, Club Rotario Internacional, etc. (Fuente OPS/OMS, 1994), para proyectos de atención primaria y materno infantil, los cuales se desarrollan en los 15 Departamentos del país que concentran la mayor parte de la población.

Durante 1997, por medio del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales y los Consejos Locales, la participación comunitaria ha cobrado un fuerte impulso. Se encuentran constituidos a comienzos de 1998 el Consejo Nacional, 15 de 18 Consejos Regionales y 114 de 264 Consejos Locales.

El análisis del marco jurídico permite detectar numerosas disposiciones, vacíos legales, y carencia de una compilación adecuada que facilite su cumplimiento.

Unos de los elementos centrales de la reforma tiene que ver con el diseño del futuro sistema previsional, en su conjunto, y más concretamente con las prestaciones del IPS. Durante 1996 y 1997 el BIRF y el BID se mostraron activos en este asunto, pero no se vislumbraron cambios sustanciales hasta las recientes elecciones presidenciales. (Consejo Nacional de Salud, 1998).

Según Carrizosa (1996), a través de la reforma se busca enfrentar los siguientes criterios estratégicos:

- ⇒ **Equidad:** A la luz de este criterio se deberá facilitar la igualdad de oportunidades de acceso de toda la población a los servicios de salud, a través del financiamiento estatal de un paquete básico, y organizar el efecto redistributivo del sistema del seguro médico mínimo obligatorio y universal.

- ⇒ **Corresponsabilidad y Participación:** La responsabilidad de los problemas de salud no es solamente del Estado, ya que afecta a la población total, por lo tanto, una reforma del sector deberá determinar la responsabilidad que compete a cada uno de los actores económicos y sociales en la solución.
- ⇒ **Eficacia y Eficiencia en la Gestión:** Los programas desarrollados deberán resolver problemas concretos de salud de la población y concentrarse en aquellos grupos y áreas de mayor vulnerabilidad. Estos programas deberán realizarse en forma tal que los recursos asignados tengan el mayor beneficio social al menor costo. En la práctica, esto significa excluir procedimientos médicos de alto costo y poco impacto.
- ⇒ **Sustentabilidad:** El crecimiento poblacional y el aumento de los índices de pobreza dan lugar a un crecimiento continuo de la demanda. Sin embargo, las posibilidades del sistema actual y los recursos financieros no parecen desarrollarse al mismo ritmo, y se vislumbra el riesgo de un colapso financiero del sistema.

Resumiendo, para implementar estas políticas será necesario alcanzar las siguientes metas estratégicas:

- ⇒ descentralización técnica y financiera,
- ⇒ focalización del gasto y de los recursos y
- ⇒ fortalecimiento y adecuación del sistema de servicios.

Estas tres metas se traducen en las siguientes Líneas de Acción.

- La redefinición del Estado en el Sector Salud
- Mayor focalización de los recursos y de los esfuerzos del sector público en los más pobres
- Énfasis en la Atención Primaria de Salud
- Priorizar la atención materno infantil y el saneamiento ambiental
- Descentralización de la administración de los servicios de salud
- Aumentar el financiamiento y establecer incentivos adecuados
- Creación del sistema organizado e integrado de salud
- Gradualidad en el proceso de cambio.

Plan de acción para la reforma del sector salud

Etapa 1

Objetivo: Consolidación del organismo a cargo de la dirección e implementación de la reforma del sistema de Salud.

Actividades: Fortalecimiento y consolidación del Consejo Nacional de Salud, con el objeto de que esta instancia sirva para promover la implementación del sistema, establecer políticas, regular acciones y evaluar los resultados relacionados con la puesta en marcha del proceso de la reforma.

Creación de un equipo técnico cuya función será el asesoramiento. Se nombrará un jefe, cuya función será coordinar y vincularse con el Consejo Nacional de Salud. Se podrá utilizar la Oficina del Ministerio de Salud habilitada para proyectos de fortalecimiento del Sector.

Adaptación orgánica del Ministerio de Salud con el objetivo de adecuarlo a los requerimientos de la reforma.

Adaptación orgánica del Instituto de Previsión Social y demás organizaciones del sector para su adecuación.

Etapa 2

Objetivo: Organización e implementación del Sistema Nacional de Salud tendiente a coordinar y facilitar el trámite de la reforma.

Actividades: Creación del marco legal del Sistema, que establezca su organización, sus responsabilidades, sus modus operandi, y sus medios de financiamiento.

Creación de un Centro Nacional de Servicios de Salud que tendrá como función la administración del sistema durante el proceso de la reforma. Durante este periodo deberá evaluar al funcionamiento de los servicios existentes, los requerimientos de la demanda de ese servicio y la forma de volver al servicio más eficiente. Además, este organismo tendrá a su cargo la tercerización, descentralización de dichos servicios de acuerdo con la mejor alternativa evaluada. Deberá identificar y coordinar los trabajos de la reforma. La identificación y clasificación de las localidades se hará según el perfil epidemiológico, la situación del saneamiento ambiental, las características de su población, la calidad y cantidad de los recursos existentes y potenciales.

Profesionalización en gerencia de salud y administración hospitalaria, implementando programas de capacitación de profesionales en la gestión y administración, que promuevan una visión más moderna de la gestión sanitaria basada en la eficiencia costo/ beneficio en la producción de servicios.

Diagnóstico de la situación de los recursos humanos. Este es un componente esencial entre las acciones de la reforma, ya que el componente de recursos humanos suele ser el que más se resiste a los cambios que conllevan un programa de reformas. Será necesario evaluar el número, su nivel, su ubicación, etc.

Estudio del gasto institucional en Salud. Para ejecutar esta tarea es necesario realizar las siguientes actividades: identificar y describir la estructura financiera de las organizaciones que brindan servicios de salud públicas y/o privados. Identificar las distintas fuentes que alimentan el gasto sectorial y el destino de este gasto por tipo de institución, regiones y programas. Además, se deberán incluir los siguientes estudios y diseños:

- Estudio de mecanismos de asignación de recursos.
- Estudio de planta de personal y su costo.
- Análisis infraestructural e instalación física.
- Estudio de la demanda por regiones y servicios.
- Diseño de un sistema de administración hospitalaria.
- Diseño de un sistema de abastecimiento y logística.
- Desarrollo de un programa de medicamentos por nivel de atención y necesidades epidemiológicas.
- Estructuración de sistemas de costos hospitalarios en los establecimientos de salud pública y del IPS.
- Definición de un paquete básico, y otro ampliado de prestaciones de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- Creación del fondo de salud, a cargo del financiamiento del sector de acuerdo al sistema implementado.
- Implementación de un sistema estadístico y de información única que integre y alimente al MSP, al IPS y al sector privado.

- Definición y estructuración de los programas de atención preventiva y de atención primaria y su priorización como instrumento de salud pública.
- Separación administrativa y financiera de los programas de salud y de los programas de jubilaciones y pensiones del IPS.

En este ámbito deben realizar las siguientes tareas:

- ⇒ Confección de leyes y reglamentos que estén en concordancia con la legislación sobre fondos de Pensiones Privadas.
- ⇒ Estudio del financiamiento actual del sector salud.
- ⇒ Estudio del impacto económico global y sectorial de las diferentes modificaciones que se proponen con la reforma.
- ⇒ Reorganización informativa del sector, aplicable al ministerio y al IPS.
- ⇒ Elaboración de la política y del plan nacional, sobre la base de los diferentes estudios realizados.
- ⇒ Elaboración y consideración del proyecto de ley que estructura y reglamenta el Sistema Nacional de Salud. Este debe considerar: objetivos del sistema, beneficiarios, beneficios, tipo de atención, aportes del beneficiario, financiamiento, organización estructural y el funcionamiento, planta de recursos humanos, regionalización del sistema, etc.
- ⇒ Creación del Sistema de Superintendencia de Salud, cuya función será controlar la calidad de los servicios ofrecidos, y que estos respondan a los estándares establecidos por los órganos normativos.
- ⇒ Creación de un mecanismo de asignación de recursos a los municipios y gobiernos regionales.

Etapa 3

Objetivo: Reformas estructurales del Ministerio de Salud Pública y del Instituto de Previsión Social.

Actividades: Fortalecimiento del Ministerio como órgano normativo, de coordinación, y evaluación de los planes y programas de salud.

- Transferencias de la atención secundaria a gobiernos locales, previo análisis de los recursos presupuestarios existentes en las gobernaciones.
- Establecer paquetes de atención médica de acuerdo con los niveles de atención de las distintas instituciones.
- Definir el paquete básico de salud, efectivo desde un punto de vista de las necesidades médicas y eficiente en cuanto a la relación costo/beneficio. Establecer su financiamiento.
- Definir el paquete ampliado, su nivel de complejidad, alcance y costo.
- Creación de un fondo de solidaridad para cubrir los servicios especializados de los demandantes pobres y un fondo de medicina preventiva.

Etapa 4

Objetivo: Puesta en marcha de la nueva estrategia, implementada por la reforma del sector salud.

Actividades: Implementación de las políticas y del plan Nacional elaborados en la etapa precedente.

A. Implementación de planes y concentración de recursos y de esfuerzos en la ejecución de los programas destinados al control de los problemas prioritarios.

B. Organización y capacitación de las organizaciones públicas y privadas y de los miembros de la comunidad para participar en la identificación, planificación, y evaluación de las actividades.

Definición, creación y posterior fortalecimiento de los sistemas locales de salud en cada una de las localidades correspondientes a las diferentes regiones sanitarias del país.

Implementación de la programación local y regional como herramienta gerencial del sistema de servicios, integrada a un sistema de información gerencial.

Elaboración de un convenio de cooperación para la utilización racional de la infraestructura física, equipamientos y recursos humanos especializados, entre el Ministerio y el IPS.

Implementación gradual y ajuste del funcionamiento del sistema, su marco institucional, organización, y funcionamiento, niveles de decisión, formas de coordinación interinstitucional, reasignación de responsabilidades y recursos, programas.

Implementación del Fondo de Salud, organismo financiero del sector que capta los recursos asignados a éste y los distribuye a los establecimientos hospitalarios, centros de salud y puestos de salud según el sistema implementado. Para esto es necesario realizar los siguientes estudios:

Facultades legales para recibir, del nuevo organismo, los aportes del presupuesto, captar cotizaciones de salud, o recibir pagos por acciones de salud.

Estudio económico y de impacto sectorial, financiero

Definición de la organización del Fondo, sus funciones, sus facultades, los mecanismos de asignación de los recursos del sistema, etc.

Normatización y regulación de los modelos de atención en la práctica médica y sanitaria, en los establecimientos de Salud.

Regulación de los esquemas de medicina pre-paga, así como del ejercicio privado de la medicina. Implementación de la Superintendencia de Salud con la función de controlar la calidad de los servicios ofrecidos y de la aplicación de la legislación.

Se precisa elaborar un proyecto de superintendencia que contenga los siguientes ítems: organización y funciones, facultades fiscalizadoras, financiamiento, planta de personal, multas y sanciones, habilitación e ni calidad de los servicios ofrecidos y de la aplicación de la legislación. Se precisa elaborar un proyecto de superintendencia que contenga los siguientes ítems: organización y funciones, facultades fiscalizadoras, financiamiento, planta de personal, multas y sanciones, habilitación e inhabilitación de entes del sector privado de salud, relaciones de dependencia, etc.

Transferencia de los establecimientos y servicios de salud a las instancias locales, como por ejemplo, los municipios.

Para el inicio de este proceso, puede que sea mejor empezar con los servicios del sector primario, y luego con los sistemas más complejos, los centros de salud, hospitales, y así sucesivamente. Para cumplir con esta tarea es necesario revisar la ley orgánica de las Municipalidades, la ley de descentralización Política y administrativa del País. Habilitación de entes del sector privado de salud, relaciones de dependencia, etc.

Debilidades y Fortalezas

Situación de salud de la población

Debilidades

Estructura de la morbimortalidad

- ⇒ ***Elevadas tasas de mortalidad general***, por causas relacionadas con las enfermedades del corazón y cerebro-vasculares, con tumores, accidentes, enfermedades respiratorias agudas y diarreas, que constituyen las más relevantes.
- ⇒ ***Alta mortalidad infantil***: La mortalidad infantil sigue teniendo tasas elevadas, en un rango de 24 a 34 por mil nacidos vivos, y aunque se registra un leve descenso, éste puede estar sesgado por altos niveles de subregistro. Las principales causas de mortalidad infantil están relacionadas con las condiciones de parto, infecciones, diarrea, así como las deficiencias nutricionales y con las enfermedades prevenibles por vacunación, siendo el impacto mayor en áreas rurales y urbano-marginales.
- ⇒ ***Alta mortalidad materna***: La mortalidad materna presenta una de las mayores tasas (1,7 % mil) en la región de las Américas y se debe a complicaciones obstétricas o a las derivadas de procedimientos practicados durante el embarazo, parto o puerperio.
- ⇒ ***Alta mortalidad por causas evitables***: Prevalen elevados índices de enfermedades que pueden ser controladas y reducidas con acciones preventivas como ser: anemia y diarrea, infecciones respiratorias agudas, parasitosis, que por lo general tienen incidencia en los grupos de menor edad.
- ⇒ ***Alta vulnerabilidad social***: Baja cobertura de servicios básicos, de provisión de agua potable, eliminación de excretas, manejo de basuras y deficiente control de la contaminación ambiental. Esto se complementa con altos niveles de analfabetismo y elevados índices de enfermedades carenciales, la disminución proteico-calórica, la anemia, el bocio endémico y la hipovitaminosis A, siguen siendo los principales problemas nutricionales.

Fortalezas

- ⇒ ***Población joven***: Característica de situación pretransicional.

Sistema de salud

Debilidades

- ⇒ ***Baja cobertura***: que se traduce en falta de acceso a los servicios de salud del 33% de la población.
- ⇒ ***Alta fragmentación***: No existe un modelo unificado de atención que garantice a toda la población acciones de promoción, prevención recuperación y rehabilitación, donde la participación comunitaria sea el eje fundamental. Falta de coordinación

entre el MSPBS y el IPS que genera superposición de esfuerzos. Esto indefectiblemente se traduce en un aumento del peso social de la enfermedad y la consecuente presión sobre el sistema de salud. Este deterioro de la salud afecta principalmente a las poblaciones más desprotegidas, que en especial son los grupos más vulnerables, con alta morbi-mortalidad materno-infantil y enfermedades asociadas a la pobreza. Frente a esta situación, existe un sistema de servicios de salud con una capacidad de respuesta ineficiente para encarar y resolver los problemas sanitarios de una manera oportuna y efectiva, tanto por su modelo de la atención como por la gestión de los servicios.

- ⇒ **Escasez de recursos:** Además, la situación financiera del sector, que se caracteriza por una restricción preocupante que, sumada a la inadecuada racionalización de los recursos y a una deficiente ejecución, amenaza su sustentabilidad. Además hay bajos salarios y la distribución de los recursos físicos y humanos es inequitativa
- ⇒ **Escasez de información:** La información es inadecuada, insuficiente y escasa.

Fortalezas

- ⇒ **Nuevo marco legal:** Dictado de un marco legal que tiende a la coordinación de los servicios.

Políticas de salud

Debilidades

- ⇒ **Limitada capacidad técnico-política administrativa operativa del MSPBS.** Además el Plan Nacional de Salud no fue consensuado en una Política Sectorial de Salud y hay deficiente coordinación y articulación sectorial e intersectorial entre las instituciones públicas y privadas involucradas en la salud pública.
- ⇒ **Asignación presupuestaria deficitaria:** con escasos proyectos de inversión social orientados a los grupos de riesgo.
- ⇒ **Excesiva concentración de recursos humanos** calificados en el nivel central y en especial en áreas urbanas, descuidando al resto de la población.
- ⇒ **Recursos físicos deficientes** e insuficientes, equipamiento deteriorados y falta de medicamentos en los servicios de salud.
- ⇒ **Necesidad de promocionar la educación para la salud** de forma a promover la autogestión popular en acciones preventivas de salud.
- ⇒ **Presión de grupos de interés:** La distribución de los subsidios del Estado no responde a las necesidades reales de la población, sino más bien a la capacidad de presión de los grupos sociales, donde generalmente no son los grupos menos favorecidos los que tienen la capacidad de organizarse, y por lo tanto de defender sus intereses.
- ⇒ **Dificultades en la formulación de políticas:** Muchos programas que vienen funcionando desde hace años sufren de una inercia institucional que dificulta la reorientación de los programas frente a los cambios que se plantean, y a causa de esto se va generando un distanciamiento entre éstos y las necesidades reales de la comunidad. Otras veces resulta imposible discontinuar un programa claramente ineficiente, debido a la burocracia que vive de estos programas o a la clientela generada.

Fortalezas

- ⇒ **Plan Nacional de Salud:** Se ha planteado metas saludables.
- ⇒ **Avances en la descentralización:** Tanto a nivel gubernamental como de los servicios de salud.
- ⇒ **Aumento del gasto en salud:** Lo cual se complementa con la asistencia internacional.
- ⇒ **Proceso de democratización:** La recuperación institucional permitirá el incremento de la participación social.

Bibliografía Consultada

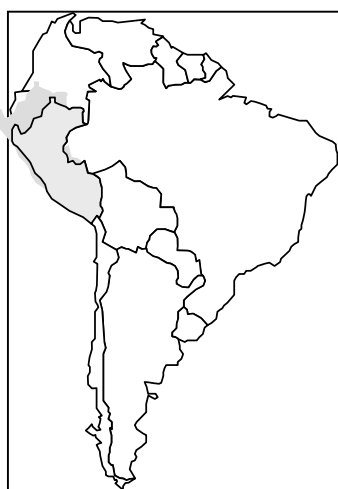
- CARRIZOSA, Agustín (1996) *La Reforma de la Seguridad Social en el Paraguay. El Caso del Sector Salud*. Asunción. Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social.
- CARRIZOSA, Agustín (1998) “Paraguay, Marco regulatorio y Reformas del Sector”, en: AES. *VI Jornadas Internacionales de economía de la Salud. “El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro*. Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires, Ed. ISALUD.
- GONZALEZ GARCÍA, Ginés,Coord (1995) CETRÁNGOLO, Oscar, DIAZ MUÑOZ, Ana Rita, RAMOS, Silvia, *Los Sistemas de Atención de la Seguridad Social en Algunos Países Seleccionados de América Latina: Argentina, Chile, Brasil, Paraguay y Uruguay*, OISS, Buenos Aires, Argentina.
- CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (1998) “Análisis del Sector Salud del Paraguay (documento Preliminar)”, con la cooperación técnica de la OPS y la OMS, Asunción del Paraguay.
- FECHA, Oscar; ORELLANO, Juan Manuel; GAETE, Rubén; MARTINEZ, Esperanza y CARRIZOSA, Agustín (Director de Proyecto) (1996). *Diagnóstico Sobre la Situación del Sector Salud en el Paraguay*, Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social.
- OPS/OMS (1994). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington DC..
- OPS/OMS (1997) *Situación de Salud en América, Indicadores Básicos*, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington DC.

Siglas Utilizadas

- AMH: Ayuda mutua hospitalaria.
- APADEM: Asociación de Padres y Amigos de Deficientes Mentales.
- CIMAP: Cámaras de Instituciones médicas asistenciales del Paraguay.
- APADEM: Asociación de padres de niños deficientes.
- DENIDE: Derechos del niño deficiente.
- IPS: Instituto de Previsión Social.
- MSPS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- SENASA: Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.
- UNA: Universidad Nacional de Asunción.

Perú*

Características Generales



En el Perú hay tres grandes regiones naturales: La Costa, la Sierra y la Selva. A pesar de ser parte de la Costa, el área metropolitana de Lima, por sus características de densidad demográfica y concentración de recursos de todo tipo, puede ser considerada como una cuarta región

La complejidad de su estructura político administrativa dificulta la organización y funciones del Estado y se refleja negativamente en la red de servicios y en los programas de salud, sobre todo en el proceso de descentralización.

Una característica del país es su inestabilidad política, que en parte es consecuencia de las marcadas diferencias étnicas y sociales entre los prósperos criollos de la costa y los amerindios de lengua quechua de la sierra.

Población

La población peruana se encuentra constituida por un 45% de indígenas, 37% de mestizos, 15% de blancos y el resto son negros, mulatos, europeos, chinos. La religión oficial es la católica.

Perú es un país joven, con una gran proporción de habitantes menores de 45 años (Cuadro 2).

Un dato alarmante es el porcentaje de la población que se encuentra en una situación de pobreza (Cuadro 1).

Por otro lado, la tasa de desempleo aparece como otro indicador alarmante con respecto a la situación social del país. (Cuadro 1)

Cuadro 1: Perú: Información general del país

* Este informe fue desarrollado por Fernando di Luca, Néida Gastaldi y Gabriela Hamilton, y corresponde a un versión corregida del trabajo presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

Superficie del país (en km ²)	1.285.215
Población Total*	24.367.000 (1997)
Población urbana (%)**	72,0 (1995)
Población rural (%)**	28,0 (1995)
Población en situación de pobreza (%)*	49,6 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)*	1,73 (1995-2000)
Tasa de desempleo (%) ***	8,8 (1995)

Fuente : * OPS/OMS (1997), ** World Bank (1997),*** Sanabria (1996).

La migración rural-urbana ha provocado el rápido desarrollo de asentamientos humanos en la periferia de las grandes ciudades, modificando la distribución espacial de la población, se estima que la proporción de población rural es del 28% (Cuadro 1). El área metropolitana de Lima tiene alrededor del 30% de la población nacional.

Cuadro 2: Perú: Estructura de la población según grupos de edad, 1995.

Grupo de edades	Cantidad	%
Menos de 5 años	3.010.000	12,8 %
5 a 14 años	5.451.000	22,8%
15 a 44 años	11.384.000	47,6%
45 a 64 años	3.028.000	12,7%
65 años y más	981.000	4,1%
Total	23.864.000	100,0%

Fuente : OPS/OMS (1994)-Estimación para 1995-

Organización Política

Perú es una república unitaria y democrática formada por 24 departamentos gobernados por prefectos que nombra el poder ejecutivo y 1 provincia constitucional (cuya capital es Callao). La capital del país es Lima.

La constitución que rige es la de 1993 y determina la existencia de tres poderes:

- ⇒ **Poder ejecutivo:** Presidente elegido por voto popular mandato por cinco años.
- ⇒ **Poder legislativo:** Congreso unicameral (120 miembros elegidos por distrito).
- ⇒ **Poder Judicial:** Una Corte Suprema de Justicia y Cortes superiores que encabezan distritos judiciales (jueces civiles, de instrucción y de trabajo).

Economía

El Producto Bruto interno del Perú alcanzaba en 1995 los U\$57.424 millones de dólares. (World Bank, 1997).

Estado de salud de la población

A través de una lectura rápida de la situación de salud de la población peruana es posible advertir su extrema debilidad. El indicador de mortalidad infantil (Cuadro 3), por ejemplo, es uno de los más altos de América Latina, superado únicamente por Bolivia.

La esperanza de vida al nacer se encuentra entre las más bajas de la región.

A ello debe sumársele la precariedad del registro de la información. Particularmente, el sub-registro promedio de defunciones es de casi el 50% de todas las defunciones y apenas un 35% de estas últimas tiene causa definida y certificado médico.

De acuerdo con Sanabria (1995), el 25% de las defunciones son causadas por enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales y del aparato digestivo.

Cuadro 3: Perú: Indicadores de salud de la población

Tasa de mortalidad infantil	47,9 c/ 1000 nacidos vivos (1996).
Esperanza de vida al nacer	68,3 años (1995-2000).
Esperanza de vida al nacer mujeres	70,9 años (1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	65,9 años (1995-2000).

Fuente: OPS/OMS (1997).

Cuadro 4: Perú: Cinco principales causas de muerte, 1989

Causas	%	Tasa c/100.000 hab.
Infecciones respiratorias agudas	15,3	116,4
Tumores malignos	10,7	81,3
Violencia o causas externas	10,4	79,0
Enfermedades diarreicas	6,7	50,9
Enfermedades del aparato circulatorio	5,4	41,0
Otras causas	51,5	391,4
Total	100,0	760,0

Fuente : OPS/OMS (1994)

Organización del sistema de salud

Reseña Histórica del sistema de salud

Principales hitos históricos

- ⇒ En 1903 se creó la Dirección de Sanidad, dando comienzo a la mayor participación del estado en la salud de la población
- ⇒ En 1911 se crea la Seguridad Social que inicialmente cubría enfermedades ocupacionales pero luego sus servicios se extendieron a todos los asalariados, trabajadores del campo y trabajadores domésticos
- ⇒ En 1973 nace el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), como resultado de la fusión del seguro obrero con el seguro del empleado.
- ⇒ En 1980 se permite a los trabajadores independientes adscribirse en forma voluntaria al IPSS.

La estructura de funcionamiento de la oferta de servicios de salud en el Perú responde al nivel de desarrollo alcanzado por la economía y la sociedad peruanas.

En sus inicios la atención de la salud se concentraba en un grupo selecto de médicos que atendían a un grupo reducido de la población.

Al igual que en Europa, la creación de hospitales tuvo carácter filantrópico. En ellos se recibía a indigentes, mendigos o portadores de enfermedades contagiosas, y su administración estaba a cargo de entidades no pertenecientes al Estado.

El papel de Estado en la atención médica es de fecha posterior al surgimiento de los hospitales. Hasta avanzado el presente siglo, no había atención médica moderna para la mayoría de la población. Si bien la caridad eclesiástica había formado algunos hospitales, los servicios ofrecidos se mantuvieron en la esfera religiosa y caritativa, con escasa cobertura.

En las zonas rurales, al margen de la medicina precapitalista, no había ninguna atención médica, con la excepción del trabajo de unos cuantos misioneros y monjas (generalmente sin formación académica).

Entrado el siglo XX, el Estado fue adoptando una posición más activa en lo atinente a la salud de la población peruana. En esta dirección. En 1903 se creó la Dirección de Sanidad, entidad encargada de regular la salud.

Por otro lado, y entre otras cosas a fin de atraer la inversión extranjera, el gobierno estableció algunos servicios de salud para los trabajadores mineros; existiendo estrecha correlación entre la expansión del capitalismo, el surgimiento del hospital moderno, la transformación de trabajo en trabajo asalariado y la intervención del Estado como regulador.

En tanto, la expansión del capital en el presente siglo trajo como consecuencia, la formación de sindicatos fuertes, con ideología y capacidad negociadora. Sumado a estas nuevas corrientes, la necesidad del Estado de mejorar las relaciones entre capital y trabajo, condujo en 1911 a la creación de la Seguridad Social, inicialmente para cubrir enfermedades ocupacionales. En 1916 los servicios se extendieron a todos los asalariados, en 1965 se amplió la cobertura a los trabajadores del campo y en 1970 a los trabajadores domésticos.

En 1973 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que fusionó el seguro obrero con el seguro de empleado, cubriendo el 42% de la población activa. En 1980 se les permitió a los trabajadores independientes adscribirse en forma voluntaria al mismo.

En esta organización que se ha ido gestando del sistema de salud peruano, no faltó la prestación de servicios privados, por parte de los médicos particulares y de organizaciones empresariales creadas en el contexto del desarrollo de industrias extractivas (centros de salud propios de las empresas de mayor dimensión) y, en las ciudades para atender las necesidades de los estratos superiores de la población (dueños y funcionarios de empresas y posteriormente de los empleados de las empresas más importantes).

Durante la década del '80, el subsector privado creció al amparo de la grave crisis que vivió el país.

Sin embargo, a partir de los '90, la doctrina liberal imperante restringió todo tipo de subsidio, al tiempo que impulsó una importante racionalización del gasto público y privado, con significativos efectos sobre la recesión del sector y por ende, también del subsector privado. Vale recordar que el ajuste estructural impuso la liberalización de los precios (el tipo de cambio y la tasa de interés son libres) y también del mercado de trabajo, disminuyendo al mismo tiempo el tamaño y la presencia del Estado.

Actores y roles dentro del Sistema

El modelo de salud del Perú es un sistema mixto, integrado por el subsector público, el subsector de la Seguridad Social y el subsector privado.

Subsector Público

El Estado desde 1968 debe asegurar y financiar el servicio de salud, con carácter universal, liderando -a través del Ministerio Nacional de Salud: MINSA- el Sistema Nacional de Salud. No obstante, el escaso presupuesto asignado trajo como consecuencia el abandono de su principal preocupación: la asistencia gratuita de las cargas sociales - ancianos, niños, pobres y discapacitados-

Actores que integran este Subsector:

⇒ **Agentes financiadores**

- Tesoro Público
- Organismos Internacionales

⇒ **Agentes intermediarios**

- MINSA
- Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales
- Gobiernos Regionales
- Los Municipios
- Otros organismos Públicos
- FONCODES
- O'NGs

⇒ **Proveedores de servicios**

- Hospitales
- Hospitales menores
- Centros de salud
- Puestos sanitarios
- Usuarios

Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ El **Tesoro Público** es el principal financiador del subsector, conjuntamente con las donaciones y préstamos de organismos internacionales para determinados programas.
- ⇒ Además de socializar el gasto en salud financiándolo, el **MINSA** actúa como proveedor de servicios a través de los Hospitales públicos y paga al sector privado por diferentes servicios, (cocina, Limpieza, etc.).

El Ministerio de Salud encabeza la red de salud más grande del país. Sin embargo, ella se halla irracionalmente distribuida; en Lima se consume el 57% de todo su presupuesto. Además, ofrece servicios donde otros organismos estatales o paraestatales también los ofertan generando superposición de servicios y significativas ineficiencias.

Por otra parte, el Ministerio define las políticas de salud, aunque hasta el momento, según Herberth Cuba García (1994), lo ha hecho en contracorriente de la política económica, lo que ha generado el desfinanciamiento del sector.

- ⇒ Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de las Fuerzas Policiales brindan cobertura de atención a la salud de su respectivo personal.
- ⇒ Los Municipios y los Gobiernos Regionales, desde 1992 participan del proceso de descentralización orientada a la prestación adecuada y efectiva de servicios, a través del funcionamiento progresivo de las zonas de desarrollo integral de la salud (ZONADIS). Las mismas, constituyen el nivel local del Sistema Nacional de Salud y

tienen el objeto de impulsar y proveer atención integral de salud en una comunidad definida, para garantizar el derecho de todos a la salud.

No obstante, las ZONADIS al igual que el Programa de Administración Compartido, han tenido escasa y muy relativa aplicación, dificultándose el desarrollo de una efectiva política de descentralización. (H. Cuba García 1994).

Las ZONADIS están integradas por un Hospital de 3° nivel, varios de 2° nivel, centros de Salud y postas Sanitarias (estas últimas no tienen médicos). Las mismas persiguen la concertación entre las necesidades de determinados grupos humanos y la capacidad de respuesta de las instituciones, a través de respuestas concretas. Según Herberth Cuba García (1994) la meta para ese año era que por los menos el 5% de los servicios esenciales se hubieren transformado. Este proceso buscaba que a mediano o largo plazo el financiamiento también fuera mixto, para que el Estado pueda liberarse gradualmente del gasto en salud, en los centros rentables, para ir apoyando a los que por la pobreza existente no lo son. No obstante la organización burocrática del MINSA hizo retroceder el proyecto inicial, el que sólo tuvo concreción, a través de experiencias aisladas, con espíritu voluntarista y que se hallan en franco proceso de desactivación (Departamentos de Callao, Paitas, Tacna, etc.).

Como consecuencia de tal fracaso, surgió el Programa de Administración Compartido en los establecimientos de salud de nivel básico, que tiene financiamiento estatal, vía transferencia presupuestaria, con gestión privada. El Estado, la comunidad y los usuarios deben, a través de la celebración de un contrato, convertir esos centros en empresas rentables, tendiendo a usar la estrategia de la atención primaria de la salud, para garantizar la atención de la demanda y ejecutar medidas preventivo promocionales. La implementación de este programa se encuentra discutida por las presiones sindicales y políticas, que rechazan el avance de la formación técnica y científica de recursos humanos (no politizados), así como por la falta de motivación de la comunidad, y por que no se ha concluido el saneamiento de los establecimientos de salud.

- ⇒ **Otros organismos públicos:** También forman parte del Sistema Nacional de Salud los servicios de salud no públicos, las universidades, los colegios profesionales, la comunidad organizada y el sector privado, como prestadores de servicios (OPS/OMS 1994).
- ⇒ El **Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social** (FONCODES) es una institución pública y descentralizada de la Presidencia del Consejo de Ministros, cuyo objeto es fomentar proyectos de inversión social (empleo, salud, alimentación, etc.) para grupos humanos en pobreza extrema. El mismo, administra conjuntamente con el MINSA, el Programa de Focalización del Gasto Social Básico, con el objeto de mejorar la infraestructura de los centros y puestos de salud. Su financiamiento proviene de asignaciones del tesoro público, donaciones y legados, contribuciones no reembolsables de gobiernos extranjeros, aportes de fundaciones y organismos internacionales y créditos de fuentes internas y externas.
- ⇒ Las **ONGs**, a partir de 1990 y ante la profundización de la crisis y su alto costo social, han iniciado un proceso de participación en algunos ámbitos locales. Se crearon comités de lucha contra el cólera y de acción intersectorial, que han contribuido a romper las barreras entre las organizaciones populares, las instituciones estatales de salud y educación, los gobiernos locales y los organismos no gubernamentales para contribuir a promover la salud y mejorar la calidad de vida de la población (OPS/OMS 1994).

- ⇒ Los **Hospitales** del MINSA se hallan principalmente concentrados en las zonas urbanas y los Hospitales Menores pertenecen a las fuerzas armadas, policiales y son periféricos.
- ⇒ Los **Centros de salud** efectúan atención ambulatoria, consulta odontológica, inmunizaciones, saneamiento ambiental y visita domiciliaria de emergencia.
- ⇒ Los **Puestos sanitarios** realizan: atención ambulatoria, con un médico, una obstetra, enfermeras y técnicos de enfermería.

Subsector de la Seguridad Social

Este subsector está representado por el Instituto Privado de la Seguridad Social.

Actores que participan del subsector:

- ⇒ **Agentes financiadores**
 - Trabajadores en relación de dependencia (obligatorios)
 - Empleadores
 - Trabajadores independientes (voluntarios)
- ⇒ **Agentes intermediarios**
 - IPSS
- ⇒ **Proveedores de servicios**
 - Prestadores Públicos
 - Prestadores Privados

Funciones y Roles dentro del Subsector

- ⇒ El **Instituto Peruano de Seguridad Social** constituye una entidad administradora de fondos y prestadora de servicios de salud. Brinda cobertura a los trabajadores en relación de dependencia, que deben realizar un aporte compulsivo, a sus esposas e hijos menores de 18 años. Así como también a los trabajadores independientes que se adhieran al mismo voluntariamente.
- ⇒ Los **empleadores** también deben contribuir obligatoriamente al IPSS.
- ⇒ Los **prestadores públicos y privados** son contratados por el IPSS, que actualmente constituye una entidad administradora de fondos y prestadora de servicios de salud.

Subsector privado

Actores que integran el subsector:

- ⇒ **Agentes financiadores**
 - Familias, a través de desembolsos directos
- ⇒ **Agentes intermediarios**
 - Compañías de seguro
 - Fondos colectivos de clínicas privadas
 - Seguros y Empresas privadas
 - Entidades filantrópicas
 - Cooperativas agroindustriales
 - Sociedades agrícolas autoaseguradas, etc.
 - ONGs
- ⇒ **Proveedores de servicios**

- Centros de salud lucrativos
- Clínicas privadas
- Consultorios particulares

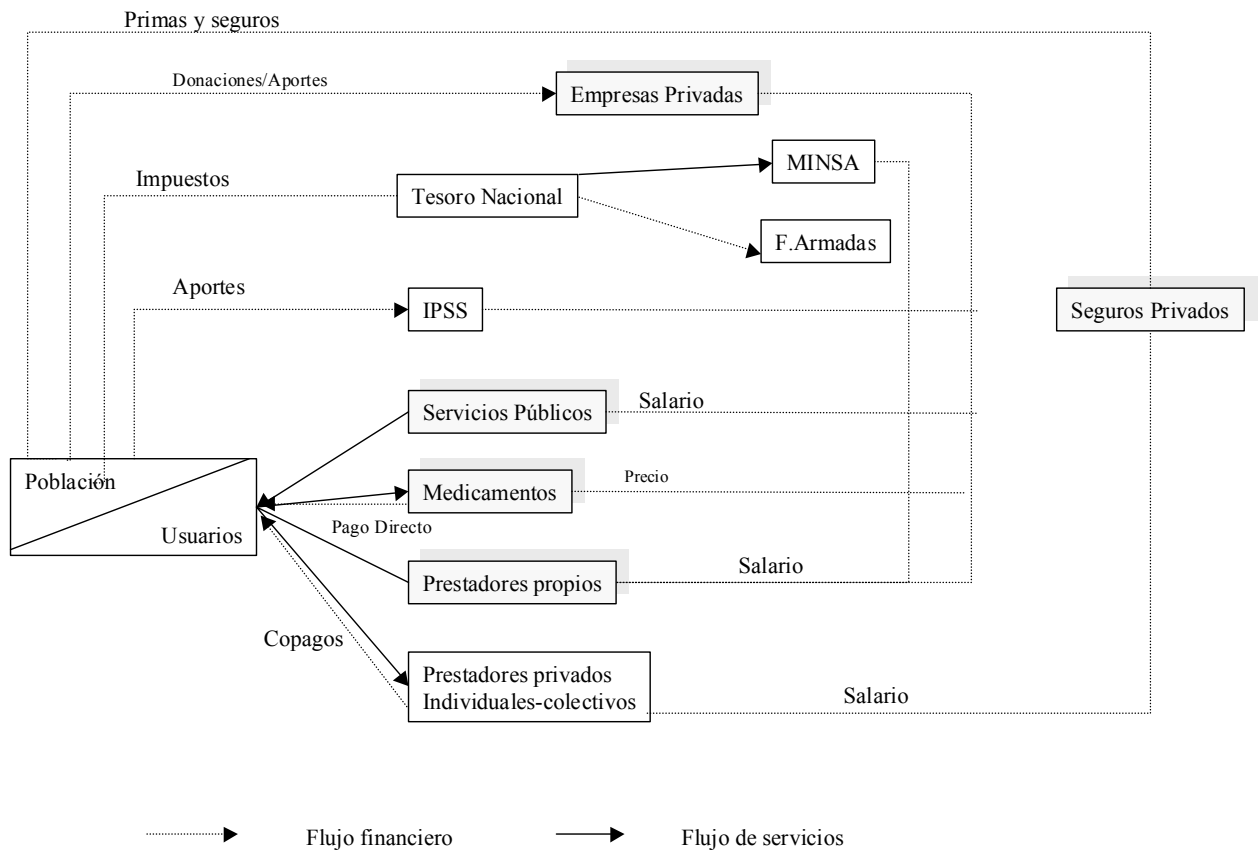
Funciones y roles dentro del subsector

- ⇒ El Sector privado lucrativo tiene como fuentes de financiamiento principales los **hogares** y las **empresas**.
- ⇒ Las compañías de **seguros** tienen planes afiliación voluntaria y cubren generalmente a los sectores de más altos ingresos.

Forman parte de éste subsector asimismo los **autoseguros de empresas** con y sin mediación de *broker* y seguros de accidentes -cabe aclarar que el mercado de seguro de salud se concentra en un 90% en Lima metropolitana-.

- ⇒ También integran este Subsector las **ONGs**, que reciben fondos de las entidades e Instituciones del Exterior (ENIEXs) y en menor grado del Ministerio de Salud.

Perú: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

El subsector público financia con fondos provenientes del presupuesto público, del endeudamiento interno y/o externo y de donaciones, la provisión directa de servicios a través de los establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud y a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales .

El Seguro Social brindado a través del IPSS se financia con el aporte de los trabajadores (3%) y de las empresas (6%). Los trabajadores independientes que se adscriben en forma voluntaria al IPSS contribuyen con el 9% de sus ingresos declarados.

El financiamiento de los seguros de salud privados se constituye básicamente por las primas y co-pagos abonados por los titulares y su núcleo familiar que adhieren voluntariamente a esta forma de atención. Los modos de pago difieren y guardan relación con las coberturas, tiempos, plazos y montos de las mismas.

Finalmente, en las clínicas y hospitales privados el financiamiento proviene de primas de compañías aseguradoras, fondos colectivos, co- pagos, etc.

Oferta de servicios

Cuadro 5: Perú: Oferta de servicios por subsector, 1992-95-96

	Subsector Público	Subsector Seg. Social	Subsector Privado	Total
Nº establecimientos (1992)	4.147	205	294	4.646
Hospitales (1992)	452	65	194	711
Centros de Salud (1992)	848	84	86	1.018
Puestos Sanitarios (1992)	2.847	56	14	2.917
Camas* (1992)	17.437	3.547	4.123	30.045
Médicos x10.000 hab**.				9,8 (1995)
Enfermeras x10.000 hab**				6,2 (1996)
Odontólogos x 10.000 hab**				1,1 (1995)

Fuente: MINSA. Oficina General de Estadística e Informática, (1992)- Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos-. *Costa Bauer Marino (1995), **OPS/OMS (1997).

Observación:*En el total de camas se incluyen 4938 camas correspondientes a “otros efectores”.

Demanda

Cuadro 6: Perú: Demanda de servicios por subsector, 1992

	Subsector Público	Subsector Seg. Social	Subsector privado	Total
Consultas anuales per capita	9.784	8.628.311		
Egresos anuales per capita	475.400	233.824		
Tiempo medio de internación				6.3 (1992)

Fuente: OPS/OMS (1994)

Cobertura

Subsector Público: cubre al 60% de la población. A la gente que no trabaja y a los más pobres a través del MINSA, y al personal de las fuerzas de seguridad y sus familias, a través de las respectivas sanidades .

Subsector de la Seguridad Social: cubre al 34% de la población. Trabajadores en relación de dependencia, sus familias: esposas e hijos menores de 18 años y los trabajadores independientes que se adhieren al mismo.

Subsector privado: cubre a los sectores de la población que cuentan con mayores recursos 4.2% de seguros prepagos y 1.8% autoprotegidos.

Un 20% de la población no tiene acceso a ningún servicio de salud (CEPAL/OEA/OPS/OMS/UNFRA/UNICEF/UNSAID, 1995). En general, este 20% se ubica en las localidades alejadas de Lima.

1.7 millones de titulares y un total de 6 millones de beneficiarios reciben cobertura del IPSS. (CEPAL/OEA/OPS/OMS/UNFRA/UNICEF/UNSAID,1995)

Se calcula que están afiliadas a compañías aseguradoras privadas 330.000 personas, repartidos en 17 compañías. En tanto, bajo la modalidad de autoseguros o fondos se encuentran afiliadas 220.000 personas, concentradas básicamente en los 12 principales fondos. Finalmente, acerca de los seguros ofrecidos por las empresas prepagas, prepagos de clínicas no hay información (Ruiz, 1994).

Gasto

En 1995, el gasto en salud representó 3.6% del PBI peruano, lo que constituye un gasto per capita anual estimado de U\$89 dólares. Considerando que el promedio en América Latina es de aproximadamente U\$130 per capita, queda en evidencia la escasez de recursos que se asignan al área salud en Perú.

Cuadro 7: Perú: Gasto total en salud, 1995

Subsector	millones de U\$S	%	% PBI
Público	649,8	31	1,1

Subsector	millones de U\$S	%	% PBI
Seg. Social	733,6	35	1,3
Privado	712,7	34	1,2
Total	2.096	100	3,6

Fuente : Petrerera Pavone (1996)

Modalidades de contratación y pago

Las modalidades de contratación a los profesionales en las áreas del subsector público y de la seguridad social que cuentan con infraestructura propia, es por medio del salario.

En los hospitales del MINSA existe la exclusividad, que generalmente no se cumple.

En el subsector privado los profesionales reciben honorarios, por acto médico, o pago de capita (Ruiz, 1994).

Los precios son libres y dependen principalmente del tipo de atención y de las condiciones del servicio, de la ubicación geográfica y de la calidad de la atención.

El IPSS ha contratado en Lima un servicio que se llama programa de Asistencia Ambulatoria Directa (PAAD) que permite a cualquier asegurado atenderse en los consultorios médicos privados reconociendo un arancel de 2 dólares por paciente, lo que refleja el desempleo de médicos en este país.

Jorge Ruiz (1994) precisa que el IPSS tiene un sistema de descuento por un pago fijo mensual. En el mismo, el cliente recibe un descuento sobre las tarifas preestablecidas, cuando hace uso de los servicios de salud prestados por el proveedor. Son programas que básicamente se ofrecen para casos de maternidad o atenciones de urgencia.

Asimismo, el pago por internación depende de la asignación presupuestaria que efectúan el MINSA o el IPSS, a sus respectivos establecimientos hospitalarios y en el caso de los privados se abona por acto médico o por capita.

Respecto a los copagos o coseguros cabe diferenciar: En el Subsector Público se verifica un mecanismo de recuperación de costos, que implica el pago directo de los servicios médicos ofrecidos por los establecimientos públicos: apertura de ciertas salas para atender exclusivamente a pacientes privados (V. Iglesias Arturo, 1994).

El desfinanciamiento del MINSA, está generando que quienes accedan a atenderse tengan que cubrir los gastos en medicamentos e insumos necesarios y es obvio que el demandante de servicios que no tiene recursos suficientes, no accede a ellos. (Prof. Sanabria, 1995).

Otro tanto ocurre en el IPSS, en el que la cobertura insuficiente de la seguridad social ocasiona que el usuario deba incurrir en la compra de determinadas medicinas o servicios (Ruiz, 1994)

En el Subsector Privado los costos compartidos están definidos por los copagos, que según Ruiz (1994), en el Perú funcionan como mecanismos disuasivos para evitar que los usuarios requieran atención por afecciones leves y los establecen los aseguradores, de acuerdo con el perfil de siniestralidad. El paciente debe abonarlos al momento de solicitar la atención y pueden ser fijos en soles o dólares, según se especifique (deducibles) o representar un porcentaje del costo total (coseguro).

Reforma del Sistema

Reforma económica

En los quince años anteriores a 1990 la economía peruana se caracterizó por su permanente crisis inflacionaria y recesiva, cuyo resultado final fue el cambio en los flujos de inversión, la estrechez del mercado interno y el empeoramiento de las condiciones de vida de la población.

Entre 1985 y 1987 se aplicaron políticas heterodoxas de estabilización que provocaron una violenta crisis con hiperinflación y aumento de la recesión.

A mediados de 1990 se aplicó una drástica política antinflacionaria mediante un programa ortodoxo monetarista, cuyas líneas principales son austeridad fiscal en el gasto y apertura del comercio exterior, privilegiando la deuda externa (20 a 30% del gasto del Estado).

En 1991 con el apoyo del Banco Mundial se pone en marcha un conjunto de reformas económicas e institucionales que conduce a lo que se ha denominado ajuste estructural de flexibilización de los mercados. El mercado financiero deja de estar regulado por el Banco Central de la Reserva, se flexibiliza el mercado de trabajo, hay liberalización del comercio exterior y el mercado de tierras; y se eliminan los monopolios que pertenecían principalmente al Estado.

Reforma de los servicios de salud

Las reformas en la economía peruana se han insertado en forma paulatina en los Servicios de Salud. La tendencia es cambiar el papel del Estado en cuanto al financiamiento mediante una propuesta de modernización.

A principios de los '90, con el inicio de la gestión del Presidente Fujimori, el Ministro Vidal Layseca, empezó el autofinanciamiento de los servicios de salud, con una tendencia a transformar al Ministerio de efector de servicios, en coordinador de sus recursos y precursor de la gestión social, pero su obra no fue continuada con sus predecesores, que hicieron del autofinanciamiento una aventura, al no establecer normas claras.

A partir de 1994 se inicia tardíamente el aumento del presupuesto en salud, a través del Programa de Focalización del Gasto Social Básico, que intentaba dar prioridad al gasto en las zonas de peores condiciones de salud, determinadas en un Mapa de Salud elaborado por el mismo Ministerio en 1991. Tal implementación primero tardía y luego agresiva, no alteró en lo más mínimo los mecanismos de gestión existentes.

Luego, durante el Ministerio de Freundt, se intentó nuevamente esbozar los lineamientos de la reforma, como la economía mixta de los hospitales, la transferencia de las postas a la comunidad, y la organización de los servicios privados de salud (OSS), que se vieron truncados por distintos períodos electorarios, primero para el congreso Constituyente democrático y luego las generales de 1995, implantándose en definitiva sólo los Comités Locales de Administración de Salud. Medida que también se halla en discusión según Herberth Cuba García.

En la actualidad se cobran los servicios de salud, dándose el caso de que por 2 o 3 soles los pacientes quedan sin atención en las puertas de los servicios asistenciales, dado que los ingresos del tesoro son inferiores en proporción al gasto en salud. Pero, a pesar de los "ingenios" mecanismos de recuperación de costos de los centros asistenciales no se ha logrado mantener ni siquiera el *status quo*, persistiendo sólo la estructura del Estado en el sector salud, la redistribución del gasto y los lineamientos del Ministerio.

Estos cobros, según Costa Bauer Marino (1996) no han tenido los resultados esperados y es probable que hayan impactado negativamente en la población que tradicionalmente usaba de la red de servicios públicos, obstruyendo el acceso a la población más pobre y necesitada. Recientemente estos recursos autogenerados fueron centralizados en el Ministerio de Econo-

mía y Finanzas, siendo todavía necesario, sin embargo, un mecanismo eficiente de asignación de recursos que estimule a los profesionales y todos los trabajadores de la salud.

Si bien se declaró legalmente la reestructuración y reorganización del MINSA, se crearon mecanismos e instituciones que en la práctica no existen, como los ZONADIS, verificándose que en realidad los mismos se involucran con los conceptos de subsidios indiscriminados, el populismo y tendencias estatistas.

En efecto, la Administración Compartida, que nació del retroceso de los ZONADIS, también se encuentra en la disyuntiva de los períodos electorales y de las presiones sindicales.

Ante una falta adecuada de reforma, el mercado se ha ido imponiendo de a poco, llegándose a una privatización salvaje, por las repercusiones que la amplitud de su injusticia genera.

En suma, durante las últimas décadas los peruanos han sufrido una terrible inestabilidad organizacional, debido a las profundas contradicciones políticas, aún sin solucionar. Lo corrobora el caos administrativo, la exclusión en la atención de la salud (22% de la población), así como el 32% que recibe atención deficiente y que se encuentra entre los sectores más pobres. Todo ello, aparejado con el enorme gasto de las instituciones sanitarias.

Pero ninguna propuesta integra al mercado, alejándose así todas de la política económica, lo que incrementa aún más el caos, generando la creencia de la imposibilidad de mejorar la salud de los peruanos.

Nótese además que de 1993 a 1994 la participación porcentual del gasto en salud en el gasto público disminuyó de 8.29% a 5.71%. Así disminuyeron porcentualmente los presupuestos destinados a medicinas (cólera y epidemias), supervivencia infantil, asistencia al niño y programas alimentarios.

Recordamos que en el modelo propuesto de liberalización del mercado de Salud se impulsa la creación de Organismos Privados de Servicio de Salud (OSS) y la desmonopolización del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).

Desde 1990 a la fecha, el Seguro social logró estabilizar su sistema deficitario mediante un programa de estabilización económica de redimensionamiento y racionalización del personal (de 48.000 pasó a 19500 empleados) con una utilización más adecuada de los servicios de Salud.

El IPSS ha implementado por su parte un rápido proceso de modernización durante los últimos cinco años. Inicialmente administraba el fondo de salud y pensiones. Este último pasó a las Administradoras de los Fondos de Pensiones del sector privado y al Organismo Nacional Previsional perteneciente al Estado.

Estas medidas hacen más restringido el acceso a la salud porque los principales aportes pasarían a estos organismos limitando el financiamiento del IPSS.

El IPSS ha mostrado mayor eficiencia racionalizando el uso de recurso, desarrollo de calidad y utilización de criterios de reducción de costos., gracias al marco regulatorio con flexibilización del mercado laboral y la desmonopolización del Banco de la Nación como ente regulador de los recursos del IPSS, su recaudación ha sido llevada a bancos privados, y se permiten facilidades de pago a las empresas, vía convenios, triangulaciones y fraccionamiento.

El funcionamiento del IPSS, en términos de su manejo financiero intenso, se basa en el entendimiento de que constituye una institución administradora de fondos y prestadora de servicios de salud; cada región u hospital mayor se ha convertido en un centro de costo donde se evalúa el funcionamiento de sus labores asistenciales y se financia a empresas privadas por brindar servicios de salud (limpieza, cocina, etc.). Esto se ha logrado con la reciente separación

de los mecanismos financieros de los de provisión de servicios, por medio de una nueva metodología de asignación de recursos, con el fin de estimular la eficiencia en la producción de los servicios.

En cuanto al Subsector privado desde mediados de la década del '80 nuevas instituciones y modalidades se han ido desarrollando tal como lo reflejan la expansión de las prácticas sanitarias privadas y pequeñas y medianas, la modernización de los hospitales privados y el surgimiento de diversas formas de seguros de salud.

Con respecto al mediano y pequeño Subsector privado, compuesto por oficinas de prácticas privadas y centros médicos, prácticamente no existe información. Pero se observa que hoy en día los programas privados de cuidado de la salud son ofrecidos por entidades que poseen sus propios servicios (clínicas y centros médicos), como también por entidades que no necesariamente los tienen: compañías de seguro, fondos aseguradores, programas de provisión, etc.

Los principales lineamientos de la reforma

- ⇒ Dar primacía a las personas. El Estado debe promover y defender a las personas mediante la organización ciudadana, la rendición de cuentas a la población, el resarcimiento, la libre elección.
- ⇒ Modernizar las instituciones y fortalecer la autoridad del gobierno mediante la reestructuración del Ministerio de Salud, la descentralización de decisiones y recursos, la separación de funciones de prestación de servicios de la gestión y financiamiento.

Se encuentra en proceso de cambiar de situación en el mercado de salud el IPSS por la constitución política del Perú en su artículo 11; El Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”

- ⇒ Liberación integral del mercado de servicio de salud.
- ⇒ Cobertura sin topes por lo que todo tratamiento deberá ser financiado por un sistema de reaseguro.
- ⇒ Establecimiento de contratos con una vigencia de 2 años entre el afiliado y los OSS, y entre estos y los prestadores de salud, para dar estabilidad al sistema.
- ⇒ Otorgar prioridad a las acciones y a la asignación de recursos para la salud pública.
- ⇒ Buscar mayor Eficiencia y Equidad :
 - Separar el financiamiento de la atención pública de la atención individual.
 - Recuperar y poner en marcha establecimientos de primer y segundo nivel.
- ⇒ Dar autonomía a las entidades públicas prestadoras de servicios, acercándolas a la lógica del mercado.
- ⇒ Establecer la co-responsabilidad del Estado, las instituciones de la Sociedad Civil y los individuos.
- ⇒ Propiciar crecientes niveles de aseguramiento personal.
- ⇒ Promover la complementación de sistemas previsionales de Salud.
- ⇒ Transformar el subsidio de la oferta en subsidio a la demanda.
- ⇒ Pagar por cartera fija y luego por capitación.
- ⇒ Mejorar la capacidad de la demanda a elegir.
- ⇒ Renovar aspectos regulatorios y obligaciones compulsivas de financiamiento de naturaleza monopólica.

- ⇒ Estimular al sector privado a participar activamente en la administración del financiamiento, y provisión de servicios integrales.
- ⇒ Separar la administración financiera de la prestación de servicios, desprendiéndola del Estado.
- ⇒ Eliminar subsidios cruzados implícitos, tratando de unificar fuentes.
- ⇒ Establecer un conjunto de prestaciones obligatorias.

Fortalezas y debilidades

Situación de Salud

Debilidades

- ⇒ *Alta tasa de Mortalidad Infantil.* Una de las mayores de la región.
- ⇒ *Alta prevalencia de Enfermedades infectocontagiosas:* Constituyen la primer causa de muerte presentando un cuadro epidemiológico típico del subdesarrollo donde aú se registra una gran vulenrabilidad a la Tuberculosis, Paludismo, Dengue, Cólera, etc.
- ⇒ *Alta heterogeneidad regional en los perfiles de morbimortalidad:* Se evidencia a través de las tasas muy diferenciadas de acuerdo a las regiones.
- ⇒ *Alto nivel de desnutrición en la población infantil:* Llega al 44% y es uno d elos amyores determinantes de la situación de salud de la población peruana.
- ⇒ *Escaso saneamiento ambiental:* El cual a su vez determina la alta prevalencia de infectocontagiosas. Esto involucra riesgos de aumento de infectocontagiosas de transmisión hídrica debido a la baja potabilización del agua (11.9%).

Fortalezas

- ⇒ Mejoría en las tasas de Mortalidad infantil, Esperanza de vida y Fecundidad.

Sistemas de Salud

Fortalezas

- ⇒ *Alta oferta de servicios:* Alguns ciudades como Lima y Callao cuentan con suficiente capacidad instalada y recursos humanos.
- ⇒ *Reconversión administrativa del IPSS.*
- ⇒ *Aumento progresivo de las remuneraciones de los profesionales en salud.*
- ⇒ *Alta producción a nivel ambulatorio.*
- ⇒ *Oportunidades por la reconvección administrativa del IPSS.*

Debilidades

- ⇒ **Inequidad en la distribución de los servicios:** Con grandes diferencias regionales: Alta concentración de los Servicios públicos y privados en las grandes ciudades, y escasa en las zonas rurales.
- ⇒ **Baja accesibilidad:** a los servicios por razones geográficas, sociológicas o económicas ante la situación de pobreza existente y las carencias de la población, la equidad de la prestación de Servicios está siendo regresiva en la atención, teniendo mayor acceso y oportunidad las personas de mayores recursos.
- ⇒ **Alta dependencia de tecnología e insumos importados**
- ⇒ **Baja cobertura del Seguro Social de la población:** Solo un 44% de la población cuenta con cobertura de seguros sociales de salud.
- ⇒ **Riesgos de aumento de la exclusión:** La tendencia privatizante generará : Disminución de la equidad y de la accesibilidad . Podrán acceder a los servicios de salud quienes tengan capacidad de pago únicamente.
- ⇒ **Vulnerabilidad financiera** del Subsector de la Seguridad Social por la alta vinculación de la financiación del IPSS con el trabajo (contribuciones salariales) (Desfinanciamiento del Subsector de la Seguridad Social. Disminuirán los recursos del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) por disminución de la masa aportante, disminuyendo la capacidad financiera operativa).
- ⇒ **Falta de articulación intersectorial:** Entre subsectores y hacia el interior del subsector público se registran bajos niveles de comunicación interministerial y con la presidencia. A la vez hay superposición y competencia entre organismos públicos y privados.

Políticas de Salud

Fortalezas

- ⇒ **Oportunidades de alcanzar “metas blandas” y acciones de alto costo-efectividad:** Con bajo presupuesto se obtiene un alto impacto en la salud, sobre todo en zonas rurales. El alto porcentaje de población rural implica que con poca inversión se obtenga un alto impacto en la aplicación de programas.
- ⇒ **Descentralización:** aún cuando tuvieron una aplicación parcial y limitada, es importante la aplicación de políticas de descentralización que se instrumentaron a través de los ZONADIS o el programa de administración compartido.
- ⇒ **Desmonopolización de la recaudación de la seguridad social:** Deja de ser exclusiva del Banco Nación por el pasaje a la Banca privada.
- ⇒ **Oportunidades por la implementación de programas:**
 - De Emergencia Social (1990) Vaso de leche y comedores escolares
 - De compensación Social
 - PCS-(1989-1990). Productividad agrícola en la zona rural andina.
 - Sistema nacional de Compensación y desarrollo (1991)
 - Prog. de apoyo a las Organizaciones sociales de base (1991).
 - Prog. de recuperación de costos (1993) pago de servicio por el cliente.
 - Prog. del IPSS financiamiento directo de consultorios y clínicas.

- Asistencia ambulatoria directa en Lima : es un programa del IPSS donde hay financiamiento directo de Clínicas y consultorios para atención ambulatoria (2 u\$s /paciente)
- Prog. de gasto social básico del MINSA.
- Creación de Centros de salud y puestos sanitarios que los administre la comunidad y las ONGs.
- Implementación de políticas del MINSA que priorizan la atención primaria y actividades preventivas y promocionales, por ejemplo a través del FONCODES.

Debilidades

- ⇒ *Bajo nivel de vacunación.*
- ⇒ *Pocas políticas preventivas.*
- ⇒ *Falta de continuidad en la Implementación de Programas:* además de planes sociales mínimos con bajos niveles de planificación y evaluación.
- ⇒ Disminución permanente de asignación presupuestaria para el Ministerios de Salud (MINSA) lo cual amenaza la efectividad de las políticas enunciadas
- ⇒ *Dificultades en la descentralización:* Falta de criterio físico-geográfico(las cuencas de los ríos) o de orden social para determinar la descentralización de los sistemas de Salud.

Bibliografía Consultada

- CEPAL/OEA/OPS/OMS/UNFRA/UNICEF/USAID, (1995), “Reunión Especial Sobre la Reforma del Sector Salud”, 29-30 de setiembre, Washington D.C.
- COSTA BAUER Marino (1996), “A health sector with equity, efficiency and quality”.
- CUBA GARCIA, Herberth, (1994), *Salud dentro de la reforma*. Lima. Ed. Cuper.
- IGLESIAS, Arturo, (1994), “Modernización del Sector Salud y Seguridad Social” en *ESAN Foro Internacional de Administración de Salud*. Lima.
- MANRIQUE MORALES, Luis y col. “Los Fondos de compensación social en el Perú”.
- OPS (1994), *Las condiciones de Salud en las Américas*. OPS Washington DC. Vol. 1 y 2.
- OPS/OMS (1997), *Situación de la Salud en las Américas-Indicadores Básicos* Programa de Análisis de Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. Washington DC.
- PETRERA PAVONE, Margarita, (1996), “La investigación en economía de la salud en Perú” Informe presentado en OPS: *Seminario: la investigación en economía y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe, situación actual y desafíos en el Perú*. Santiago.
- RUIZ, Jorge, (1994), “Funcionamiento Actual de los Sistemas Prepagos en el Perú” en: *ESAN Foro Internacional de Administración de Salud*. Lima.
- SANABRIA, César, (1993), “Política Económica y Crisis de salud en el Perú”. Universidad Mayor de San Marcos.
- SANABRIA Cesar, (1995), “El ajuste estructural en el sistema de Servicios de Salud del Perú” en AES. *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, Eficiencia y calidad : El desafío de los modelos de Salud*-. Buenos Aires. Ed. Isalud. Pág. 227-244.
- SANABRIA Cesar, (1996), “El sector Salud en Perú” en AES *V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La Economía de la Salud en la Reforma del Sector*.. Buenos Aires. Ed. Isalud. Pág. 170-174.
- WORLD BANK, (1997), “Select World Development Indicators”. Washington DC.

Siglas Utilizadas

- ENIEXs: Entidades e Instituciones del Exterior.
- FONCODES: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social.
- IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social.
- MINSa: Ministerio de Salud.
- OSS: Organismo privado de Servicios de Salud .
- PAAD: Programa de Asistencia Ambulatoria Directa.
- ZONADIS: Zonas de desarrollo integral de la salud.

Uruguay*

Características Generales



La República Oriental del Uruguay es un estado independiente de América del Sur, el más pequeño de los países de esta parte del continente.

La Ganadería es una de las principales actividades del país. Aproximadamente el 75% del suelo está dedicado a ella. Como consecuencias, las industrias que derivan de labores agropecuarios han adquirido un significativo desarrollo.

Población

La población del Uruguay se estima, para 1997, en 3.221.000 habitantes, de los cuales la mayoría está constituida por individuos de raza blanca y de origen europeo. Existe un alto grado de concentración de la población en el departamento de Montevideo, el cual, si bien es el menor de las 19 divisiones político administrativas que conforman la República del Uruguay, reúne casi la mitad de la población del país.

Por otro lado, se registra una continua tendencia a la urbanización, siendo ésta ya muy elevada (cuadro 1). Consecuentemente, la población rural además de ser un porcentaje muy pequeño, muestra una mínima densidad de población por km² (de 0,5 habitantes y menos). (División de Turismo, 1998a).

Uruguay presenta aindicadores sociales muy destacados en el contexto latinoamericano. Es el país de América Latina con menor porcentaje de población en situación de pobreza, el cual se encontraba entre 1990 y 1994 alrededor del 7%. Sin embargo, se advierte una fuerte desigualdad en la distribución del ingreso. Mientras que el sólo 6,13% del total de los ingresos es percibido por el 20% de los hogares más pobres, casi el 45% del total de los ingresos es percibido por el 20% de los hogares más ricos (Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

Por otro lado es importante señalar que la tasa de desempleo se encuentra entre las más altas de la región (cuadro 1).

* Informe elaborado por Claudia Madies, Valeria Freylejer y Federico Tobar en base al relevamiento preliminar desarrollado por Miguel Angel Amarilla, Carolina Arroyo y Susana Saporiti, y presentado en el seminario "Tendencias de Reforma en los Sistemas de Salud en América Latina" realizado en el marco de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud, en Buenos Aires durante los días 12 y 13 de diciembre de 1997.

En cuanto a la estructura de la población según grupos de edad, debido a las bajas tasas de fecundidad y mortalidad que presenta el país, se advierte una tendencia al envejecimiento de la estructura poblacional (cuadro 2).

Cuadro 1: Uruguay: Información general del país

Superficie del país (en km²)	176.215
Población total (N° de hab)	3.221.000 (1997)
Población urbana (%)	91 (1996)
Población rural (%)	9 (1996)
Poblac. en situación de pobreza (%)	7 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	0,55 (1995-2000)
Tasa de desempleo (%)*	11,9 (1997)

Fuente: OPS/OMS (1997), *Instituto Nacional de Estadística, Uruguay.

Cuadro 2: Uruguay: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cant	%
Menos de 5 años	262.000	8.22
5 a 14 años	515.000	16.16
15 a 44 años	1.379.000	43.28
45 a 64 años	639.000	20.05
65 años y más	391.000	12.27
	3.186.000	100

Fuente: OPS/OMS (1994), estimación para 1995.

Organización política

Uruguay es una República unitaria dividida en 19 Departamentos, cada una con un gobierno municipal semi- autónomo (OPS/OMS, 1994). La Capital del país es la ciudad de Montevideo

Economía

La actividad económica del Uruguay está concentrada principalmente en el departamento de Montevideo, en el cual, según el censo económico de 1988, se radicaban 53% de las unidades económicas industriales y el 73% del personal ocupado en la actividad industrial.

No obstante, en los últimos años la tendencia de la industria ha sido descendente, fundamentalmente debido a la escasa inversión. Se constatan situaciones diferentes en cuanto a la capacidad de adaptación y reconversión de las empresas industriales a las nuevas tecnologías y al nuevo marco regional, lo que en muchos casos ha provocado el desplazamiento de la actividad productiva industrial hacia el sector comercial importador (Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

El Producto Bruto Interno de Uruguay alcanzó en 1995 los U\$S 17.847 millones. (World Bank, 1997). Los sectores “servicios comunales, sociales y personales”, “banca, finanzas y servicios a las empresas” e “Industrias Manufactureras” son los que presentan una mayor participación dentro del producto total. A ellos le siguen el sector “comercio” y “agricultura, caza, silvicultura y pesca” (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

Estado de salud de la población

Dado que Uruguay ha completado el proceso de transición epidemiológica, las enfermedades crónicas y degenerativas son las de mayor prevalencia, mientras que las enfermedades infectocontagiosas son poco frecuentes. No existe en el territorio riesgo de fiebre amarilla, peste, malaria, rabia, poliomelitis, tétanos neonatal, difteria ni dengue (División de Turismo, 1998b).

En Uruguay existe un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de morbimortalidad, como consecuencia de los estilos de vida que condicionan este perfil demoepidemiológico.

La tasa de mortalidad global por todas las causas es de 10 por mil habitantes. La tendencia actual es un aumento sostenido de la mortalidad en el grupo de 65 años y más (casi un 70% en 1991) y una gran disminución en la mortalidad de los menores de 5 años (4,3% en 1991). (División de Turismo, 1998a). En tanto, la mortalidad infantil es de 17 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer es de casi 73 años (cuadro 3).

En cuanto a las tasas de mortalidad por causas se registran las enfermedades del aparato circulatorio, los procesos tumorales o los accidentes de todo tipo respectivamente en los tres primeros lugares. Entre estos últimos los accidentes de tránsito constituyen una causa relevante (cuadro 4).

Cuadro 3: Uruguay: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	17 por mil nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	72,9 (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	76,1 (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	69,6 (proyección 1995-2000)

Fuente: OPS/OMS (1997).

Cuadro 4: Uruguay: Principales causas de muerte, 1996

Causa	Participación en el total de defunciones
Enf. del aparato circulatorio	34,8
Tumores malignos	22,2
Accidentes y efectos adversos	5,9
Infecciones respiratorias y neumonías	4,0
Subtotal cuatro primeras causas	67,0

Causa	Participación en el total de defunciones
Resto de las causas	33,0
Total	100,0

Fuente: Intendencia Municipal de Montevideo (1998).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del sistema de salud

Hitos más importantes en la historia del sistema de salud uruguayo

- ⇒ En 1914 surgen las primeras medidas de la seguridad social que dieron origen a la creación del Banco de Seguros del Estado.
- ⇒ En 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública y se dictó la Ley Orgánica de Salud Pública (que es la que rige actualmente las funciones del Ministerio). La creación del Hospital de Clínicas en la década del '50 constituyó un hito importante en el desarrollo del subsector público.
- ⇒ En cuanto al subsector privado, cabe señalar la creación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1935, hecho importante en la transformación del sector privado colectivo (el cual tiene en Uruguay un predominio frente a las prácticas privadas particulares).
- ⇒ En 1943 se reglamentó por primera vez el funcionamiento de las Instituciones de Atención Médico Colectiva (IAMC), que tienen una larga trayectoria en el país (la más antigua data de 1853).
- ⇒ La huelga iniciada en 1957 modificó la estructura de las IAMC en forma decisiva: provocó la salida de los afiliados a las IAMC y a un ingreso masivo al CASMU, que hasta el día de hoy dobla en tamaño a la siguiente IAMC del país.
- ⇒ A partir de 1958 se inició un importante crecimiento de la Seguridad Social en el campo de la salud a través de la creación de Seguros de Enfermedad con base en convenios obrero-patronales.
- ⇒ En 1979 se crea el Fondo Nacional de Recursos, destinado a las patologías de alta complejidad no cubiertas por los efectores públicos ni por los seguros de salud colectivos. De este modo se dio nacimiento a los Institutos de Médicos de Asistencia Altamente Especializados (IMAE).

Las décadas del '20 y '30 son las del gran desarrollo de los servicios públicos de salud en Uruguay, durante las cuales se crea la mayoría de la infraestructura con la que aún cuenta el Ministerio de Salud Pública (Labadie et al, 1991).

En los inicios del presente siglo, en el contexto del desarrollo de la industria de transformación de materias primas, se dieron una serie de acciones del Estado orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la población en respuesta a demandas de asalariados urbanos y grupos de presión económica (Errandonea, 1990). Entre ellas se cuentan las medidas relacionadas con la Seguridad Laboral, que incluían prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Con tal fin, fue creado en 1914 el Banco de Seguros del Estado.

Más tarde se incorporó la cobertura de otra serie de riesgos o de necesidades básicas de la población (vivienda, alimentación, salud, etc.). (González García, 1994).

En 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública, al que le asignaron funciones asistenciales, normativas y de control en los aspectos relacionados con la higiene pública y la asistencia médica. (González García, 1994). En ese mismo año se dictó la Ley Orgánica de Salud Pública que es la que rige hasta hoy las funciones del Ministerio.

Otro hecho importante en el desarrollo del subsector público de salud uruguayo fue inauguración del Hospital de Clínicas en la década del '50, con lo que quedó prácticamente consolidada la infraestructura de servicios de salud públicos. Sin embargo, en los años posteriores se registró un deterioro del sector y una disminución en la inversión, lo que provocó una caída en la calidad de atención, aunque la cobertura prácticamente no se modificó y se advirtieron mejoras en algunos indicadores de salud.

En tanto, cabe señalar que los servicios públicos eran usados fundamentalmente por la población de menores recursos. Los estratos de mejores ingresos hacían uso de servicios privados.

El subsector privado de atención médica en Uruguay ha tenido una evolución que ha llevado de una práctica mayoritariamente privada particular a una práctica predominantemente colectiva (Labadie et al, 1991). En este sentido, fue importante el desarrollo del mutualismo, cuyos primeros antecedentes datan de mediados del siglo XIX, con la creación de la Asociación Española. El modelo inspirado en el mutualismo europeo fue incorporado por una serie de colectividades y se concentró fundamentalmente en la ciudad de Montevideo.

En los años siguientes se crearon una serie de otras instituciones: Sociedad Francesa, Sociedad Italiana, Asociación Fraternidad, Circolo Napolitano, Círculo Católico de Obreros, Fraternal Unida.

En ese entonces, estas instituciones constituían una opción par la población de recursos medianos a bajos, ya que no se tenía una alta consideración de la calidad de los servicios. La población de mayor nivel económico se atendía en forma particular, recibiendo internación en los sanatorios privados que también se crearon entre fines del siglo pasado y comienzos del actual.

Por otra parte, es importante señalar que en 1935 se creó el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), dependiente del sindicato médico del Uruguay, el cual significó un hito importante en la transformación del subsector privado colectivo, tanto por la afiliación que logró captar como por el nivel de atención.

El CASMU fue el responsable de la creación del sistema de afiliaciones colectivas para grupos de obreros, empleados corporativistas y sus familias, a través de la inscripción obligatoria o gratuita para el usuario.

Paralelamente, se comenzaron a establecer por diversas vías seguros parciales privados para otros trabajadores del sector privado, contratando la mayoría de las afiliaciones colectivas y seguros por enfermedad con el CASMU y los servicios de atención en Montevideo. En tanto, este proceso fue acompañado por la paulatina disminución del subsector particular privado de atención médica.

En 1943 se reglamentó por primera vez el funcionamiento de las llamadas Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC). Estas son entidades privadas sin fines de lucro que surgieron a partir de las asociaciones mutuales de colectividades y, prestan servicios en efectores

propios cobrando una cuota mensual de carácter social. Estas instituciones tienen una larga trayectoria en el país; la más antigua data de 1853.

En el mismo año se estableció el régimen de Asignaciones Familiares, por el que reciben atención médica las trabajadoras y esposas de trabajadores del sector privado. En tanto, a partir de 1958 se inició un importante crecimiento de la Seguridad Social en el campo de la salud, a través de la creación de Seguros de Enfermedad en base a convenios obrero-patronales.

Por diversas vías nacieron seguros parciales privados para otros trabajadores, funcionarios del CASMU y luego, para todos los trabajadores no médicos del subsector privado de salud, funcionarios de la Universidad, empleados y obreros municipales y muchos otros.

Durante los años siguientes a la creación del CASMU el subsector privado colectivo siguió creciendo en Montevideo, incluyendo paulatinamente a grupos de mayores recursos económicos y llevando la práctica privada particular a dimensiones cada vez menores. El desarrollo del subsector privado en Montevideo durante este siglo, se asocia con un aumento progresivo de la cobertura del subsector privado colectivo, y una marcada disminución del subsector privado particular de atención médica (Labadie et al, 1991).

En 1957-58 tuvo lugar un hecho que modificó la estructura de las IAMC en forma decisiva: una huelga médica desde octubre de 1957 a Julio de 1958. Los médicos se levantaron en huelga contra todas las instituciones de asistencia médica colectiva menos el CASMU, que perteneciente al propio gremio, continuó funcionando normalmente. Esto llevó a la salida de los afiliados de las mutuales y a un ingreso masivo al CASMU, que hasta el día de hoy dobla en tamaño a la siguiente IAMC del país.

Por otro lado, cabe señalar que fuera del departamento de Montevideo, el mutualismo prácticamente fue inexistente hasta alrededor de 1960. En 1965, las IAMC del interior se reunieron en Salinas y crearon la Federación Médica del Interior. Asimismo, en esta reunión se estableció que la necesidad de que las Asociaciones Médicas del Interior actúen en forma uniforme frente al planteamiento de determinados problemas como punto fundamental para lograr una fuerza gremial colectiva de verdadera solidez (Labadie et al, 1991).

En 1979 se creó el Fondo Nacional de Recursos, integrado con fondos del Estado, las IAMC, entes autónomos, servicios descentralizados, municipios y personas asistidas por los mismos. Este Fondo estaba destinado a la cobertura de las patologías de alta complejidad no cubiertas por los efectores públicos ni por los seguros de salud colectivos. De este modo se dio nacimiento a los Institutos de Médicos de Asistencia Altamente Especializados (IMAE). En el período 1973-1984, bajo los gobiernos no democráticos, los seguros de enfermedad perdieron su autonomía (administrativa y financiera) al ser intervenidos y unificados bajo la Dirección de Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (González García, Coord., 1994).

Sin embargo, este escenario cambió a partir de 1985, con la reinstitucionalización de la democracia y con ella del Banco de Previsión Social (con carácter de ente autónomo), del cual pasan a depender los seguros de enfermedad.

Actores y roles dentro del sistema

El sistema de salud uruguayo comprende un conjunto heterogéneo de instituciones, con escasa coordinación y desigual desarrollo. Puede ser considerado como un modelo de salud mixto, con una tendencia hacia el modelo del seguro social y luego hacia el de seguros privados. Los subsectores que integran el sistema son el público, el de la seguridad social y el privado (colectivo y particular).

Subsector público

Actualmente, en el subsector público el Ministerio de Salud otorga prioridad a sus funciones de ente normatizador y controlador frente a las actividades de atención directa. Asimismo, se advierte un deterioro en las prestaciones como consecuencia de las restricciones presupuestarias y la transferencia de los servicios de alta tecnología al subsector privado.

En este contexto, el subsector público está compuesto por:

- ⇒ Gobierno Central (a través del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y el de Trabajo).
- ⇒ Gobiernos Departamentales
- ⇒ Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- ⇒ Prestadores Públicos
- ⇒ Prestadores Privados
- ⇒ Banco de Seguros del Estado
- ⇒ Servicio de Sanidad Policial y de las Fuerzas Armadas
- ⇒ Servicios de organismos descentralizados y de los entes autónomos
- ⇒ Los usuarios
- ⇒ El Ministerio de Salud Pública es el ente regulador de las prestaciones médicas en todo el país, aunque las demás instituciones del sector actúan con bastante independencia, tanto presupuestaria como técnica. El Ministerio de Economía regula los aspectos financieros del subsector y el Ministerio de Trabajo la afiliación de los trabajadores al seguro obligatorio. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública es el organismo de control de las IAMC, que tiene a su cargo tareas de auditoría y monitoreo del sistema. Las políticas de salud se orientan en función de los principales problemas de salud y se da prioridad a los programas de atención al adulto y al control de enfermedades crónicas no transmisibles.
- ⇒ Uruguay está dividido administrativamente en 19 departamentos, muchos de los cuales cuentan actualmente con policlínicas y centros de atención de salud de baja complejidad. La acción de los gobiernos departamentales en el área salud es relativamente reciente y está orientada a brindar atención primaria.
- ⇒ La ASSE fue creada en 1987, es un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio, y es responsable de las siguientes funciones: a) administrar los establecimientos de atención médica del MSP, b) coordinar el funcionamiento de todos los organismos estatales (subsector público), que posean establecimientos de servicios de atención médica y, c) organizar la atención de primer nivel de sus beneficiarios en base a médicos de familia, remunerados en base al régimen de capitación. Dispone de 61 establecimientos asistenciales distribuidos en todo el país (8533 camas para pacientes agudos y crónicos e institutos especializados).
- ⇒ Los prestadores públicos brindan servicios asistenciales, gratuitamente o mediante el pago de un arancel, a los sectores más desprotegidos, a través de una amplia red distribuidos en todo el país, sin especificidad por nivel de complejidad y con escasa integración funcional. Entre estos prestadores se encuentran los hospitales, los centros ambulatorios, puestos de salud, y las policlínicas y centros de atención de salud departamentales de baja complejidad. Las Casas de Salud también pueden considerarse dentro de este grupo. Ellas brindan alojamiento a determinado tipo de población, como los ancianos y los discapacitados. También se incluye entre los prestadores públicos al Hospital de Clínicas, el cual es una dependencia de la Universidad

de la República ubicada en Montevideo, que desarrolla fundamentalmente actividad docente y científica. Sus servicios son gratuitos o de bajo costo. Es la institución hospitalaria más compleja del país, en cuanto incluye prácticamente la totalidad de las especialidades médicas.

- ⇨ Algunos organismos integrantes del subsector público muchas veces subcontratan los servicios de los sanatorios y otros servicios privados particulares, así como también de las IAMC.
- ⇨ El Banco de Seguros del Estado cubre riegos de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo. Cuenta con un centro asistencial especializado de 160 camas.
- ⇨ El Servicio de Sanidad Policial depende del Ministerio de Interior. Brinda atención médico hospitalaria al personal policial y sus familias y a los retirados del sector. Cuenta con un hospital en Montevideo (con 70 camas) y, en el interior, ha acelerado convenios con el Ministerio de Salud. Se financia mediante aportes del personal policial y recursos generales provenientes del presupuesto nacional. En tanto, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas depende del Ministerio de Defensa Nacional, brinda atención médico-hospitalaria al personal militar, a los retirados del sector y a sus familias. Posee un hospital central en Montevideo (con 447 camas), y, en el interior, los beneficios son también atendidos por el Ministerio de Salud. Se financia mediante aportes de los funcionarios militares y recursos presupuestarios generales.
- ⇨ Los servicios médicos de organismos descentralizados y los entes autónomos (Administración de Ferrocarriles del Estado –AFE-, Refinería de Petróleo, Asociación Nacional de Combustible, Alcohol y Portland.- ANCAP- y otros), pertenecientes en general al dominio industrial y comercial del Estado, brindan cobertura de salud a sus trabajadores y en algunos casos a sus familias a través de servicios propios y en algunos casos mediante convenios con instituciones médicas.
- ⇨ Los usuarios en general son la población carenciada, sin ocupación en relación de dependencia o mayores de 65 años que discontinuaron su aporte a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el momento del retiro, quedando sin cobertura del seguro obligatorio.

Subsector de la seguridad social

- a) Banco de Previsión Social (BPS)
- b) Dirección de Seguros de Enfermedad (DISSE)
- c) Dirección de Asignaciones Familiares (DAF)
- d) Fondo Nacional de Recursos
- e) Prestadores (principalmente IAMC)
- f) Los Usuarios

- ⇨ El BPS es el ente que centraliza la seguridad social y desarrolla las actividades en el área de la salud a través de la DISSE y de la DAF. Tiene a su cargo el Seguro Social de Enfermedad, un programa materno infantil y un programa de malformaciones congénitas. El BPS oficia de agencia recaudadora de las contribuciones que cada afiliado hace a la IAMC elegida. A su vez, envía mensualmente mediante medio magnético a cada una de las IAMC, el listado de afiliados que se encuentran al día en el pago de los aportes. Adicionalmente, transfiere a cada institución las capitas correspondientes a sus afiliados.

- ⇨ La DISSE es la encargada de afiliar a los trabajadores privados a una IAMC de su elección y es quien recibe el pago voluntario individual o colectivo destinado a las mismas.
- ⇨ La DAF es la encargada de cubrir las prestaciones relacionadas con la atención del embarazo y del parto para las trabajadoras o las cónyugues embarazadas de cotizantes y la atención médica de sus respectivos hijos hasta los 5 años de edad. Para ello utiliza servicios propios que posee en Montevideo, o contrata servicios con el Ministerio o con las IAMC del interior del país.
- ⇨ El Fondo Nacional de Recursos está integrado por fondos del Estado, entes autónomos y servicios descentralizados, las IAMC y personas físicas que se adhieran. Está estructurado como un seguro obligatorio y es el encargado de habilitar a los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IAME) para realizar los actos médicos cuya cobertura regula. Este seguro cubre prestaciones de alta complejidad.
- ⇨ La cobertura de los seguros de salud es brindada a través de las IAMC (que en general poseen capacidad instalada propia para cubrir a la casi totalidad de su demanda), quienes además son las encargadas de administrar los fondos provenientes de las cuotas de los asegurados, que cobra el BPS y las que recibe por las afiliaciones voluntarias. Asimismo, en algunas ocasiones se contratan servicios del Ministerio de Salud. Por otro lado, los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) brindan servicios a la población cubierta por el seguro del Fondo Nacional de Recursos. Estos institutos utilizan la infraestructura de los establecimientos dependientes de las IAMC o de los hospitales públicos.
- ⇨ Los usuarios son todos los trabajadores asalariados del sector privado de la economía, incluyendo los del sector rural, así como también los pequeños empresarios (patrones de empresas unipersonales con hasta un dependiente).

Subsector privado (colectivo y particular)

Este subsector incluye diversas formas de organización prestacional y financiera. Se distinguen diferentes modalidades en función de su vinculación con el subsector público y el grado de control que éste ejerza:

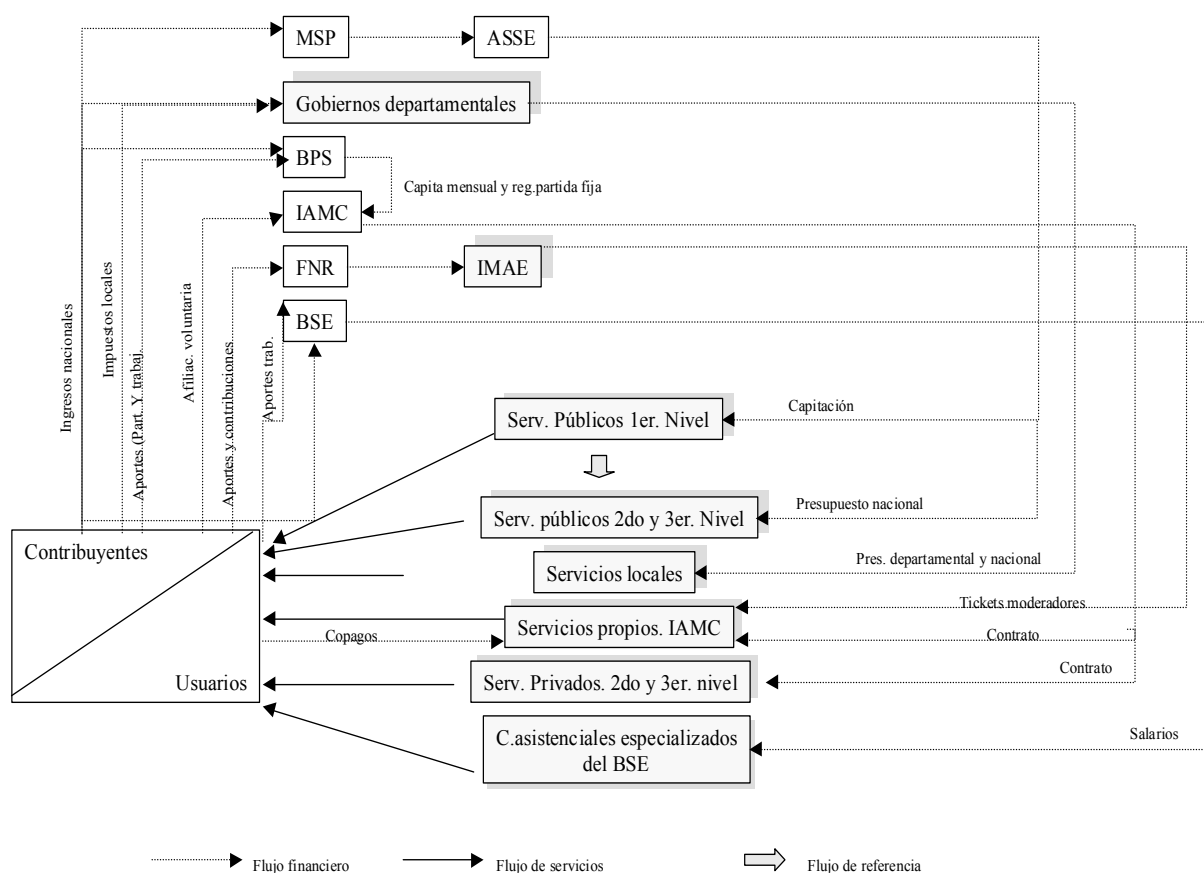
- el *segmento privado bajo control estatal*: conformado por las IAMC con tres modalidades posibles: a) de propiedad de los usuarios (mutualistas), b) de propiedad de los prestatarios (cooperativas médicas), c) de propiedad de terceros.
- el *segmento privado "puro"*: compuesto por clínicas y sanatorios, IMAE, seguros parciales y profesionales individuales o agrupados en cooperativas.
- asimismo, el subsector está integrado por los *Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio*. De este modo, los beneficiarios del seguro social de enfermedad pueden constituir un seguro propio, excluyente del régimen general. Estos seguros se forman por empresa y contratan los servicios médicos con las IAMC. El control de estos seguros está a cargo del BPS.

En resumen, puede decirse que el subsector privado está compuesto por los siguientes actores:

- ⇨ Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)
- ⇨ Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)
- ⇨ Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)
- ⇨ Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio:

- ⇒ Seguros Parciales
 - ⇒ Profesionales y prácticas privadas independientes
 - ⇒ Sanatorios y otros Servicios Privados
 - ⇒ Los usuarios
-
- ⇒ Las IAMC son instituciones privadas, independientes y competitivas, que si bien están controladas por el Ministerio, por su carácter tienen un alto grado de autonomía para su organización y funcionamiento. Las IAMC incluyen tanto atención ambulatoria como hospitalaria. El acceso a sus servicios se rige básicamente por: a) un régimen de afiliación individual voluntaria (subsector privado) y b) los beneficiarios del seguro social de enfermedad a cargo del BPS (subsector de la seguridad social).
 - ⇒ Las IAMPP comprenden un área relativamente reducida de instituciones que venden servicios (sobre todo camas) a otras instituciones del subsector privado, fundamentalmente a las IAMC.
 - ⇒ Los IMAE son instituciones privadas, con regulación legislativa, destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones cuya complejidad requiere de un alto grado de especialización técnica, así como de un alto costo de montaje y mantenimiento.
 - ⇒ Son seguros otorgados por empresas privadas que contratan los servicios médicos con las IAMC. Son seguros convencionales de enfermedad sustitutivos del régimen general y los beneficios que brindan no pueden ser inferiores a los del régimen general.
 - ⇒ Son seguros de prepago ofrecidos por el subsector privado con fines de lucro. En general tienen una cobertura parcial y no presentan una cuota controlada. Existe gran heterogeneidad en las prestaciones de estos seguros, pero pueden ordenarse en cuatro rubros: a) servicios de emergencia móvil y de traslados, b) seguros que brindan diagnósticos en diferentes especialidades, c) seguros quirúrgicos que ofrecen servicios de internación y d) servicios de atención ambulatoria y a domicilio.
 - ⇒ Son de escasa significación. Este tipo de servicios está destinado a satisfacer la demanda de los sectores de mayor poder adquisitivo y a la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos.
 - ⇒ En general desarrollan muy poca actividad propiamente privada. Sus servicios son mayoritariamente contratados por las IAMC y por algunos organismos integrantes del subsector público.
 - ⇒ Los usuarios son quienes pagan mensualmente una cuota por su cobertura médica o aquellos que realizan desembolsos directos a cambio de prestaciones médicas privadas particulares.

Uruguay: Organización del Sistema de Salud



Financiamiento

Con respecto a la seguridad social, El BPS es el encargado de recaudar los aportes y contribuciones del seguro obligatorio y de financiar las prestaciones de salud de los trabajadores en relación de dependencia. Dentro de su estructura, la DISSE es la encargada de recaudar los aportes patronales y de los trabajadores (del 4% y 3% sobre la masa salarial respectivamente), y de pagar una cápita mensual a la IAMC que el beneficiario elija. Este seguro obligatorio también recibe aportes del Estado (generalmente extraídos de los recursos presupuestarios generales), equivalentes a la diferencia entre la recaudación observada en el BPS y los costos de atención de las IAMC.

Las IAMC se financian mediante un régimen de prepago mensual, por afiliado, y un régimen de partida fija. Los usuarios deben abonar, además, tickets moderadores para consulta médica, medicamentos, análisis, etc.

Las IAMC también reciben afiliaciones voluntarias (las afiliaciones obligatorias dependientes del BPS representan aproximadamente el 35% de sus beneficiarios). En general los afilia-

dos voluntarios son familiares de trabajadores no incluidos en la seguridad social, trabajadores sin relación de dependencia o personas de más de 64 años con capacidad de pago.

El valor de las cuotas percibidas por las IAMC se encuentra reguladas por el Estado no pudiendo incrementarse sin autorización previa. Recién en el transcurso de 1992 se estableció una liberalización de los precios de las mismas. En caso de ser necesario algún tipo de inversión por parte de la IAMC la ley le permite aumentar el valor de las cuotas aunque siempre con autorización estatal y hasta cubrir el monto de la inversión a realizar.

Finalmente, los IMAE se encuentran financiados a través de un fondo al cual aportan los trabajadores, empleadores y el Estado (en función de aquellas personas que no posean otro tipo de cobertura).

El Banco de Seguros del Estado, por su parte, se sostiene con el aporte obligatorio del seguro laboral por parte de los empleadores y el aporte estatal en caso de ser insuficiente lo primero. Los aportes patronales varían según la actividad y las condiciones de seguridad que las empresas tengan en sus establecimientos.

Los hospitales públicos se financian con recursos del presupuesto nacional, consignados como gastos del gobierno central.

El Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina en materia presupuestaria se rige por las normas aplicables a la Universidad, ente autónomo del Gobierno Central pero carente de autonomía financiera.

El Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas se financia mediante aportes de los funcionarios militares y recursos presupuestarios generales.

El Servicio de Sanidad Policial se financia mediante aportes del personal policial y recursos generales provenientes del presupuesto nacional.

Finalmente, los gobiernos departamentales poseen autonomía presupuestaria, aunque en muchos casos la misma es sólo teórica por los déficit que registran y que son cubiertos por el Gobierno Central.

Oferta de servicios

Cuadro 5: Uruguay: Oferta de servicios por subsector

	Subsector público	Subsector privado	Subsector de la Seg. Social	Total
Nº establecimientos				
Hospitales o sanatorios (1990)	60	52	-	112
Centros de salud o clínicas (1990)	151	65		216
Camas (1993)	9985	3.827	-	13.812 \cong 4,5 x 1.000 hab
Médicos (1995)				35,6 x 10.000 hab

	Subsector público	Subsector privado	Subsector de la Seg. Social	Total
Enfermeras (1996)				6,8 x 10.000 hab.
Odontólogos (1995)				11,8 x 10.000 hab

Fuente: OPS (1993) y OPS/OMS (1997).

Demanda

Cuadro 6: Uruguay: Demanda de servicios por subsector, 1991

	Subsector Público	Subsector Privado
Consultas anuales per cápita	6,3 Montevideo 4,1 Interior	5,5
	122.941 188% agudos en Montevideo 134,2% en el interior	100,6% afiliados a las IAMC
Tiempo medio de internación	16,2 días	4,5 días

Fuente: OPS/OMS (1994).

Cobertura

El sector salud se encuentra configurado en base a una compleja red de Instituciones públicas y privadas que cubren entre ambas a casi el 94% de la población (Noceti, 1997).

Los servicios provistos por el subsector público en general se destinan a la población carente, sin ocupación en relación de dependencia o mayores de 65 años que discontinuaron su aporte a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el momento del retiro, quedando sin cobertura del seguro obligatorio. Este subsector cubre aproximadamente al 35% de la población (Lazarov, 1998:115).

El subsector de la seguridad social, por medio del Seguro Social de Enfermedad, ofrece cobertura en salud a todo trabajador que se desempeñe en la actividad privada bajo relación de dependencia y a los pequeños empresarios (patrones de empresas unipersonales con hasta un dependiente). Están excluidos del beneficio los trabajadores que no registren hasta 13 jornadas de trabajo en el mes, siempre que ello no obedezca a razones de enfermedad, embarazo o parto.

La cobertura del Banco de Seguros del Estado abarca a los funcionarios de ente y a los trabajadores de las empresas aseguradas.

El subsector privado es el que brinda mayor cobertura relativa, particularmente el segmento constituido por las IAMC. En este sentido, el grupo de entidades privadas (integrado por 55 instituciones de prepago, componentes del IAMC y otras reunidas en Instituto Médico de Prestaciones Privadas -IMPP-) cubren al 55% de la población.

El personal militar, los retirados del sector y sus familias reciben los servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas. En tanto, el personal policial, los retirados del sector y sus familias reciben atención médico hospitalaria del servicio de sanidad policial.

Existen limitaciones en la accesibilidad del subsector público, fundamentalmente de carácter geográfico. También se observa una considerable obsolescencia de la infraestructura física y de la tecnología disponible en el subsector. (González García, 1994). Según encuestas no tendría acceso a los servicios un 6% de la población (Lazarov, 1998:115).

Los seguros privados están dirigidos principalmente a los sectores sociales de mejores ingresos (aunque algunos de ellos están dirigidos a la población de menores recursos económicos, que no puede afrontar el costo de la cuota de una IAMC y utiliza servicios del Ministerio de Salud (ASSE). Este subsector cubre aproximadamente a un 5% de la población (Lazarov, 1998:115)

Gasto

No se resulta fácil estimar los niveles de gasto en salud por subsector del Uruguay. OPS/OMS (1997) presenta datos de 1991 según los cuales el 34,3% del gasto es público y el 65,7%. A su vez, también se ha hecho referencia a diferentes pesos del gasto en salud como porcentaje del PBI que oscilan entre 7 y 10%. Se optó aquí por presentar los datos incluidos en un informe del World Bank, 1995 por resultar los más completos, aún cuando no figura el valor en dólares.

Cuadro 7: Uruguay: Gasto total en salud por subsector (1992)

	Miles de N\$		%PBI
Público	836	29%	2,42
MSP*	483.149		1,4
Fuerzas Armadas	117.803	4%	0,34
Htal de Clínicas	66.692	2%	0,19
FNR	38.605	1%	0,11
Asist. de Empleados Públicos	129.400	5%	0,38
Privado	2.013.991	71%	5,84
IAMC		48%	3,96
IMAE	89.935	3%	0,26
S.Parciales	168.000	6%	0,49
Desembolso directo	389.777	14%	1,13
Total	2.849.640	100%	8,26

Fuente: World Bank, 1995.

OBS: * incluye también los recursos del programa de bienestar materno infantil

Reforma del sistema

Entre los principales problemas que aquejan al sistema de salud uruguayo se encuentra el de la inequidad en el acceso y prestación de los servicios.

La ley del mutualismo y posteriores reglamentaciones regulan las prestaciones de las IAMC y las definen como la atención integral que deben brindar mediante el prepago de una cuota fija regulada por el estado. Si bien el sistema engloba principios de solidaridad (los sanos pagan las prestaciones de los que las necesitan), encierra en si una inequidad ya que clases sociales de menor poder adquisitivo no tienen la posibilidad de acceder al mismo. La incorporación de los copagos en los últimos años, grava aún más al enfermo y restan solidaridad al sistema.

De acuerdo con Noceti (1997), la segmentación se manifiesta también en la formación del recurso humano en salud, la cual se realiza trabajando y aprendiendo en los "pobres" que se asisten en los hospitales públicos que no tienen posibilidad de elegir.

Otro elemento crítico del sector es la ineficiencia de los servicios de salud, la cual se observa en el exceso de actos clínicos que tiene el país, con bajísimos beneficios en relación a su costo y en el modelo de atención existente (que privilegia la alta y costosa tecnología sin realizar una evaluación crítica de los resultados que se obtienen).

Bajo este contexto, se observa que el sistema de salud uruguayo no escapa a la tendencia mundial de reforma, asociada a la crisis del Estado del Bienestar en general y a los sistemas de salud en particular. De hecho, puede decirse que a partir de la primera regulación de las IAMC en los años '80 se ha iniciado un importante proceso de reforma. A partir de ese momento, las políticas, si bien no siempre estructuradas como un set coherente de decisiones estratégicas, han promovido la provisión privada de los servicios de salud por medio de cooperativas médicas, aumentando al mismo tiempo el financiamiento público. (Ramos, et al, 1997).

Por un lado, el mayor lugar otorgado al subsector privado está en línea con las recomendaciones del Banco Mundial y, por otro, el gobierno uruguayo ha recibido dos préstamos para apoyar la reforma del subsector público.

La estructura del mercado compuesto por las IAMC ha ido cambiando en los últimos 15 años. Debido a las regulaciones que exigían una cantidad mínima de miembros varias IAMC chicas desaparecieron o se fusionaron. Mientras que en 1983 había 83 instituciones, en 1991 había 52 (Ramos et al, 1997).

En tanto, se destaca el aumento de la presencia de las IAMC en el interior del país. Esto se debe a un mandato por el cual estas instituciones debían tener registros abiertos y a la inclusión de los trabajadores rurales en el Seguro Social de Enfermedad.

Según Noceti (1997), la reforma que necesita el país es una reforma profunda de gran magnitud pero que debe darse a través de una transformación gradual.

Desde fines de la década del '80 y a lo largo de los '90, se han ido implementando medidas de reforma tendientes a hacer frente a los principales problemas que presenta el sistema de salud uruguayo. En 1987 se aprobó la Ley de desconcentración de los Servicios de Salud del Estado, comenzando un proceso de separación de las funciones de prestación que tiene el MSP, de las de normatización, rectoría y control, como forma de fortalecer estas últimas.

Actualmente, como continuación de dicho proceso se encuentra en estudio del Parlamento, un proyecto de ley de descentralización de la Administración de los Servicio de Salud del Estado (ASSE) mediante la cual se pretende que las estructuras de ASSE se comporten como una empresa pública descentralizada permitiéndole competir con las IAMC. (Noceti, 1997).

Dentro de las actividades de reforma, el país está trabajando desde 1990 con el Banco Mundial en un proyecto de Fortalecimiento Institucional de los Servicio de Salud (FISS), que

apunta básicamente a la transformación de los hospitales públicos en hospitales autogestionados comunitarios, competitivos con las instituciones privadas.

Debilidades y Fortalezas

Situación de salud

Debilidades

- ⇒ **Alta incidencia de accidentes:** constituyen la tercer causa de muerte con una participación del 5,9% sobre el total de defuncions a anuales.

Fortalezas

- ⇒ **Indicadores propios de países desarrollados:** Uruguay ha realizado su transición epidemiológica, las enfermedades infecciosas tiene un peso residual, las causas de mayor prevalencia son crónico-degenerativas y la mortalidad infantil es relativamente baja (17 por il nacidos vivos).

Sistema de salud

Debilidades

- ⇒ **Alta fragmentación:** A pesar de los relativamente altos niveles de cobertura y accesibilidad y de que hacia el interior de cada subsistema se puede verificar el cumplimiento de criterios de equidad horizontal, persisten en el país grandes diferencias entre los beneficiarios de los diferentes subsectores.
- ⇒ **Inequidad en la distribución gográfica del gasto** y la producción de servicios: Un estudio desarrollado por Schweiger (1995) demostró que la distribución de recursos de salud pública no contempla los niveles diferenciales de pobreza (medidos a través del indicador de Necesidades Básicas Instisfechas). De manera que presenta grandes diparidades entre departamentos. En 1996 el por entonces Ministro de Salud del Uruguay afirmaba: "...cuando se coteja la distribución de recursos en atención médica con la distribución de necesidades de esa atención, se encuentra que la relación es exactamente la inversa: a mayor cantidad de necesidades menor cantidad de recursos efectivamente utilizados por persona en la totalidad del sistema"(Solari, 1996: 191).
- ⇒ **Subsidios cruzados:** Hay muchos servicios de atención médica, municipios y otros entes públicos que conforman un entrecruzamiento de derechos, de coberturas y de financiameintos, en las prestaciones

Fortalezas

- ⇒ **Seguro único para cubrir alta complejidad:** El Fondo nacional de Recursos actúa como un seguro único, que recoge recursos en la forma de un prepago y los administra a través d eun organismo público pero con integrantes del sector privado en su Consejo de Administración. Cubre al 100% d ella población para que se llaman las técnicas de alta complejidad, entre ellas: diálisis renal, cirugía cardíaca y al-

gunas otras prestaciones que no brindan ninguno de ellos otros servicios, ni el Ministerio de Salud Pública, ni las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. De manera que se trata de un único seguro nacional para las patologías de alta complejidad.

- ⇒ **Alta cobertura:** Menos de un 10% de la población no tiene acceso a los servicios y solamente un 37% accede a los servicios públicos.
- ⇒ **Alto desarrollo de los seguros privados:** Además de las Instituciones de Asistencia Médica Mutual, hay muchos seguros parciales, prepagos privados, como por ejemplo emergencias coronarias y muchas otras que cubren al 35% de la población, aunque esto también tiene su aspecto negativo ya que son las insuficiencias en el financiamiento y en las prestaciones de los efectores tradicionales los que impulsan a muchas personas a buscar una cobertura adicional en algunas áreas donde su sistema de aseguramiento no es fuerte (Rígoli, 1995:65)
- ⇒ **Base solidaria en la financiación:** El desarrollo del sistema, que se encuentra entre los países pioneros dentro de América latina, centrado en las figuras de las mutuales introduce un fuerte componente solidario en la base financiera del sistema de cobertura.

Políticas de salud

Debilidades

- ⇒ **Dificultades para concentrar los esfuerzos en acciones costo-efectivas:** A pesar de la relativamente alta disponibilidad de recursos, humanos, tecnológicos y financieros el sector de actividad que más crece es el de alta complejidad. “si se dibuja una torta de distribución de recursos por distintos niveles de tecnología en 1990 y 1995, se verá que el trozo destinado a la alta tecnología se multiplicó por cinco, mientras que el otro creció un poco menos de la mitad...” (Solari, 1996:193)
- ⇒ **Dificultades para regular el sistema:** A pesar de haber una multiplicidad de instituciones reguladoras, la regulación surge por superposición histórica y no del diseño integral de un marco regulador que apunte a un programa global de incentivos y que tienda a anticipar los problemas futuros (Lazarov, 1998:118).

Fortalezas

- ⇒ **Incremento de los recursos financieros:** Durante la primera mitad de la década del noventa los recursos del Ministerio de Salud Pública se han incrementado en más de un 75%, la sanidad militar y policial en un 86%, el Hospital de Clínicas en 4% y los efectores privados en 76% (Rígoli, 1995: 65). En ese mismo período los recursos del seguro de enfermedades catastróficas se incrementaron en un 500% (Solari, 1996: 192)

Bibliografía Consultada

- DIVISIÓN DE TURISMO (1998a), “Características Básicas de la Salud”, <http://www.turismo.gub.uy/msp/msp2.html>.
- DIVISIÓN DE TURISMO (1998b), “Resumen de la Situación Epidemiológica del Uruguay”, <http://www.gub.uy/msp/msp7.html>.
- ERRANDONEA, A. (1990), “Políticas de Salud en la Transición a la Democracia. Uruguay”. Instituto de Ciencias Sociales y OPS, mimeo.
- GONZÁLEZ GARCÍA, GINÉS. (Coord.) (1994), “Los Sistemas de Atención Sanitaria de la Seguridad Social en Algunos Países Seleccionados de América Latina”, en OISS (1995): *Metodología para el Análisis Comparativo de los Sistemas de Atención Sanitaria de Seguridad Social de América Latina*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Buenos Aires.
- INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO (1998), Unidad de Estadísticas: <http://www.turismo.gub.uy/intendencias/imm/poblar.htm>.
- LABADIE, G Y SÁNCHEZ, D. (1991), “Evolución del Sector Salud y Desarrollo de sus Formas de Organización”, mimeo.
- LAZAROV, Luis (1998). “Marco regulatorio en Uruguay”. En: AES. *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El futuro de las reformas o la reforma del futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Páginas 114-8.
- NOCETI, M. (1997), “La Reforma a la Salud en Uruguay”, mimeo.
- OPS (1993), “Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay”.
- OPS/OMS (1994). *Condiciones de Salud en las Américas*. OPS/OMS. Washington D.C.
- OPS/OMS (1997). *Situación de Salud en América. Indicadores Básicos 1997*. Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. Washington D.C.
- RAMOS, A., E. SIANDRA, G. LABADIE Y D. SANCHEZ (1997), “Regulation in a Dual Health Market. The Case of Uruguay”, mimeo.
- RIGOLI, Felix (1995). “segundo panel”. En: AES. *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Páginas 63-5.
- SALDAIN, Rodolfo, “Seguridad Social y Salud en Uruguay”, mimeo.
- SCHWEIGER, Arturo. “El gasto en atención de la salud en la República oriental del Uruguay”. En: AES. *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Páginas 245-255.
- SOLARI, Alfredo (1996). “La reforma del sistema de salud del Uruguay”. En : AES. *V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La economía de la salud en la reforma del sector*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Páginas 191-5.
- WORLD BANK (1995). *Staff Appraisal report. Uruguay. Health Sector Development Project*. Human Resources Operations Division Country Department I. Latin American and Caribbean Region. Report N° 13678-UR. World Bank. World Bank. Washington D.C.
- WORLD BANK (1997). *Select World Development Indicators*. The International Bank for Reconstruction and Development, World Bank. World Bank. Washington D.C.

Anexo

Se registraron inconsistencias en la información acerca de los datos correspondientes al gasto en salud brindado por la OPS (1994). Según dichos datos, el subsector público y el privado representan el total del gasto y, por lo tanto, se deja de lado el papel que ocupa el subsector de la seguridad social. Probablemente, esto pueda deberse al hecho de que el subsector de la seguridad social no presta directamente los servicios sino que lo hace a través de las IAMC, que a su vez, como vimos, conforman la mayor parte del subsector privado. Por lo tanto, habría que tener en cuenta esta particularidad del sistema de salud uruguayo al considerar la información tanto del gasto, como también de la oferta y de la demanda por subsectores.

Siglas Utilizadas

ASSE: Administración de los Servicio de Salud del Estado.

BPS: Banco de Previsión Social.

BSE: Banco de Seguros del Estado.

CASMU: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

DAF: Dirección de Asignaciones Familiares.

DISSE: Dirección de Seguros de Enfermedad.

FISS: Fortalecimiento Institucional de los Servicio de Salud.

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada.

IMAE: Instituciones de Medicina Altamente Especializadas.

IMPP: Instituto Médico de Prestaciones Privadas.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

Capítulo 4

Conclusiones

El estudio hasta aquí presentado asume como principal objetivo el compilar y sistematizar la información para servir como base de investigaciones futuras. Sin embargo, el diseño del protocolo común empleado permite extraer un conjunto de conclusiones. Estas conclusiones se orientan no solo a identificar aspectos en los cuales los sistemas convergen o divergen sino también cuales serían las prioridades para la formulación de políticas sectoriales dirigidas tanto a mejorar directamente la salud de las personas como hacia la reforma del sistema.

Estado de salud de la población

Se pueden distinguir tres categorías de países de acuerdo a su nivel de avance dentro de la transición epidemiológica y demográfica. El primer grupo estaría conformado por Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay cuya pirámide poblacional aparece con mayor tendencia al envejecimiento poblacional y se encuentran en una situación intermedia de la pirámide. Las principales causas de las defunciones ya no son las infecciones comunes, la desnutrición y los aspectos reproductivos, sino un predominio de enfermedades no contagiosas, heridas y nuevas infecciones. En este cambio, la mortalidad adulta adquiere mayor relevancia con relación a la mortalidad infantil. Tal proceso genera modificaciones en la demanda de servicios e incremento de los costos. En estos casos probablemente la reforma debería orientarse a frenar la duplicidad de atención y el gasto, a través de modelos de atención que incentiven el mejor desempeño y la calidad, la productividad y el ahorro de recursos.

El segundo grupo es el conformado por Chile y Brasil, que aunque tienen indicadores epidemiológicos y sociales totalmente diferentes se presentan con una población más joven, que el grupo referido precedentemente, pero también en una situación intermedia de la pirámide. En términos de situación de salud Chile pertenece al primer grupo e incluso se sitúa por encima de la mayoría de los países. Sin embargo, en términos de estructura demográfica se asemeja más a Brasil que países como Uruguay.

El Salvador, México, Perú y Paraguay presentan una estructura poblacional joven. Tales países, a excepción de México -que registra causas de muerte más propias de países industrializados-, aparecen en la pre-transición, experimentando la yuxtaposición de los problemas de salud preexistentes y los emergentes. Dado que éstos últimos tienden a ser crónicos requieren de mayores recursos, simultáneamente con la presión de resolver los preexistentes. A menos que haya un incremento real de recursos o un uso más eficiente de ellos este tipo de perfil epidemiológico generará una puja distributiva entre el tratamiento de enfermedades del primero y del tercer mundo profundizando la inequidad y perjudicando a la población rural pobre, que es la que más sufre de las patologías de la transición.

Por otra parte, se advierte que en este último grupo de países el desarrollo industrial y el avance de la tecnología médica permiten demostrar, con mayor facilidad, resultados exitosos al disminuir la mortalidad por enfermedades transmisibles, del aparato reproductivo y de la nutrición.

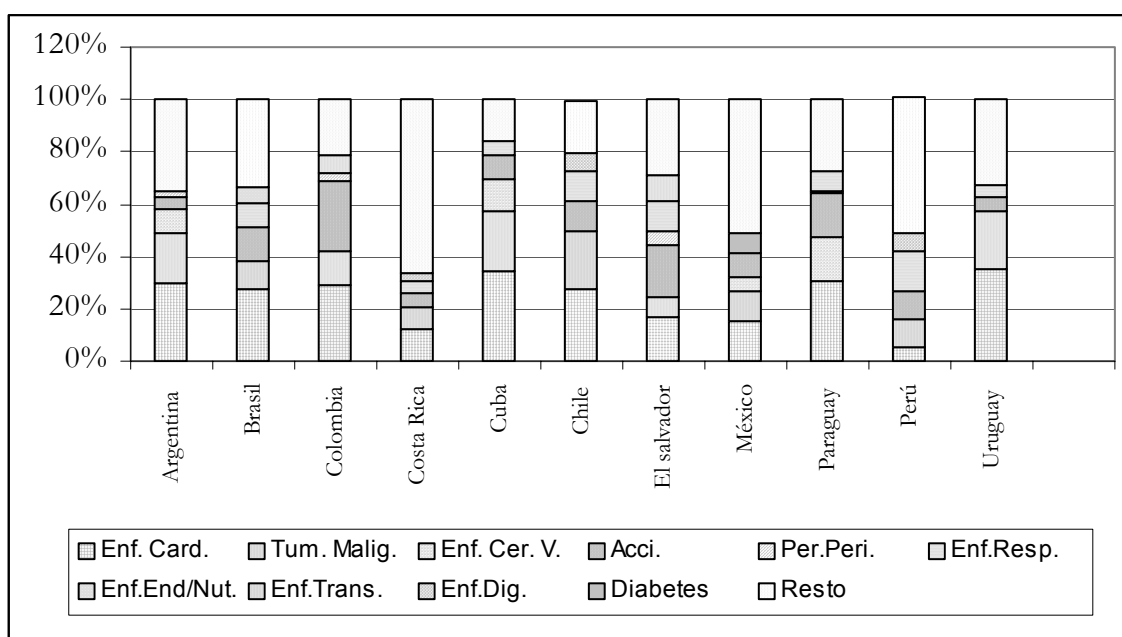
En todos los países se registran fuertes desigualdades internas en su situación de salud. A pesar de haber mayor o menor preponderancia de perfiles postransicionales, pre o transicionales, siempre coexisten cuadros de alta prevalencia de infectocontagiosas con cuadros de alta prevalencia de crónico degenerativas. En todos los países seleccionados a excepción de El Salvador y Perú, se registran las enfermedades del aparato circulatorio, como la principal causa de muerte. También en todos los países seleccionados los Tumores son la segunda causa de

muerte de la población salvo en Brasil y Paraguay, en los que ocupa el tercer lugar, y en El Salvador, en el cual tiene el cuarto lugar.

La importancia de las enfermedades del aparato circulatorio y de tumores, o enfermedades cerebrovasculares demuestran que la mayoría de estos países atravesó o se encuentra atravesando la transición epidemiológica, salvo El Salvador, Perú y Paraguay. No obstante, aún los países más avanzados en la transición continúan enfrentando, en menor medida que el resto, los problemas de salud que derivan de su situación anterior –enfermedades infecciosas, la desnutrición, y del aparato reproductivo- al par de tener que resolver la situación que les generan enfermedades reemergentes como el dengue o el cólera.

Todos los países padecen una fuerte epidemia de violencia. Las causas externas tienen también un lugar importante en todos los países seleccionados, principalmente en Brasil, México, El Salvador y Perú. En los países donde no hay enfrentamientos bélicos ni altas tasas de criminalidad cobran mayor peso proporcional los accidentes de tránsito, tales son los casos de la Argentina y Uruguay.

Principales causas de muerte en países seleccionados



Observaciones: Para Paraguay se tomaron los datos correspondientes al año 1988 (OPS/1996)

Sistema de salud

Organización

Desde una perspectiva histórico institucional se verifica que los sistemas de América latina han tendido a crecer dando origen a nuevos subsectores en función de las presiones ejercidas por nuevos actores y de las debilidades de los subsistemas vigentes en cada momento. De hecho, hoy prácticamente todos los sistemas son mixtos. Sin embargo, en algunos se registraba hasta los años setenta un claro predominio del subsector público (Chile y Argentina), tanto el financiamiento como en la oferta de servicios. De los países considerados solo Cuba y Brasil parecen mantener hoy dicha hegemonía. El primero es el único caso donde indiscutiblemente hay un modelo único y universal. En Brasil el SUS coexiste con un sistema privado de seguros que da cobertura a 35 millones de personas, además dentro del propio SUS el sector privado prestador detenta el mayor peso en la oferta de servicios.

A través de un amplio conjunto de transformaciones que se implementaron en los ochenta se abrió espacio para a los mercados prestadores y aseguradores privados. En algunos casos, como Chile se trata de una reforma activa. En la mayoría de los países considerados, sin embargo, el surgimiento de los sistemas prepagos evidencia la omisión (default) de políticas activas del Estado y estas instituciones prosperan debido a las deficiencias de los sistemas oficiales de cobertura y asistencia.

Se puede considerar a los once países según la clasificación de Carmelo Mesa Lago (1978) que distingue entre naciones que incorporaron sistemas de seguridad social y salud de forma pionera, intermedia y tardía. En la muestra de once países seleccionada está íntegramente representado el grupo de los pioneros (Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay), hay varios integrantes del grupo intermedio (Paraguay, Costa Rica, Perú, Colombia y México) y en realidad hay solo un país (El Salvador) que representa al tercer grupo o tardío.

Los países pioneros, que contaban con un modelo de seguro social de amplia cobertura, tendieron a incorporar la competencia en los agentes intermediarios. Brasil constituye una excepción ya que desarrolla su sistema centrado en la figura bismarckiana del seguro social de salud y la reforma ha inclinado su sistema hacia el tipo ideal del modelo universal welfariano de seguridad social. Argentina, Uruguay, Chile y Colombia se inclinan hacia soluciones más centradas en la competencia estructurada que consoliden la prevalencia del modelo de seguros de salud. En los cuatro casos, los servicios públicos tenderían a funcionar como proveedores de seguros autónomos o privados. En los casos de Uruguay, Chile y Argentina la libre elección y la tendencia a reducir el peso de las contribuciones sociales transformaría el modelo de seguro social en un modelo que adopta la dinámica de los seguros privados de salud.

En Argentina la desregulación del subsistema de Obras Sociales está provocando la reestructuración de estas empresas para hacer frente a la mayor competencia. Asimismo, se advierten movimientos estratégicos por parte de las empresas de medicina prepaga, quienes se preparan para recibir un escenario que les resulta prometedor.

Por otra parte, en Chile se registra un ciclo que se inicia con el modelo de sistema asistencialista centrado en la figura de la beneficencia y que proveía lo que se podía llamar “medicina de caridad” hacia un modelo asistencialista compensatorio. En ambos casos las instituciones públicas cumplen la doble función de proveer atención a los carentes –como bien público y meritorio- y a su vez garantizar la viabilidad de un mercado de servicios privados. En el primer

momento (último cuarto del siglo XIX) fue de servicios asistenciales, mientras que desde los años 80 de este siglo pasa a ser de seguros.

En tanto, con el fin de ampliar la competencia dentro del sector, en Colombia, la provisión de los servicios pasó a manos de empresas especializadas de asistencia médica, públicas o privadas, independientes del Ministerio de Salud, al tiempo que la intermediación quedó a cargo de Entidades Promotoras de Salud (EPS) responsables de promover y asegurar a toda la población. Sumado a ello se introdujo la libertad de elección de la EPS, ubicando a los usuarios en un nivel de negociación con peso dentro del sistema.

Finalmente, en Uruguay, la reforma se orienta a otorgar un mayor lugar al subsector privado. A partir de la primera regulación de las IAMC en los años '80, las políticas han promovido la provisión privada de los servicios de salud, aumentando al mismo tiempo el financiamiento público. Asimismo, el proceso regulatorio del sector ha apuntado a la reestructuración del mismo, provocando la desaparición o fusión de las IAMC como consecuencia de la mayor competencia.

Existen diferencias de grado entre los países considerados, no sólo en lo que respecta a la organización actual de los sistemas, sino también en relación a su impulso reformista. Mientras que países como Chile, Brasil, Colombia, Argentina y Uruguay, pueden clasificarse como países "reformistas", en Cuba, El Salvador, Perú y Paraguay, las "reformas" son prácticamente inexistentes (países "no reformistas"). En tanto, Costa Rica y México se ubican en un lugar intermedio.

En los países reformistas, los cambios implementados o en curso tienen impactos estructurales sobre el funcionamiento de los sistemas. Un aspecto a destacar es que, salvo Brasil, los países "reformistas" tienden hacia modelos de seguros de contribución obligatoria pero con libre elección del asegurador (managed competition). Por otro lado, si bien Brasil no acompaña a los otros países "reformistas" en sus tendencias de reforma, los cambios implementados en aquel merecen ser destacados, dado que es uno de los pocos países que ha optado por pasar de un sistema del tipo Bismarkiano a uno del tipo Welfariano. Durante los años '80 los servicios de salud incorporaron una tendencia hacia la universalización de la clientela y la unificación de las estructuras sanitarias, integrando el subsector público con el de la Seguridad Social en un Sistema Único de Salud (SUS). Asimismo, se ha encarado un proceso de descentralización de las decisiones y de la operación de los servicios, lo cual aumentó la autonomía de los estados y municipios.

Con respecto a los otros países caracterizados como "no reformistas" resulta difícil establecer tendencias de reforma. Si bien tanto en El Salvador, como en Perú y Paraguay, parece regir un sistema público con presencia de la seguridad social, la ausencia de una estructura organizacional claramente definida dificulta, no sólo encarar un análisis del sector, sino también, analizar cualquier tipo de reforma planeada o en curso.

Sin embargo, un aspecto que vale la pena remarcar es la tendencia (especialmente en Perú y Paraguay) hacia una mayor participación del subsector privado y orientada hacia la lógica de mercado, lo cual más que responder a objetivos específicos del sector, es consecuencia de los lineamientos internacionales neoliberales con efectos directos sobre este tipo de economías (caracterizadas por la fragilidad política, social y económica).

Desde una perspectiva funcionalista más centrada en los flujos de recursos y servicios (Evans) se registra una fuerte tendencia a abandonar el modelo público integrado. Las características propias de este tipo de sistemas han conducido a la saturación del mismo, promoviendo la necesidad del cambio. La urgencia por incrementar los niveles de eficiencia y reducción

de costos, parecen persuadir que la ausencia de libre elección del asegurador, al restringir la competencia, se había convertido en una amenaza para el sistema.

En tanto, el modelo de contrato público (y en varios casos el privado) está comenzando a ser implementado en varios de los países considerados (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay). En teoría, este modelo parece ser menos vulnerable a los problemas de contención de costos, especialmente si el dinero sigue al paciente, y si se fomenta la competencia entre prestadores (OECD, 1992). Sin embargo, en la práctica, los resultados todavía están por verse.

Actores y roles

Se ha asumido aquí que ocurre una verdadera reforma cuando se produce una reestructuración de fondo, de la cual emanen nuevos actores, y/o nuevos roles de los ya existentes.

Han surgido nuevos actores en el financiamiento. Se destaca la consolidación de fondos únicos para financiar las acciones destinadas al cuidado de la salud. En Brasil se instituyó una coparticipación específica para salud. En Colombia, la creación del FOSYGA resultó un elemento clave para la reforma ya que no es solo la fuente de financiamiento sino también la garantía de la viabilidad de la regulación del sistema. En Chile, el FONASA cumple un rol fundamental. Por último, en Uruguay, el Fondo Nacional de Recursos presenta un carácter innovador.

Asimismo, es importante señalar el peso de los organismos internacionales en el financiamiento de la mayoría, sino de todos, los países analizados. Si bien estas instituciones no conforman la estructura interna de los sistemas, su influencia (no sólo en términos financieros, sino también organizativos) ha sido crucial para estos países.

Previsiblemente, las transformaciones de mayor envergadura vinculadas a los agentes intermediarios y sus roles se dieron principalmente en los países "reformistas". Probablemente, el lugar destacado que ocupan los agentes intermediarios en este período de reformas se deba a la esencia original de los sistemas de salud considerados (predominio de la Seguridad Social). Puede advertirse que las reformas de los últimos años se han orientado hacia la reorganización de la estructura de intermediación entre la provisión y el financiamiento de los servicios, apuntando hacia la libertad de elección del agente asegurador y, otorgando, consecuentemente, mayor poder de negociación al usuario y a los mecanismos de mercado. Al considerar los países "reformistas" mencionados anteriormente, es posible percibir la importancia que revisten los actores intermediarios en las reformas implementadas o en curso.

El caso de Chile puede ser un buen ejemplo, ya que tanto el FONASA como las ISAPRES constituyen los pilares básicos (público y privado, respectivamente) sobre los cuales se apoya todo el sistema de salud. Particularmente, con la creación de las ISAPRES, y luego de la Superintendencia, se dejó sentado el giro hacia el aumento de la participación del subsector privado en la salud de los chilenos.

En Colombia, el surgimiento de las EPS también generó una estructura completamente distinta a la preexistente.

Otro caso es el Argentino, donde el proceso de reforma tiende hacia la reestructuración total de los seguros de salud, apuntando, en el largo plazo, a la intermediación privada de los servicios.

En cuanto a los agentes prestadores, exceptuando los casos de Cuba y Brasil, se percibe una tendencia hacia el desarrollo de la participación privada. Como consecuencia del progresivo deterioro de los servicios públicos, el subsector privado ha comenzado a avan-

zar en la provisión de los servicios (este parecer ser el caso de Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, etc).

Por otro lado, y especialmente en los países con menores niveles de oferta de servicios, como Perú y El Salvador, *se advierte una creciente participación de ONG's* en la prestación de algunos servicios. Particularmente en El Salvador, el PNUD ha identificado 186 organizaciones dedicadas a estos fines.

Cobertura

Probablemente la principal debilidad de los sistemas de salud de los países de América Latina es su baja cobertura. En prácticamente todos los países latinoamericanos, las críticas se dirigen a la escasa cobertura y la calidad de los servicios de salud: con segmentos de población no pobre recibiendo la mayor parte de los beneficios del gasto e inversiones del sector público, alta morbilidad materno-infantil, uso insuficiente de la infraestructura de los servicios de salud, y baja cobertura y productividad de los mismos.

En la mayoría de los países el problema principal nos es el acelerado costo en espiral, como sucede en los países desarrollados, que tienen un alto porcentaje de ancianos (20% o más) y un seguro de cobertura de salud universal o extensivo (60% o más). En general, la cuestión es extender la cobertura de salud existente, mejorar la calidad de los beneficios en salud y cambiar la naturaleza de las instituciones del sector.

Uno de los caminos que los países encontraron para expandir la cobertura fue fortalecer los gobiernos locales. Este objetivo se puede lograr mediante una gradual transferencia de las responsabilidades del sector público a sectores descentralizados de la maquinaria estatal, creando esferas en las que los gobiernos locales o regionales y las organizaciones privadas puedan trabajar dentro de un contexto de lineamientos precisos. Son los casos de Brasil, México y Chile.

Otra vía de solución fue buscar la complementación con el sector privado. Algunos países se han embarcado en reformas que promueven la participación del sector privado. En este sentido es importante destacar el carácter innovador de las experiencias de Colombia y Chile, ya que en varias instancias los procesos de reforma de estos países (llevados a cabo a partir de la década de los '80 en Chile y en esta década en Colombia) son modelos que han servido de ejemplo e inspiración a otros países.

Sin embargo cabe destacar que ambos modelos involucran diferentes definiciones de equidad. Mientras Colombia se plantea como meta llegar al 2.000 brindando una cobertura homogénea al 100% de la población, en Chile se puede afirmar que hoy toda la población tiene cobertura pero de diferentes calidad, con diferentes opciones y con muy altos desniveles en el gasto per capita.

Por otro lado, se ha señalado (Abel-Smith, 1994:196) que otra de las características de América Latina es que *se registran fuertes brechas en los niveles de acceso dentro de grupos poblacionales que cuentan con idéntica cobertura nominal.* En otros términos, el problema de la cobertura se puede plantear en dos dimensiones: equidad e igualdad. La primera constituye el desafío de cómo hacer que cada uno tenga acceso a los bienes y servicios de salud según sus necesidades (equidad). La segunda involucra el desafío de cómo garantizar que todos los que nominalmente están bajo un mismo régimen de cobertura tengan efectivamente los mismos niveles de acceso a los bienes y servicios de salud (igualdad).

Financiamiento

Hay una fuerte convergencia hacia la separación de las funciones de provisión y financiación de los servicios de salud. La búsqueda de eficiencia como uno de los principales objetivos de las reformas planeadas y en curso ha impulsado, en la mayoría de los países, la reestructuración de los sistemas. No sólo los países orientados hacia el *managed competition* (Argentina, Chile, Colombia, Uruguay) tienden hacia la desvinculación del financiamiento y la provisión. Los países más rezagados en las reformas también se encaminan en dicha dirección; Perú es uno de los ejemplos.

Parecería existir un trade-off entre contribuciones obligatorias y copagos. Como se mencionó al comienzo, existe una tendencia hacia la disminución de las contribuciones obligatorias como componente fundamental de los flujos de financiamiento. Sin embargo, la evidencia indica que dicha disminución frecuentemente trae aparejado un aumento de los copagos. Si bien no existen respuestas definitivas acerca de cual es la mejor combinación, ha comenzado a abrirse un activo debate al respecto.

Un ejemplo interesante, en donde se presentan dos opciones contrapuestas, es la diferencia que existe entre Colombia y Chile. Mientras que el primero tiene un sistema de salud en el cual la cotización obligatoria es del 12%, con copagos de entre el 20 o 30%, Chile presenta una cotización obligatoria del 7% (casi la mitad), pero tiene un copago del 40% (AES, 1998).

En algunos de los sistemas tendientes a la libre elección del asegurador, las cotizaciones adicionales están comenzando a ocupar un lugar destacado en las fuentes de financiamiento. Este es el caso de Chile y Argentina (en el primero ya utilizado y en el segundo en vías de implementación). En Chile, aquellos usuarios que desean acceder a planes cuyo costo excede del aporte obligatorio deben hacer aportes adicionales a la ISAPRE de su elección. En Argentina, el proceso de desregulación de Obras Sociales está impulsando a estas últimas a asociarse con empresas de medicina prepaga para así poder ofrecer a sus beneficiarios posibilidades de acceder a mejores planes a cambio de un plus que deberá abonarse por sobre la contribución establecida por ley.

En tanto, podría decirse que Colombia, aunque de manera menos evidente, sigue esta misma tendencia. Dado que la contribución obligatoria sólo alcanza a cubrir un paquete mínimo de servicios (POS), los usuarios que necesitan acceder a prestaciones no incluidas en dicho paquete deben hacer uso de recursos adicionales de su bolsillo. En consecuencia, se estaría pagando un "diferencial" para el acceso a una mejor y más completa atención.

El caso uruguayo parecería acercarse bastante al colombiano. Si bien las IAMC reciben una cápita mensual regulada por el Estado, existen mecanismos paralelos que permiten acceder a una atención mas completa mediante un pago extra.

Para finalizar esta sección resulta interesante mencionar algunos ejemplos de *instrumentos de financiamiento innovadores* identificados a lo largo del análisis:

Por un lado, merece ser destacado el caso de Colombia, donde el financiamiento ya no es más realizado a través de la oferta sino por medio de la demanda, transfiriendo derechos de compra de los servicios de salud.

En tanto, Cuba presenta un modelo innovador de financiación a través de la captación de recursos externos. Se han venido identificando y desarrollando diferentes modalidades de captación de divisas directamente por el sector. Las fuentes alternativas son: a) incrementar las exportaciones de medicamentos, b) promover la atención de pacientes extranjeros, c) extender la asistencia médica técnica por profesionales de la salud a otros países, d) incrementar la for-

mación, especialización y otras formas de superación del personal de salud extranjero en Instituciones cubanas, e) promover la producción y exportación de materiales científicos en la esfera de las ciencias médicas.

Por último, en Brasil, la implementación de una contribución sobre las operaciones financieras (impuesto al cheque) destinada a financiar el SUS ayudó, junto con la creación de un presupuesto para la seguridad social, a otorgar estabilidad a la financiación de la salud.

Oferta

La oferta de recursos y servicios es uno de los puntos en los que se encuentra mayor divergencia entre los países. Algunos países como Uruguay y Argentina comienzan a sentir presiones sobre la reforma sectorial que resultan de la sobreoferta y saturación de los mercados de salud. Muchas de las medidas que se podrían incorporar para racionalizar el sector buscando expandir la cobertura, la eficiencia y la equidad pueden afectar a sectores importantes tanto del capital asegurador, como de los sindicatos y mutuales, así como de los prestadores, médicos y establecimientos. En estos países se registra un alto grado de doble militancia de los profesionales, es decir un mismo médico trabaja de mañana en el subsector público y de tarde en un servicio privado.

La evidencia indica que la libre elección fuerza ajustes de mercado para deshacerse de la oferta excedente. En Chile el número de ISAPRES se redujo drásticamente durante los primeros años de la reforma. En Colombia muchas EPS enfrentaron graves dificultades para recuperarse del déficit financiero registrado en 1996. En Argentina, los propios formuladores de la desregulación contemplaron que el número de obras sociales nacionales disminuiría de más de 300 a menos de 100.

De cualquier manera, aún en los países con mayores niveles de oferta y producción de servicios de salud *se verifican grandes inequidades regionales y sociales en el acceso y producción de los servicios.*

Demanda y producción de servicios

La mayoría de los países parece tener dificultades con los niveles de productividad de sus servicios públicos. En el área de salud, los conflictos entre las partes involucradas han llegado a un punto sin salida como resultado de las demandas de los gremios de los trabajadores de salud por aumento salarial y la demanda de los funcionarios del sector por una mayor productividad. En este último punto, por ejemplo, el Ministerio de Salud de Chile ha preparado un informe sobre la productividad de los servicios públicos que demuestra que no hay ninguna conexión entre los recursos adicionales inyectados al sistema en los años recientes y los resultados obtenidos. En Argentina durante la década del noventa la economía registró niveles de expansión de su productividad mucho mayores que los leves incrementos en la productividad de los servicios de salud aún cuando el volumen del gasto se expandió y el sector registró una notable incorporación tecnológica.

En Brasil, debido a las limitaciones del sistema público y la cobertura limitada que proveen los sectores privados de seguro, particularmente en lo que concierne a enfermedades catastróficas, las empresas más importantes (aquellas que tienen más de 2.000 empleados) tienen su propio esquema de seguridad social. En Cuba, cuyo modelo de salud ha servido como modelo por la universalidad de su cobertura y calidad de servicios, la profunda y prolongada crisis económica han producido la necesidad de racionalización de los medicamentos básicos, limitar el acceso del creciente número de tipos de especializaciones o requerir el pago. La reducción

de los recursos disponibles para el gasto en salud ha sido acompañado por cortes en inversión y en el gasto en infraestructura y servicios, en un deterioro del status nutricional de la población, resultando en un incremento de la morbilidad así como la de la demanda de servicios de salud.

Gasto

Las principales causas de muerte de un país indican las necesidades en salud, el gasto debe encaminarse en esa dirección. Cuanto mayor es el ingreso del PBI per cápita, los países deberían tener menor carga adversa.

Los países identificados como los más jóvenes son a la vez los que tienen junto con Brasil la menor esperanza de vida, por el peso de la mortalidad infantil, por ejemplo. El progreso se hace más lento, cuando la asociación se hace en los países con esperanza de vida que se ubica entre los 68 y 70 años, principalmente por las causas de enfermedad y muerte

Si se tiene en cuenta la esperanza de vida de la población y el gasto en salud como porcentaje del PBI se advierte entre los países estudiados que:

- ⇒ Paraguay es el que menos gasta y tiene una esperanza de vida similar a la de El Salvador
- ⇒ Costa Rica es el más gasta y tiene mayor esperanza de vida, pero Chile gasta bastante menos y tiene una esperanza de vida sólo un poco menor
- ⇒ México gasta bastante menos que Argentina y tiene una esperanza de vida similar.

Las asociaciones precedentes nos permiten evaluar superficialmente la eficiencia en el gasto.

En el mismo orden podemos comparar la mortalidad infantil con el gasto en salud como porcentaje del PBI, de donde surge que:

- ⇒ Costa Rica es el que más gasta aún cuando Cuba la supera en resultados
- ⇒ Cuba es el que menos mortalidad infantil tiene aunque gaste menos que Uruguay y Costa Rica

Siguen a Cuba, con menor gasto y aunque peores índices de mortalidad Chile, México y Paraguay (eficiencia)

- ⇒ En Perú la mortalidad es la más alta y el gasto en salud muy bajo. Quizás aquí deba considerarse la insuficiencia de recursos.
- ⇒ Brasil y El Salvador también tienen un gasto alto y altas tasas de mortalidad infantil
- ⇒ Asimismo, podemos considerar que relación se verifica entre el gasto y las dificultades de acceso de la población elegida, surgiendo del análisis que:
- ⇒ Costa Rica tiene muy poca población sin acceso y es la que más gasta
- ⇒ El Salvador tiene un porcentaje muy alto de la población sin acceso pero está en el sexto lugar entre los países seleccionados en importancia del gasto como % del PBI -ineficiencia macroeconómica-
- ⇒ Paraguay es el que menos gasta y tiene un alto porcentaje de la población sin acceso 33%
- ⇒ Brasil está entre los tres que menos gastan y tiene un 20% de la población sin acceso
- ⇒ México le sigue a Brasil gastando un poco más pero sólo tiene el 7,44% de la población sin acceso

Por otra parte, se advierte que no existe una relación exacta entre el nivel de gasto en salud y el perfil reformista de los países analizados. Si bien los países que destinan una mayor proporción de su PBI al gasto en salud (Costa Rica, Uruguay y Colombia, Argentina) presentan una actitud reformista activa, existen varios países que hemos clasificado como “reformistas” con un gasto en salud bastante menor al de los primeros. No obstante, cabe destacar que los países débiles en términos de reforma presentan un gasto en salud relativamente bajo (con excepción de Cuba que destina un significativo porcentaje de su PBI a salud pero no tiene una postura activa en cuanto a la reforma sectorial).

Finalmente, al analizar la relación entre el PBI per cápita y el gasto en salud de cada uno de los países considerados, no parece existir a priori una relación positiva entre ellos. Si bien Argentina y Uruguay (con ingresos relativamente altos) destinan al gasto en salud una proporción del PBI mayor que varios de los países más pobres, Chile, Brasil y México (con nivel de riqueza relativamente media) destinan un porcentaje menor o igual al de los países de ingresos más bajos (Perú, Paragua, El Salvador). En tanto, un caso destacado es el de Costa Rica que, si bien presenta ingresos relativamente bajos, es, entre todos los países considerados, el que tiene un mayor gasto en salud como participación del PBI.

Políticas de salud

En general los países pioneros tienen menos políticas activas de salud orientadas a mejorar la situación de salud de la población y su preocupación se centra en la gestión del sistema. En los países donde los niveles de cobertura son altos la preocupación sanitaria más centrada en los modelos de atención tiende a ceder su lugar a la preocupación financiera por la contención de costos o la generación de mercados estables para el capital inversor.

Se registran dificultades para focalizar las políticas. En especial en aquellos lugares donde es muy alta la proporción de población en condiciones de pobreza estructural o Necesidades Básicas Insatisfechas.

Una tendencia que se advierte es un cierto desplazamiento de sentido dentro del proceso de policymaking. Tal desplazamiento consiste en un cambio de ejes y objetivos, las políticas pueden ser concebidas en un determinado marco ideológico diferente del prevalente en el momento de su normatización e implementación. Por otro lado, algo similar parece ocurrir con la evaluación, que pocas veces se preocupa verdaderamente con el impacto centrandose en metas y objetivos o en el uso eficiente de los recursos.

Un ejemplo interesante de este tipo de desplazamiento se encuentra en el proceso de consolidación del Sistema Único de Salud brasileño. La concepción del mismo surge en el seno de un activo movimiento sanitario, que de alguna manera funcionó como un espacio de resistencia al régimen dictatorial, que llevó a cabo varias conferencias nacionales, que consiguió elegir legisladores que lo representara en el Congreso Federal e incluso proclamar al SUS en la nueva Carta Magna. Pero la implementación del SUS se produce a través de una Ley Orgánica de Salud que luego pasa a ser instrumentada por un conjunto de decretos. Así se van sucediendo varias ediciones de Normas Operacionales Básicas que alteran micrométricamente algunos de los principios iniciales.

Los organismos de crédito internacional adquieren una creciente influencia en la agenda de políticas. La mayoría de los países está desarrollando programas con financiación del Banco Mundial y muchos también del Banco Interamericano de Desarrollo. Estos organismos orientan la formulación de políticas públicas y le imprimen una lógica y una racionalidad propia.

Responsabilidades jurisdiccionales y descentralización

A pesar de haber convergencia en el impulso descentralizador no lo hay en las formas en que la misma es implementada. Tal vez en ningún otro aspecto se encuentre mayor variedad de opciones de políticas que en las experiencias de descentralización de los servicios y sistemas.

En Argentina primero se completó la devolución de los servicios públicos hacia las provincias. Luego se implementó un modelo de delegación a favor de los propios hospitales facultándolos para recaudar directamente por los servicios prestados a población con cobertura de obras sociales o seguros de salud. El Uruguay inició una desconcentración de los servicios públicos, para ello se creó un organismo específico: la Administración de Servicios de Salud del Estado. En la actualidad se tiende hacia un modelo de delegación más completo vía autogestión hospitalaria en los mismos moldes que el argentino.

En Brasil, la reforma se centró en la devolución a los municipios. Además se implementaron medidas para conferir mayor autonomía a los servicios. Por un lado a través de la incorporación del subsidio a la demanda y el pago relacionado con el diagnóstico, por otro a través de la implementación de contratos de gestión. De alguna manera Colombia continúa el camino recorrido por Brasil en términos de devolución a los municipios e implementación de modelos de financiación de la demanda.

En los últimos años Costa Rica buscó una desconcentración administrativa. Se desarrolló un nuevo modelo centrado en la APS que determina 90 áreas de salud y 800 equipos básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). De manera similar, en Paraguay se busca fortalecer las regiones sanitarias en los aspectos administrativos y en el desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Aunque en Cuba se ha conferido autoridad en materia de salud a las provincias y municipios el sistema tiene una base centralizada. Por otro lado, en países de menor extensión territorial la descentralización no presenta las mismas ventajas que en los países más grandes.

En Chile primero se implementó una desconcentración a favor de Secretarías regionales, luego se municipalizó la atención primaria.

En México se practicó una devolución parcial a los Estados ya que solo administran sus servicios 17 de los 32 estados del país. En el resto, sin embargo se practicó una desconcentración administrativa.

En conclusión, se podría afirmar que además de la multiplicidad de los caminos para transferir capacidad decisoria hacia la periferia del sistema, ***los niveles de avance de la descentralización son desiguales***: Hay países que por su configuración organizacional o por políticas implementadas para tal fin son más descentralizados que otros. En el primer grupo, o de países que van a la vanguardia de la región en la descentralización de sus servicios de salud, se encuentran Argentina, Brasil, Chile, y aunque en menor medida, Colombia y México.

Sin embargo, también cabe destacar la diferencia que se registra entre los países que tienden a descentralizar el poder hacia entidades jurisdiccionales legitimadas por el voto popular y aquellos que instauran distritos o áreas sanitarias con criterios técnicos. De hecho, en países como Brasil, Argentina y México, la satisfacción de los usuarios con sus servicios de salud actúa como un fuerte elemento determinante del voto a nivel local. En los países unitarios esto no ocurre o, por lo menos, se manifiesta a niveles menores.

Reformas de los sistemas

Las reformas se han planteado en el marco del ajuste estructural de los países y de la modernización del Estado y están fundamentalmente inspirados en los postulados impulsados por las agencias financieras y de cooperación externa y aceptada por los países del continente, con la privatización en mente y con la disminución del papel del Estado.

Tal vez es por ese motivo que ***la mayoría de los países centraron la reforma en la reformulación del modelo de financiación***. En Argentina, por ejemplo, los dos componentes de la reforma (desregulación de obras sociales y autogestión hospitalaria) involucran fuertes redefiniciones en los flujos financieros además de haber sido implementadas conjuntamente con una reducción de las contribuciones sociales.

En Brasil, el componente financiero resultó fundamental ya que, por un lado, la redefinición de las modalidades de transferencias de recursos hacia los estados y municipios permitió mejorar los niveles de equidad en el gasto. Por otro lado, la implementación de un presupues-

to de la seguridad social confirió estabilidad a la financiación de la salud la cual se consolidó con la implementación de una contribución sobre las operaciones financieras (impuesto al cheque) destinada a financiar el SUS.

Varios son los países que recurrieron a la consolidación de fondos únicos para financiar las acciones. Además del Brasil que instituyó una coparticipación específica para salud, en Colombia, la creación del FOSYGA resultó una pieza clave la reforma ya que es no solo la fuente de financiación sino también la garantía de la viabilidad de la regulación del sistema. El FONASA en Chile también cumple un rol fundamental y el Fondo Nacional de Recursos del Uruguay presenta un carácter innovador y ha instituido un mercado de instituciones que cubren los servicios de mayor complejidad (IMAE)

En lo que se refiere a las transformaciones en los modelos de gestión, ***por lo general las reformas apuntan a redefinir la macrogestión***, esto es la gestión del sistema en su conjunto buscando la articulación o convergencia de diferentes subsectores. Son menos los países que formularon reformas centradas en cambios concretos a nivel de la mesogestión (gestión institucional). Los avances sobre lo microgestión son ínfimos.

A nivel de la macrogestión las reformas más significativas son aquellas que se orientan a introducir la competencia. Incluso se ha hecho referencia a una segunda ola de reformas de los sistemas de salud de América Latina (Médici, 1998) que se caracteriza por la idea de que los servicios de salud tiene que ser ofertados de forma competitiva y esta competencia puede darse de diversas maneras. Competencia entre los distintos sectores privados o entre estructuras privadas y públicas, e incluso que las dos trabajen bajo el mismo aparato de regulación.

La competencia entre prestadores ocurre cuando se separan las funciones de provisión y financiación. En Brasil incluso se ha integrado un mix público-privado de prestadores que se disputan los recursos del SUS. La competencia entre aseguradores o competencia estructurada se ha implementado en Uruguay, Colombia, Chile, Argentina y en Costa Rica de forma muy puntual y limitada a la atención primaria ambulatoria. Sin embargo, se registran dos grandes formas, no excluyentes para introducir la competencia: por precios y por calidad.

La primera es la estrategia típica del modelo de seguros privados. Para que exista competencia por precios debe ocurrir una retracción de la financiación pública (compulsiva) además de incorporarse la libre elección de aseguradores. Es el modelo hegemónico en los Estados Unidos de Norteamérica, se asemeja al modelo de las ISAPRES en Chile y ha servido de inspiración al proceso de desregulación de obras sociales en Argentina.

La competición exclusivamente por calidad se logra cuando los agentes intermediarios pierden su carácter de aseguradores para concentrarse en el de administradores de redes que garantizan acceso a los servicios de salud. Es el caso del nuevo modelo colombiano donde las EPS perciben ingresos ajustados según los riesgos que cada asegurado tiene de enfermar. En este caso el único criterio de elección para el asegurado es la calidad de los servicios brindados.

Las reformas buscan cambios en la mesogestión fundamentalmente a nivel de los servicios públicos. Dentro del subsector público de salud han sido varios los países que iniciaron medidas para abandonar el modelo de integración vertical en sus efectores incorporando estrategias de subsidio a la demanda e incentivos. Los hospitales Públicos de Argentina, Chile y Colombia y más recientemente de Uruguay tienden a incorporar la mayor autonomía convirtiéndose parcialmente en empresas públicas que venden servicios a las entidades del seguro de salud. Los hospitales públicos del Brasil compiten junto a los privados por recursos

que son asignados a través de un sistema relacionado con el diagnóstico (AIH), además surgen contratos de gestión y contratos programa dentro del propio subsector público.

Aún cuando no se ha establecido a priori, las reformas implementadas en Argentina apuntan a generar cambios en las formas de organizar y gestionar los servicios. Al poder administrar parte de los recursos adicionales que recauda el hospital de autogestión tiene mayor libertad para emprender transformaciones e innovaciones tales como incentivar al personal. A su vez, las obras sociales se ven forzadas a reestructurarse debido a que por primera vez deben competir por los afiliados. Esto ha desatado un fuerte proceso de reconversión de obras sociales. Ambos procesos de cambios en la gestión (tanto de hospitales como de obras sociales) cuentan con asistencia técnica y apoyo proveniente de programas financiados con créditos externos (BID y Banco Mundial).

En Brasil, la gestión descentralizada surgió acompañada del diseño y regulación centralizada del sistema. Se puede argumentar que esto limitó la innovación organizativa y hasta podría llegar a ser contraproducente contar con un sistema “único” en un país tan heterogéneo. Tal vez la experiencia más innovadora en términos de modelos de gestión en salud haya sido la del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS) implementada en São Paulo.

La reforma colombiana introduce grandes innovaciones y desafíos en términos de modelos de gestión puesto que al haber una competencia estructurada pero dirigida por precios y no por calidad, las EPSs se ven forzadas a encontrar nuevos caminos para la atención gerenciada en salud. Es por este motivo que resulta tan importante la evaluación de los modelos alternativos de pago y contratación de servicios.

No se cuenta con evidencias para afirmar que haya acciones de reforma destinadas a impactar directamente sobre la microgestión. La incorporación de medidas tendientes a mejorar la microgestión se desarrolla de forma tangencial a la reforma, por dos vías: la normativa y el uso de incentivos. La normativa consiste en la incorporación y difusión de protocolos de atención clínica. En esta vía se inscribe el Programa nacional de Garantía de Calidad que se está implementando en la República Argentina.

Por otro lado, algunas medidas de reforma generaron incentivos a la búsqueda de la eficiencia clínica. Un ejemplo claro es la extensión de los pagos modulados o relacionado con diagnósticos, que es utilizado integralmente por el SUS brasileño, se aplica parcialmente en Chile y en algunas obras sociales argentinas y de forma incipiente en las EPS colombianas. En la medida que el proveedor tiene sus ingresos acotados para un determinado tratamiento (procedimiento) se incorpora un incentivo para que este busque posicionar su oferta en aquellas prácticas en las cuales pueda encontrar ventajas comparativas. Esto en muchos casos involucrará la búsqueda de caminos clínicos más apropiados para los tratamientos.

Por último, ***también se han registrado los cambios en los modelos de atención.*** La mayoría de ellos asociados a los cambios de gestión y financieros como es el caso de los programas o paquetes básicos de cobertura que ya se han implementado en Uruguay, Argentina, Colombia y El Salvador y está en discusión en Brasil.

Por otro lado, ***algunos países concentraron sus esfuerzos sobre las prácticas más costo-efectivas como es el caso de la Atención Primaria.*** Costa Rica centró la reforma en la reformulación del modelo de atención. De hecho Cuba desde 1984 desarrolló un modelo de atención primaria ejemplar centrado en la figura del médico y la enfermera de familia. Chile también desarrolló avances en ese sentido al municipalizar la atención primaria.

Situación de Salud

Fortalezas

- ⇒ Avance de la transición epidemiológica
- ⇒ Mejora sostenida de los indicadores de salud.

Debilidades

- ⇒ Alta heterogeneidad regional especialmente entre zonas urbanas y rurales
- ⇒ Tendencia al envejecimiento de la población
- ⇒ Alta prevalencia de muertes violentas

Políticas de salud

Fortalezas

- ⇒ Progresiva descentralización y desconcentración operativa y presupuestaria
- ⇒ Avance de la participación social y de las ONG's en la prevención y promoción de la salud.
- ⇒ Aumento del gasto en salud
- ⇒ Participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud
- ⇒ Desarrollo estratégico de sistemas de información
- ⇒ Asistencia internacional en el financiamiento y promoción de las políticas
- ⇒ Régimen legal que reconoce el derecho de acceso a la salud, promoción o protección de la salud, etc.

Debilidades

- ⇒ Concentración de los recursos en actividades curativas
- ⇒ Falta de articulación intersectorial y de regulación que organice y coordine los sectores público y privado, así como los niveles jurisdiccionales, lo que afecta la eficiencia de los sistemas
- ⇒ Brecha entre la formulación e implementación de políticas.
- ⇒ Deficiencias en el planeamiento estratégico de las unidades operativas.
- ⇒ Ausencia de mecanismos de información adecuados y suficientes para la toma de decisiones.

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇒ Tendencia a la expansión de la cobertura a grupos sin acceso a los servicios de salud
- ⇒ Unificación de fondos de financiamiento
- ⇒ Asignación de recursos a través del subsidio a la demanda
- ⇒ Nuevas fuentes de financiamiento
- ⇒ Incipiente articulación Público Privado

- ⇒ Aumento de la libertad de elección de los usuarios respecto a fondos o proveedores
- ⇒ Reconversión de Hospitales Públicos

Debilidades

- ⇒ Distribución de los servicios con grandes diferencias regionales
- ⇒ Inequidad en el acceso
- ⇒ Inequidad en el financiamiento
- ⇒ Carencia de instrumentos de regulación y promoción de la calidad de los servicios
- ⇒ Superposición de cobertura entre organismos públicos y privados
- ⇒ Ausencia de incentivos en el sector público, y deterioro de infraestructura física que afecta la calidad y eficiencia de los servicios
- ⇒ Dificultades para contener el aumento de costos
- ⇒ Vulnerabilidad financiera de la seguridad social
- ⇒ Baja satisfacción de los usuarios.

Bibliografía

- ABEL SMITH, Brian (1994). "Tendencias Mundiales en el financiamiento de la salud" en MIRANDA RADIC, E. *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago. Páginas 195-211.
- AES (1993). *Tendencias Económicas de los Sistemas de Salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- AES (1994). *Salud mercado y Estado*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1995). *Equidad, eficiencia y Calidad: el desafío de los modelos de salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1996). *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- AES (1998). *El futuro de las reformas o la reforma del futuro*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- BENGOA RENTERIA (1997) "Tendencias en la financiación hospitalaria". *Los hospitales en la reforma de salud*. Segundo Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- BUSS, Paulo & LABRA, María Eliana (org) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora Hucitec - Editora Fiocruz. 259 páginas.
- MESA-LAGO, Carmelo. (1978). *Social security in Latin America -Pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh.
- MEDICI, André (1998). "Proceso de reforma y regulación en Latinoamérica". EN AES (1998) Páginas 99-118.
- OECD (1992). *The reform of Health care. A comparative Analysis of seven OECD Countries*. OECD publications, Paris.
- OPS (1997). "La descentralización, los Sistemas de Salud y los Procesos de Reforma del Sector. Informe final. Valdivia, Chile, 17-20 de marzo de 1997". División de Desarrollo de Sistemas y servicios de Salud. Washington D.C. Mayo.
- RUIZ DURAN, Clemente (org) (1997). *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C.

INDICE

PRESENTACIÓN	2
<u>DISPOSITIVOS METODOLÓGICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS SISTEMAS COMPARADOS DE SALUD</u>	4
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	8
<u>DISPOSITIVOS TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS SISTEMAS COMPARADOS DE SALUD</u>	9
CLASIFICACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD	20
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	37
<u>ESTUDIO DE CASO DE LOS PAÍSES</u>	40
ARGENTINA	41
CARACTERÍSTICAS GENERALES	41
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	42
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	43
OFERTA DE SERVICIOS	48
DEMANDA	49
COBERTURA	50
GASTO	50
REFORMA DEL SISTEMA	52
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	54
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	56
ANEXO	58
BRASIL	59
CARACTERÍSTICAS GENERALES	59
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	61
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	62
FINANCIAMIENTO	67
OFERTA DE SERVICIOS	68
DEMANDA	68
COBERTURA	69
GASTO	69
REFORMA DEL SISTEMA	71
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	72
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	77
ANEXO	79
COLOMBIA	80
CARACTERÍSTICAS GENERALES	80
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	82
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	82
ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA	87
FINANCIAMIENTO	90
	313

OFERTA DE SERVICIOS	93
DEMANDA	94
COBERTURA	94
GASTO	95
FORTALEZAS Y DEBILIDADES	101
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	104
ANEXO	105
COSTA RICA	106
CARACTERÍSTICAS GENERALES	106
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	108
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	109
FINANCIAMIENTO	116
OFERTA DE SERVICIOS	117
DEMANDA	119
COBERTURA	119
GASTO	119
REFORMA DEL SISTEMA	120
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	123
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	126
ANEXO	127
CUBA	128
CARACTERÍSTICAS GENERALES	128
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	129
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	130
FINANCIAMIENTO	134
OFERTA DE SERVICIOS	137
DEMANDA	138
COBERTURA	138
GASTO	139
REFORMA DEL SISTEMA	140
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	142
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	146
ANEXO	147
CHILE	148
CARACTERÍSTICAS GENERALES	148
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	150
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	151
ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA	154
FINANCIAMIENTO	160
OFERTA DE SERVICIOS	162
DEMANDA	163
COBERTURA	163
GASTO	164
REFORMA DEL SISTEMA	166
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	169
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	173
ANEXO	174
EL SALVADOR	175
CARACTERÍSTICAS GENERALES	175
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	177
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	178
ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA	179
FINANCIAMIENTO	186

OFERTA DE SERVICIOS	187
DEMANDA	187
COBERTURA	188
GASTO	189
REFORMA DEL SISTEMA	190
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	193
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	196
ANEXO	197
MÉXICO	198
CARACTERÍSTICAS GENERALES	198
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	200
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	201
ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA	204
FINANCIAMIENTO	209
OFERTA DE SERVICIOS	211
DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	212
COBERTURA	212
GASTO	213
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	218
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	222
ANEXO	223
PARAGUAY	224
CARACTERÍSTICAS GENERALES	224
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	228
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	230
ACTORES Y ROLES DEL SISTEMA	231
FINANCIAMIENTO	239
OFERTA DE SERVICIOS	241
DEMANDA	241
COBERTURA	242
GASTO	243
REFORMA DEL SISTEMA	244
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	250
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	253
PERÚ	254
CARACTERÍSTICAS GENERALES	254
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	255
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	256
ACTORES Y ROLES DENTRO DEL SISTEMA	257
FINANCIAMIENTO	263
OFERTA DE SERVICIOS	263
DEMANDA	263
COBERTURA	264
GASTO	264
REFORMA DEL SISTEMA	265
FORTALEZAS Y DEBILIDADES	269
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	272
URUGUAY	273
CARACTERÍSTICAS GENERALES	273
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	276
FINANCIAMIENTO	283
OFERTA DE SERVICIOS	284
DEMANDA	285

Reforma de los sistemas de salud en América Latina

COBERTURA	285
GASTO	286
REFORMA DEL SISTEMA	286
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	288
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	290
ANEXO	291
ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	293
SISTEMA DE SALUD	295
POLÍTICAS DE SALUD	306
DEBILIDADES Y FORTALEZAS	309
BIBLIOGRAFÍA	312