



RRMEX-PS/EST.3s

Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

**ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS COMPARADO DE LA EXTENSIÓN
DE LA COBERTURA SOCIAL EN SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

PRESENTACIÓN

En conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en virtud de la situación de exclusión social en salud que conozcan las poblaciones de los países de América latina y el Caribe, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar estrategias y alternativas de protección de salud de la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

La OIT, por medio del Departamento de la Seguridad Social y su programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza (STEP) y de su Oficina Regional para las Américas y el Caribe, y la OPS llevaron a cabo los siguientes estudios:

- (i) Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe;
- (ii) Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe;
- (iii) El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud;
- (iv) Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe.

Estos estudios servirán de base a los trabajos de la reunión de México (29 de noviembre - 1 de diciembre de 1999), reunión que constituye el punto de partida de esta iniciativa.

Asimismo, la OIT y la OPS han preparado un documento en el que ponen a consideración su posición frente al tema de la extensión de la protección social en salud para los excluidos en América Latina y el Caribe.

El presente informe corresponde a “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe”.

INDICE

PRESENTACIÓN	i
INDICE	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Objetivos y alcance	1
2. Metodología	1
3. Delimitación y limitaciones de la investigación	2
II. ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DE SALUD QUE INCIDEN SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	4
1. Marco legal y jurídico de la protección social en salud	4
2. El sistema de salud, los subsectores que lo integran y su incidencia en la evolución de la cobertura legal	7
3. Brecha entre cobertura legal y real	10
4. El gasto en salud como porcentaje del PIB y su tendencia	16
III. POLÍTICAS SECTORIALES Y ESTRATEGIAS	18
1. Introducción	18
2. Estrategias para el aumento de la cobertura social de salud	18
3. Análisis de las estrategias	20
IV. CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	27
ANEXOS	

ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS COMPARADO DE LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

I INTRODUCCIÓN

1. Objetivos y alcance

El presente estudio se elaboró a pedido de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), a fin de efectuar un análisis comparado de las políticas de protección en salud impulsadas por los distintos Países de América Latina y el Caribe. La búsqueda de propuestas para aumentar la protección social en salud de manera armónica requiere una comprensión amplia de las políticas sociales relacionadas con el tema, su evolución y sus perspectivas. La comparación de los avances de los distintos países permitirá destilar las prácticas más adecuadas para aumentar dicha cobertura en las circunstancias específicas de cada país.

El estudio pretende definir los elementos para realizar este análisis a fin de poder comprobar hipótesis de amplio alcance, combinando dispositivos teóricos y metodológicos que permitan monitor la cobertura de los procesos políticos de cobertura social en salud.

El documento pretende proporcionar una base para la discusión detallada, y será inspiración para estudios más específicos tanto desde el punto de vista geográfico como de contenido de las políticas sociales.

2. Metodología

Para realizar la tarea se siguieron los siguientes pasos:

- ⇒ Recolectar la información relativa a la política social de cobertura de salud en los 33 países de América Latina y el Caribe;
- ⇒ Recolectar específicamente información relativa a las políticas sociales relacionadas en la participación y control social de la ONG's y otros agentes de la Sociedad Civil como las cooperativas en el sector salud y su impacto en la extensión de cobertura;
- ⇒ Analizar la cobertura teórica y real en salud en los países seleccionados;
- ⇒ Identificar las causas de la brecha entre cobertura teórica y real;

¹ El presente documento ha sido elaborado bajo la dirección y supervisión de la OIT y la OPS/OMS. Por parte de la OIT participó el Departamento de Seguridad Social, su Programa STEP, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, así como las Oficinas para la OIT en Lima y Santiago. Por parte de la OPS participó la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. El estudio correspondiente fue elaborado en base a la investigación realizada por la Fundación ISALUD.

- ⇒ Identificar la evolución y tendencia de la relación entre las políticas sociales, la extensión de la cobertura y el gasto en salud en los países de la región.

Se tomaron indicadores de resultado, de proceso y de recursos. Respecto de los primeros, se analizará al porcentaje de cobertura teórica y real del sistema. Para el segundo, la existencia de programas focalizados, los cambios en la regulación en las políticas sanitarias y el grado de participación de la comunidad en el sector salud, sea por los papeles que desempeñan las organizaciones de la sociedad civil o la cobertura de los servicios que brindan. El estudio involucra no sólo información coyuntural, sino también la dinámica evolutiva de las políticas. Para el tercer elemento se analiza el nivel de recursos canalizados al sector.

Se optó por considerar dos dimensiones de análisis vinculados con las políticas de cobertura social en salud de los treinta y tres países analizados a saber:

- I- Políticas Públicas (marco legal, políticas, programas, planes, etc.);
- II- Sistema de salud y modelo de gestión.

Como fuentes, se recurrió a la revisión bibliográfica de la literatura especializada en la región, a la información oficial –cuando fue posible–, y a parte de la copiosa documentación disponible sobre tendencias y comparación de las políticas de salud de los países en general.

Sobre la base de estos objetivos se elaboró un protocolo común de tipo estructurado para todos los países el que se utilizó para relevar y analizar su política de cobertura social en salud, su evolución y su tendencia.

Se confeccionó una ficha con la información más relevante sobre cobertura teórica y real, causas de la brecha entre ambas, perfil del excluido y principales políticas y estrategias para contrarrestar la exclusión para cada país.

Posteriormente, se procedió al estudio de detalle de la mayoría de los países de la Región. Las excepciones fueron Dominica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Santa Lucía, Granada y Antigua y Barbuda en los que, por sus particularidades de escasa población y réplica de los países con Sistemas Nacionales de Salud, se elaboró sólo la ficha respectiva. También para Belice y Suriname se confeccionó únicamente la ficha.

3. Delimitación y limitaciones de la investigación

El análisis se centra en la universalidad de la cobertura. Se omite por lo tanto el abordaje sistemático de la integralidad de la misma o del grado de cobertura en salud que proporciona cada nivel de atención de cada subsector del sistema de salud de cada país. Por lo tanto, no se profundiza el análisis del modelo prestador ni el de la oferta, limitándose el estudio a efectuar la mención sobre la relación financiación-

provisión, o gestión público-privada, necesaria para poder comprender el funcionamiento del sistema.

Este estudio es complementario a los otros que se presentan a esta Reunión, en particular al “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe” ya que el presente explica y caracteriza la exclusión en la región desde la óptica de la decisión política. La determinación del tamaño de la exclusión se hace en el otro documento. Sin embargo, aunque se compartieron fuentes de información en algunos temas, las fuentes no son siempre idénticas. No obstante, en líneas generales, ambos trabajos guardan coincidencia en su diagnóstico sobre el perfil de la exclusión en América Latina y el Caribe y sus causas.

II ELEMENTOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DE SALUD QUE INCIDEN SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Marco legal y jurídico de la protección social en salud

1.1 *Derecho a la salud*

a. Reconocimiento del derecho

En su gran mayoría **los países latinos** reconocen el derecho a la salud como un derecho humano social básico, que hace a la integridad y dignidad de la persona. Sea a través de su derecho constitucional o a través de normas de jerarquía inferior, todos los Estados de la región reconocen a la protección de la salud, o en algunos casos a la atención o acceso a los servicios de salud, como un derecho para toda la población.

Pueden citarse por ejemplo, los siguientes países con reconocimiento explícito (incluyendo la fecha del inicio o de la promulgación más reciente de la legislación sobre el derecho a salud):

*Argentina (1994),
Bolivia (1994),
Brasil (1996),
Colombia (1997),
Chile (1997),
Cuba (1992),
Ecuador (1996),
El Salvador (1982),
Guatemala (1993),
Guyana (1996),
Haití (1987),*

*Honduras (1982),
México (1998),
Nicaragua (1995),
Panamá (1994),
Paraguay (1992),
Perú (1993),
Rep. Dominicana (1994),
Uruguay (1997),
Venezuela (1983).*

Por su parte, las Constituciones del **Caribe no latino**, que se rigen por el *common law*, o derecho consuetudinario, reconocen el derecho a la salud por la vía de la oposición. En efecto, Suriname y los países no latinos de derecho consuetudinario, salvo Guyana, se refieren al derecho a la salud de manera indirecta al indicar genéricamente que el objetivo del gobierno será el bienestar general. Tales normas, en lugar de garantizar el derecho a la salud en términos categóricos contienen disposiciones que limitan el ejercicio de otros derechos humanos, entre otras razones para proteger la salud. Más aún, de hecho su legislación inferior y/o programas reconocen la cobertura a toda la población.

En general los países reconocen la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración de Alma Ata de 1978. Tal Declaración consagra los principios

de la atención primaria, la responsabilidad individual por la misma y la participación comunitaria.

b. Universalidad

En todos los casos de los países latinos, el contexto jurídico normativo de cada país reconoce que el derecho a la salud es de carácter universal, ya sea expresamente como es el caso de Brasil, Cuba, Ecuador, Venezuela y Guyana, o implícitamente.

En el Caribe no latino, el reconocimiento de la salud como un derecho universal surge implícitamente de la suscripción del Pacto de Derechos Económicos y Culturales efectuada por la gran mayoría de los estados analizados.

Casi todos los estados analizados (a excepción de Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Antigua y Barbuda, Bahamas, y Cuba) ratificaron el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que integra la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y que define a la salud como un derecho humano social y universal². Por tal motivo, aún en el caso de que tal derecho no estuviera explícito en el derecho constitucional de cada país o su legislación inferior, con la respectiva suscripción y ratificación de este Pacto, así como de los otros tratados internacionales que reconocen expresamente su contenido universal, el mismo adquiere ese carácter en el derecho interno de cada Estado. Incluso algunos países como Argentina, asignan a estos Tratados jerarquía constitucional.

Algunos países, como Uruguay, Venezuela, Nicaragua y República Dominicana, garantizan en sus Constituciones la atención gratuita de los servicios de salud a los indigentes. Algunos textos constitucionales como ser los de Colombia y Nicaragua tienen previsiones específicas respecto al derecho a la salud de los niños, los jóvenes, la familia, los adultos mayores, los trabajadores y los discapacitados.
--

1.2 Papel del Estado

La mayoría de los países establecen responsabilidades para los gobiernos centrales y locales en materia de asegurar el acceso a la salud.

En un número importante de países se define el papel del estado central, el de los gobiernos locales e incluso el de las instancias intermedias en la legislación superior.

La tendencia es a definir al estado central como planificador, normatizador y regulador del sistema de salud. Encontramos normas en este sentido en las Constituciones o legislación de Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Perú, Paraguay y Venezuela. Algunas constituciones definen también las características de los prestadores de los servicios –incluyendo a los privados– como es el caso de Chile y Colombia.

² PNUD 1998

Cada asignación de responsabilidades tiende a ampliar las garantías para el ejercicio de los derechos reconocidos. Por lo general la legislación inferior se preocupa por asignar las competencias para la consecución y garantía de estos derechos a los ciudadanos. En la mayoría de los casos recae en el Ministerio de Salud el papel de rector y regulador del sistema, y se establece incluso, en algunas normas, la obligación que tienen los servicios públicos de atender a la población indigente.

Los países no latinos gozan de una protección judicial que depende en gran medida de los precedentes de las decisiones judiciales para interpretar sus constituciones, y no tienen referencias explícitas a derechos humanos, aún cuando son judicialmente exigibles. En su sistema de derecho consuetudinario las decisiones judiciales sirven de base a las decisiones posteriores de otros jueces.

Las garantías constitucionales para el ejercicio del derecho a la salud habilitan en la mayoría de los casos la posibilidad de la vía del amparo judicial. La vía judicial y nuevas figuras jurídicas introducidas en las reformas modernas del Estado, como la Defensora del Pueblo contribuyen al reconocimiento operativo de estos derechos. Así, se crean tribunales especiales como el Juzgado Especial de Sanidad en El Salvador, cuyas resoluciones son apelables ante el Ministerio. En varios países, como ser en Argentina, la figura del Defensor del Pueblo se está estableciendo como una instancia más de defensa y reconocimiento de estos derechos.

Las constituciones socialistas de Cuba y de Guyana comprometen en la protección de las garantías a la salud a las autoridades socio políticas, y por ende, su aplicación no depende sólo del sistema judicial, sino también de sus estructuras políticas.

1.3 *Sociedad civil*

Se propicia en el caso de las Constituciones de Bolivia y Brasil la participación popular en la definición de sus prioridades de salud y el control de los servicios de salud pública. Argentina, tiende a reconocer esta posibilidad, en las relaciones privadas, a las entidades intermedias de defensa del consumidor.

Las legislaciones tienden a reconocer que la comunidad es sujeto y objeto del progreso y consideran a la salud como un producto social, definiendo parámetros, que garanticen el acceso a los servicios de salud, tales serían el caso de la Ley 100 de Colombia, el Código de Salud de Bolivia, las Leyes Generales de Salud de Costa Rica, y México, la ley que crea el Sistema Nacional de Salud de Chile y la que establece el Sistema Único de Salud en Brasil. Este último caso es quizás el mejor ejemplo de América Latina de cómo la salud puede contribuir a la democratización del Estado y la sociedad.

La inclusión y reconocimiento del derecho a la salud como un derecho de incidencia colectiva es incipiente y está limitado a muy pocos estados. Algunos países (Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay) incluyen en su derecho constitucional los derechos difusos, que involucran el derecho a la salud.

Resulta particular la Constitución de Guyana que guiada por principios socialistas y de cooperación favorece mecanismos de participación social. En este sentido, esta constitución reconoce la importancia de las cooperativas y considera a las ONG's parte del sistema de salud.

2. El sistema de salud, los subsectores que lo integran y su incidencia en la evolución de la cobertura legal

Los sistemas de salud de América latina y el Caribe suelen estar integrados por tres subsectores, (1) el público, (2) el seguro social y (3) el privado:

- En el *subsector público*, el Ministerio de Salud es el proveedor más importante, y además reúne los papeles de prevención, saneamiento y curativo. Dentro de este subsector es frecuente encontrar que también tienen participación los servicios de salud de las fuerzas armadas y policiales e incluso los ofrecidos por las Escuelas de Medicina. Las instituciones de beneficencia pueden estar aquí o en el subsector privado según su naturaleza jurídica. En general este subsector predominantemente cubre a la mayor parte de la población incluyendo a los más pobres que sólo pueden recurrir a los servicios de este subsector. El subsector público participa generalmente en una menor medida que los otros subsectores respecto del gasto nacional en salud (ver Gráfico 1). La cobertura del subsector público es de carácter universal, a diferencia de los sistemas de aseguramiento público o privado, que son de carácter obligatorio o voluntario pero que requieren aportes y la afiliación, y que incluyen prestaciones de servicios.
- El *subsector del seguro social*, en general cubre los trabajadores del sector formal y, a veces, a sus dependientes. Normalmente la afiliación es obligatoria. Sus prestaciones incluyen atención de enfermedades, programas materno-infantiles, accidentes del trabajo y asignaciones familiares. En algunos países, como Chile y Argentina, la cobertura de la seguridad social supera a la del Ministerio de salud. Por lo general en América latina este subsector tiene una participación mayor en el gasto total en salud.
- El *subsector privado*. Este subsector generalmente está compuesto por seguros privados, empresas de prepago y proveedores de servicios privados, sin o con fines de lucro. También se incluye aquí a la medicina tradicional/popular. Se nota una tendencia al desarrollo de estas entidades en los planes organizados por entidades con fines de lucro, los de los empleadores, las cooperativas y la comunidad, particularmente en cuanto a proveedora de servicio. También se incluye aquí a la medicina tradicional/popular.

Podemos clasificar los países de acuerdo a la fecha en que introdujeron la cobertura legal de un sistema de salud o de un seguro de salud:

- Los pioneros, influidos por la Ley de Bismark a comienzos del siglo (Chile, Brasil, Ecuador, Perú, Argentina, Colombia y Cuba.).

- Un segundo grupo influenciado por el informe Beveridge y la OIT, a partir de 1940 aprueban seguros por maternidad y/o enfermedad (Venezuela, Costa Rica, Panamá, México, Paraguay, Argentina, Colombia, Guatemala, la República Dominicana, El Salvador y Bolivia). Posteriormente, en la siguiente década se adhieren Honduras, Nicaragua y Uruguay.
- Finalmente entre la década del '60 y el '70 los países del Caribe no latino independizados del Reino Unido y otros ex-colonizadores promulgaron leyes que incluyen beneficios en efectivo por enfermedad, si bien con anterioridad algunos habían aprobado sistemas nacionales de salud.
- Haití fue el último en promulgar una ley de seguro de salud, que hasta 1992 todavía no había sido puesto en vigencia.

La fecha de inicio de la cobertura legal universal de cada sistema de salud considerado, (sistema entendido como el conjunto de subsectores que integran el sector salud de cada país y no como sistema nacional de salud) corresponde al momento a partir del cual el Estado queda obligado a garantizar el derecho al acceso a la salud de toda la población, ya que es el momento a partir del cual ese derecho es exigible. En otras palabras, el momento en que este derecho es reconocido positivamente mediante la habilitación de mecanismos para garantizar su ejercicio a favor de toda la población.

En consecuencia, cuando se habla de la fecha de inicio de la cobertura legal en la prestación de servicios de salud, debemos remontarnos al momento en que el subsector público deja en la década del '40 de cumplir un papel de policía limitado a evitar la propagación de enfermedades, y asistencialista respecto de la cobertura de los indigentes o carentes de recursos, y pasa a tener un reconocimiento efectivo de su responsabilidad como garante del derecho a la salud colectiva, a través del derecho positivo de cada país, sea que la prestación este organizada bajo la forma de un *sistema* de salud (generalmente en el subsector público) o de un *seguro* de salud (generalmente su propio subsector).

En el caso de los países con sistemas nacionales de salud ambos momentos: el del inicio de la cobertura legal del sistema y el del reconocimiento del papel del subsector como garante del derecho a la salud resultarán coincidentes.

En el caso de los países con seguro social y menor grado de integración de este con el subsector público, el inicio de la cobertura legal se retrotraerá al momento en que el marco legal reconoce el compromiso y responsabilidad del Estado respecto de la salud entendida como derecho individual y social, de toda la población. En estos casos la fecha de inicio del seguro social tan sólo está indicando el inicio de la cobertura legal específica de este subsector, salvo cuando se hubiera aprobado un sistema único de seguro social, como sería la situación que se verifica en Brasil. Vale aclarar que se cita a Brasil dentro de un sistema de seguro social único con fundamento en su modalidad de organización y financiamiento, pero que también acepta una ampliada coexistencia de seguros privados en el sistema.

Desde el inicio de la cobertura legal, hay una diferenciación entre los países con seguro social, que otorgan beneficios de salud tanto en efectivo como en especie y los países con sistemas nacionales de salud que acuerdan beneficios en especie y donde el seguro social se limita a conceder beneficios de salud en efectivo.

Las Tablas 2 y 3 muestra que a mayor participación del seguro social en la cobertura total del sistema de salud de un país, mayor cobertura real alcanzada por dicho sistema de salud, con la excepción obvia de los que tienen "sistema nacional de salud", con amplia cobertura por definición. Dicha tabla muestra que se mantiene constante la tendencia de alcanzar mayor cobertura real de toda la población en los países que fueron pioneros en la creación del seguro social y donde dicho régimen cubre a una proporción importante de la población.

La coordinación, articulación y modulación entre los tres subsectores es objeto del proceso de reforma en la mayoría de los países. Estos procesos tienden a reconocer el papel regulador y rector del Ministerio de Salud y/u otras instancias de coordinación. La tendencia que se verifica en general es ir de más allá y reconocer además la importancia de la participación de la sociedad civil en el proceso. Las líneas de intervención definidas suelen ser la planificación y definición de prioridades, tendiendo a la descentralización, la separación entre la provisión y la financiación y el cambio en la mezcla público/privado.

Algunos de los países, que transitan este derrotero son fundamentalmente los que tienen la mayor integración, como ser los países del Caribe no latino o Cuba, con un sistema nacional de salud unificado, luego Costa Rica o Brasil que hacen recaer en el Ministerio de Salud la tarea de coordinación entre el subsector público y el del seguro social. Todos ellos, reconocen el valor de la estrategia de atención primaria de la salud.

Los países que en el último quinquenio alcanzaron mayor incremento de cobertura real fueron países con una organización del sistema de salud segmentada, que están profundizando o efectuando reformas hacia sistemas de seguros sociales de salud con mayor integración. En general estos países parten de un alto nivel de exclusión, con escaso desarrollo de estructuras clientelistas dependientes del Estado, y por ende hay una mayor viabilidad política para el cambio.

Se destacan en primer lugar Bolivia y Perú con el 36% de incremento, luego Honduras con el 31%, Paraguay con el 16%, El Salvador con el 14,5%, Guatemala con el 10%, Nicaragua con el 14%, Ecuador con el 9%, Colombia con el 6% y Guyana con el 5%.

En estos países las reformas operadas tienden a modificar el modelo de financiación-provisión y lograr una mayor articulación del sistema, sobre la base de modelos de aseguramiento universal.

Brasil y México han efectuado importantes reformas y registran también un considerable aumento de su cobertura, lo que resulta notable atendiendo a sus grandes extensiones territoriales y población comprendida. Brasil ya en la década del '80 estaba transitando por un cambio profundo del sector que aún está en proceso. México actualmente está en pleno proceso de cambio. Ambos han logrado un aumento del 15 y 13% de cobertura respectivamente durante el período analizado (1992-1998).

Se destaca también el caso de Colombia. En este país la adopción del Sistema General de la Seguridad Social en Salud es un ejemplo de como es posible utilizar cláusulas muy generales del texto constitucional como base para una regulación legislativa que desarrolle las responsabilidades del Estado contemporáneo en el campo de la salud. Es digno subrayar que el esfuerzo conjunto de los órganos legislativo y ejecutivo del Estado colombiano por modernizar la infraestructura legal del sector salud encontró en la jurisprudencia de los dos tribunales más altos de su rama jurisdiccional, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, interpretaciones avanzadas que dieron estabilidad a la estructura vigente.

La reforma en Colombia logró triplicar la cobertura de los asegurados. Se cubría en 1992 al 19% de la población asegurada la que aumentó al 61% en 1996. Aunque el resto tiene cobertura teórica del subsector público queda un gran grupo sin cobertura aún.

3. Brecha entre cobertura legal y real

La información disponible sobre cobertura real es escasa en general. En principio, la cobertura legal (o teórica) está condicionada por la cobertura de los distintos subsectores y el grado de integración del sistema. Sin embargo, en muchos casos la cobertura real está mas cerca de la demanda efectiva de atención que de la cobertura legal.

Los países que administran o coordinan un Sistema Nacional de Salud, tales como Cuba, Costa Rica o los países del Caribe no latino, cuentan con mejor información respecto a la cobertura real de la población. La restricción de información en los otros países no implica desconocimiento sobre la falta de accesibilidad a los servicios de salud, como demuestra el hecho que la mayoría hayan emprendido acciones para afrontar el problema, sino más bien ausencia de información sobre su dimensión efectiva.

La cobertura real, medida según el porcentaje de población con acceso regular a los servicios de salud, dista mucho de la que corresponde a la cobertura legal que es del 100% en todos los países de la región como indica la Tabla 3.

La explicación de la brecha entre cobertura real y legal se puede atribuir a dos tipos de causas: (1) exógenas y (2) endógenas.

Causas exógenas, son por ejemplo:

- Efectos negativos de las *reformas del Estado*. La globalización de la economía, los procesos de integración regional, la liberalización y las crisis fiscales, han dado lugar a los procesos de reforma del Estado de primera y segunda generación. Estas reformas generalmente se hacen con miras al ajuste estructural y las privatizaciones, con el consecuente cambio en políticas sociales. Generalmente las reformas han resultado en una disminución del tamaño del Estado, con el consecuente aumento del sector informal y presión sobre los sistemas públicos.
- *La pobreza*. Según CEPAL, en 1994 el 39% de los hogares de América Latina estaban bajo la línea de pobreza. El porcentaje de familias pobres en América latina bajó de 41% a 30 % entre 1990 y 1994. La disminución de la indigencia fue menor ya que el porcentaje de familias que viven en estas condiciones declinó sólo del 18% al 17%
- *Distribución del ingreso*. La redistribución inequitativa de la riqueza es el principal problema que incide en la diferenciación entre segmentos de población, lo cual influye también en la cobertura de las prestaciones de salud. América latina es la región del mundo donde se distribuyen con más iniquidad los ingresos.
- *El desempleo y subempleo*. En 1996 el desempleo abierto representaba entre el 10 y 18% en Argentina, Colombia, Panamá, Uruguay y Venezuela, pero el subempleo, es decir el trabajo con una remuneración inferior al mínimo establecido en cada país, constituía uno de los problemas más serios para algunos de los países de la región, como por ejemplo Perú, (48% de la población subempleada) y Colombia (14,7%). Se estima que en la región entre el 20 y 40% de la población recibe ingresos menores a los necesarios para cubrir la canasta básica. El desempleo afecta fundamentalmente en las familias de bajos ingresos, la población con bajo nivel de educación, en los jóvenes y en las mujeres.

Para poder identificar las causas endógenas al sistema, es necesario analizar los modelos de atención de salud de cada país y su correlación con el tipo de cobertura que cada uno brinda. Siguiendo este criterio se han identificado cuatro grupos de países³.

A. SISTEMAS PUBLICOS INTEGRADOS: Bahamas, Barbados, Costa Rica, Jamaica, Granada, Cuba y Trinidad & Tobago

En un primer grupo podemos identificar a los países que cuentan con sistemas públicos integrados, de financiación pública y provisión pública.

³ Maceira (1996)

Estos países ofrecen y financian cobertura universal sobre la base de impuestos y por asignación de presupuestos globales, en general a través de proveedores públicos de servicios. Costa Rica, es la excepción en este grupo y presenta un subsector del seguro social coordinado con el subsector público, el que actúa como un modelo dominante de aseguramiento y provisión.

El subsector privado ha tenido tradicionalmente un papel minoritario y ha sido visto a menudo como complementario del aseguramiento público. Sin embargo, en los últimos tiempos en algunos de estos países se asiste a un cierto auge de este subsector (por ejemplo en Jamaica). En este modelo, los profesionales médicos pueden ejercer la actividad pública y privada.

Estos países se ubican en el grupo de ingreso mediano en la región y en un estado epidemiológico de transición más o menos avanzada, por lo que empiezan a plantearse y a tener que afrontar los retos derivados de la misma.

Causas de la brecha:

El porcentaje de brecha entre la cobertura real y teórica es bajo en estos países.

Perfil de la exclusión:

Aunque la población excluida es escasa, hay grupos vulnerables (fundamentalmente adultos mayores, algunos enfermos crónicos y población migrante). Las políticas y estrategias de extensión de cobertura están orientadas a mejorar la calidad de la prestación y empiezan a plantearse la focalización hacia los grupos vulnerables.

La excepción en este grupo es Trinidad y Tobago que registra un 30% de población sin acceso a los servicios de salud a causa de la falta de acceso geográfico, de la centralización del subsector público, y de las ineficiencias administrativas, lo que se agrava por el alto costo del transporte y la escasez de oferta de establecimientos en el área rural.

B. PAÍSES CON SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO MIXTO REGULADO: Argentina, Chile y Uruguay

En este grupo se presentan diversas formas de financiación, aseguramiento y provisión de servicios, pero con importantes grados de regulación pública. Estos países también muestran diferencias importantes en términos del porcentaje de gasto total que es de financiación pública.

El subsector público cubre en principio a toda la población, aunque su población objetivo es la no cubierta por los otros subsectores.

El subsector del seguro social se financia a través de aportes y contribuciones de los empleadores y trabajadores, y la provisión de servicios es realizada por instituciones

privadas en Chile (Institución de Salud Previsional, ISAPRES), Sindicales en Argentina (Obras Sociales) y estatales en Uruguay (Dirección de Seguro Social de Enfermedad, DISSE). La prestación de los servicios de los seguros sociales se realiza a través de instalaciones propias o contratadas, y alcanza a más de la mitad de la población en los tres países citados.

El subsector privado está organizado y ofrece varios planes de servicios de salud. También existe un importante sector proveedor privado, con y sin fines de lucro, de mediano o alto nivel de complejidad.

Chile ha encabezado las reformas de las relaciones entre financiamiento, aseguramiento y provisión en el subsector público, sobre la base de la competencia regulada (que incluye al Fondo Nacional de Salud, FONASA y ISAPRES) y la paulatina eliminación de subsidios cruzados. Le sigue en el proceso Argentina con la desregulación de las Obras Sociales (posibilidad de libre elección de Obras Sociales Nacionales) y la creación del Hospital Público de Autogestión, en tanto Uruguay mantiene una fuerte regulación sobre las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, IAMCs, que son entidades prestadoras de la seguridad social que cubren los riegos de enfermedad y maternidad, y que reciben parte de su financiamiento de fondos públicos.

Causas de la brecha:

- *Dificultades en los mecanismos de asignación y distribución de recursos.* En estos países, fundamentalmente en Chile y Argentina, se avanzó en el proceso de descentralización (a las Provincias en Argentina, y a los Municipios la atención primaria en Chile) pero los mecanismos de asignación de recursos siguen presentando dificultades. Si bien en Argentina los presupuestos hospitalarios siguen sujetos a patrones históricos con poca relación con los resultados, existen experiencias interesantes en el ámbito provincial. En igual sentido se efectúan experiencias piloto en Uruguay y en Chile.
- *Falta de coordinación y articulación entre subsectores.* Existen subsidios cruzados y duplicidad de cobertura para ciertos grupos en perjuicio de los carentes de recursos.
- *El gasto de los seguros privados y del seguro social supera al gasto del subsector público,* quien debe atender a la población indigente y a la población que no está cubierta por los otros dos subsectores.
- *Las reformas que se han implementado no han logrado superar la fragmentación del sistema y el desbalance del seguro en favor de los cotizantes de mayores ingresos como sucede con las ISAPRES respecto de los beneficiarios del FONASA en Chile, y con los no asegurados o con los afiliados a Obras Sociales más pobres respecto de las de mayor escala en Argentina.*

Perfil de la exclusión:

En Uruguay los familiares del titular del seguro social carecen de cobertura. No sucede lo mismo en Argentina y Chile donde además, se ha incorporado gradualmente dentro del seguro a sectores de la economía informal y a otros grupos de excluidos. En este sentido en Uruguay se ha logrado incluir a los adultos mayores de menores ingresos en el sistema de seguro social. Sin embargo, un número importante de trabajadores a tiempo parcial y de trabajadores rurales continúa quedando al margen del seguro social en todos estos países.

Recientemente Colombia ha implementado un modelo de competencia gerenciada, con financiación pública y parapública en el subsector público, financiación pública del aseguramiento privado, y fuerte municipalización de las condiciones del aseguramiento y la provisión. La idea es generar un importante incremento de la cobertura del aseguramiento por esta vía. Por sus características este sistema podría ser incluido en el grupo de aseguramiento mixto regulado, pero el proceso es muy reciente aún para extraer conclusiones definitivas.

C. PAÍSES CON SEGURO DE SALUD UNIFICADO: Brasil

El sistema brasileño se define como un sistema nacional de salud de financiación pública y provisión mixta. Sin embargo, su modelo de financiamiento, su organización y la alta provisión privada lo colocan como referentes de un seguro social con tendencia a la unificación.

Brasil es el único país de la región que se ha orientado hacia el Sistema Único de Salud. Este país no optó por la atomización de las entidades de seguro de salud, sino por su unificación progresiva en una entidad pública con metas de cobertura universal.

Causas de la brecha:

- Las fallas en la atención provocan un *importante volumen de pago privado de bolsillo y mercados de seguros privados, a veces superpuestos al aseguramiento público, que cubren al 20% de la población.*
- El nuevo modelo de atención ha logrado un incremento de la cobertura real de salud. Sin embargo, *debiera profundizar la regulación* para alcanzar mejores resultados.

La falta de articulación con el subsector privado y de regulación está ocasionando la sobrefacturación y deterioro de la calidad de la prestación.

Perfil de la exclusión:

- La población sin cobertura real es estimada de 10-20%, incluye la población más pobre y rural (Zona Norte y Nordeste), la población negra e indígena, la población desocupada o con muy bajos ingresos, los niños de menos de tres años, los adultos mayores y las mujeres.

D. PAÍSES CON SISTEMAS SEGMENTADOS: México, Haití, República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Guyana, Suriname, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia y Paraguay

Este es un subgrupo heterogéneo tanto en términos de segmentación (muy inferior en Panamá o México que en Bolivia o Ecuador), como de cobertura real (muy inferior en Haití que en Panamá o México). Asimismo, las experiencias en curso para la extensión de la cobertura varían grandemente entre los países por ejemplo en Panamá mediante la creación de consorcios entre Ministerio de Salud y Caja del Seguro Social en México descentralizando los servicios de la población no asegurada a los Estados, y en Ecuador, Perú y Bolivia desarrollando desde el subsector público esquemas de seguros para población campesina o pobre.

Causas de la brecha:

- *Ineficiencia asignativa del subsector público*, que sigue siendo el principal asegurador teórico, y la relativa baja calidad de sus servicios.
- *El seguro social cubre a un número variable de la población*, (por ejemplo México, más de 50% y Bolivia cerca de 15%). En muchos casos, su segmentación en múltiples entidades de aseguramiento compromete gravemente la eficiencia.
- *Los seguros privados tienden a crecer pero no están aún altamente desarrollados*.

Perfil de la exclusión:

- En los países donde la cobertura del seguro social es baja y la accesibilidad y/o la calidad de los servicios del subsector público deficiente, los sectores de menores recursos optan además por la cobertura de ONG's o de entidades sin fines de lucro, o por la atención privada. En estos países el porcentaje del gasto privado en salud es mayor que el del gasto público.
- Los servicios ofrecidos se encuentran ubicados en las áreas urbanas y peri-urbanas, y la exclusión afecta fundamentalmente a la población rural pobre.

Conclusión: De las causas endógenas relevadas se observa que los países con mayor coordinación y articulación de la oferta (casos A y B y en menor medida C) alcanzan los más altos niveles de cobertura, aún con bajos niveles de gasto en salud.

En el mismo sentido, tal coordinación favorece el control de las prestaciones y por ende, la calidad de los servicios. Las medidas de regulación en estos casos alcanzan a la descentralización e involucran a la sociedad civil en los países que han obtenido mejores resultados.

4. El gasto en salud como porcentaje del PIB y su tendencia

El gasto nacional en salud como porcentaje del PIB y la participación que tienen en el mismo los subsectores son indicadores de la eficiencia asignativa y operativa de los sistemas de salud, así como de las restricciones económicas y financieras que enfrentan los países para la elaboración de sus políticas.

El promedio de la región del gasto en salud equivale al 7,3% del PIB. La variación es significativa entre los países con mayor gasto (Uruguay con un 10% del PIB) y el de menos gasto (Haití con 3,5%)⁴.

Los países se pueden distribuir en cuatro grupos según la relación del gasto en salud/PIB, con un cuarto de los países en cada grupo.

Gasto en salud 1995 (% del PIB)⁵

> 6.9%	6.0-6.9%	5.0-5.9%	< 5.0%
Uruguay Costa Rica Panamá Suriname (1996) Cuba Colombia (1995) Venezuela Brasil Guayana Honduras Chile	Dominica Nicaragua Argentina (1997) Barbados Antigua y Barbuda Bolivia	El Salvador (1994) Saint Kitts y Nevis San Vicente y las Granadinas Rep. Dominicana Ecuador Jamaica Granada Paraguay Santa Lucía	Trinidad y Tobago Bahamas Guatemala Belize México Perú Haití

La tendencia general verificada en la región entre 1994 y el último año disponible no es uniforme en todos los países si atendemos a su participación como porcentaje del PIB. Se verifica, además, una disminución en los países más pobres como Haití, República Dominicana, Bolivia, Paraguay, Nicaragua, México, Perú, Belice, El Salvador, Nicaragua, Jamaica, así como en algunos de los países del Caribe no latino (Bahamas, Barbados y Antigua y Barbuda).

El promedio de la región indica que el gasto público concentra el 41% del gasto nacional en salud y el privado el 59%, verificándose además que cuanto menos desarrollado es el país menor es la participación del gasto público en salud como porcentaje del gasto nacional en salud. Ello debe ser orientador para el diseño e implementación de políticas que corrijan tales ineficiencias.

⁴ OPS 1998.

⁵ Fuente: Elaboración propia en base a datos de los países y OPS (ver Tabla 3).

Como se puede observar en la Gráfico 1, en general el gasto se dirige mayormente al subsector privado, seguido por el seguro social y finalmente el público.

El gasto en salud de las instituciones del seguro social es el componente más importante del gasto público (ocupa el 40% del total de estos recursos). El gasto de los gobiernos centrales representa el 1 % del PIB y el de los gobiernos locales el 0,6% (siendo de significación en Argentina y Brasil).

El gasto público en salud incluye el gasto de la seguridad social que comprende las prestaciones en especie por maternidad y enfermedad financiado por contribuciones obligatorias a fondos de salud, administrados por instituciones públicas obras sociales, instituciones de la seguridad social y cooperativas o por instituciones privadas como las ISAPRES y las IAMCs en Chile y Uruguay respectivamente.

Los países del Caribe no latino, con cobertura universal, tienen cobertura de seguros para compensar pérdidas de ingresos laborales por los eventos de enfermedad. Los servicios curativos del programa de enfermedad y maternidad, por otra parte son prestados por el sistema nacional.

En los sistemas de aseguramiento existe una estrecha vinculación entre el gasto y la cobertura de la seguridad social. En los países con mayor gasto en los sistemas de aseguramiento público, se ha logrado mayor cobertura.

El gasto privado en salud representa en promedio el 4,3% del BPI de la región y el 59% del gasto nacional, del cual dos terceras partes son gastos directos y un tercio indirectos (seguros privados). Este gasto tiene un alto peso en Argentina y Brasil, llegando a equipararse al 50% del gasto privado de toda la región.

Los seguros privados cubren a aproximadamente el 11,4% de la población de la región y representan el 19,55% del gasto nacional en salud.

Se verifica también que las ONG'S tienen una importante participación en el financiamiento del subsector privado y en la prestación de servicios de salud de los países más pobres. Además en algunos países las ONG'S reciben subsidios del Estado como Haití y República Dominicana, Guyana y Suriname.

III. Políticas Sectoriales y Estrategias

1. Introducción

En la Región de las Américas, la reforma y el desarrollo de políticas de salud están enmarcadas por la apertura económica, la consolidación democrática y el reordenamiento de Estado. El análisis de las experiencias evidencia la diversidad de los modelos y estrategias adoptados por los países para alcanzar una cobertura universal con servicios de buena calidad, conforme a las realidades nacionales.

En general, el proceso de ajuste estructural del Estado dio lugar a importantes reformas de las políticas sociales vigentes. Además del establecimiento explícito del papel regulador del Estado, se reglamentó la participación del sector privado, se crearon mecanismos para mejorar el acceso y la protección de los excluidos, y se definieron mecanismos alternativos de financiamiento.

En la presente década, se han intensificado los procesos de reforma del sector salud en numerosos países para proporcionar a todos sus habitantes servicios eficientes y de buena calidad que respondan a las necesidades acumuladas y emergentes de la población. En el sector salud se plantea crecientemente la necesidad de alcanzar más equidad y eficiencia en la utilización de sus recursos, enfatizando la atención a los grupos más vulnerables y el control de problemas prioritarios, a través de medidas costo-efectivas de alta externalidad.

No obstante lo anterior, respondiendo en primer lugar a los requerimientos de la reforma del Estado, las políticas del sector salud en su mayoría se han concentrado en modelos de financiamiento y organización del sistema, descuidando sus objetivos básicos que residen en la mejora del acceso y la calidad de las prestaciones de los sistemas, aunque se observan algunas mejoras al respecto

2. Estrategias para el aumento de la cobertura social de salud

Del estudio de casos de países y su análisis, surge un conjunto de estrategias de extensión de cobertura que pueden corresponderse con las políticas aludidas y que se enumeran en la Tabla 6. Esta tabla fue elaborada sobre la base de las estrategias de la última década y sus tendencias.

Las políticas pueden diferenciarse entre aquellas que tienden a la extensión universal, y aquellas que apuntan a la focalización. Dentro de tales políticas, los países han optado por distintas estrategias, que involucran diferentes mecanismos para alcanzar el objetivo antedicho. En algunos casos, puede detectarse fácilmente de qué modo la estrategia elegida contribuye a ese fin, en otros es necesario la implementación de un complejo conjunto de mecanismos y acciones para su determinación.

Las estrategias se pueden organizar en las siguientes categorías (ver Tabla 6):

- a) Estrategias de reforma del sistema de salud para mejorar la **eficiencia** del sistema:
 - Focalización en atención primaria
 - Desarrollo y regulación del subsector privado
 - Participación de las ONGs
 - Separación entre provisión y financiamiento
 - Descentralización y fortalecimiento del papel de rectoría
 - Creación de un Sistema Nacional de Salud
- b) Estrategias para mejorar la **productividad y la calidad** de los servicios:
 - Mejoramiento de la gestión de las unidades prestadoras y del sistema
 - Fortalecimiento de la red de servicios
 - Autogestión de hospitales
 - Incentivos a unidades e individuos
 - Paquetes básicos o servicios básicos
 - Medicamentos esenciales
 - Estándares y criterios de calidad
 - Mejoramiento de la fiscalización y control
- c) Estrategias para aumentar la **participación local** y adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales:
 - Sistemas locales de salud
 - Participación comunitaria
 - Descentralización
- d) Estrategias para reducir la **exclusión financiera**:
 - Aumento de la cobertura en salud a través del Seguro Social en Salud
 - Introducción de Modelos de Seguros Básicos de Salud
 - Reforma de los modelos de pago y copago
- e) Estrategias para reducir la **exclusión cultural**:
 - Humanización de la atención
 - Introducción de modelos de salud con reconocimiento de la identidad de las personas.
- f) Estrategias de programas **focalizados**:
 - Programas de alimentación complementaria
 - Extensión de los programas de vacunación
 - Refuerzo de los programas de prevención y control de enfermedades
 - Programas de ampliación de cobertura a zonas rurales
 - Programas de protección social para grupos de baja renta

3. Análisis de las estrategias

Las estrategias pueden ser clasificadas de acuerdo con la provisión y uso de la atención de la salud así como del subsector afectado (para este cuadro se agrupan los subsectores seguro social y público bajo el título “público”)

Estrategias de aumento de cobertura:

Oferta		Demanda	
Oferta Pública	Oferta Privada	Financiamiento	Aceptabilidad
Fortalecer la red de servicios Mejorar la gestión de las unidades prestadoras Estándares y criterios de calidad	Desarrollar y regular el subsector privado Participación de las ONGs	Seguridad Social en Salud Seguro Básico de Salud Reforma de los modelos de pago y copago	Humanización de la atención Participación comunitaria

En general podemos observar que los mejores resultados obtenidos son frutos de un conjunto de programas de mejoramiento de la oferta en combinación con actividades de aumento de la demanda especialmente de grupos vulnerables y sin acceso efectivo a los servicios.

Se presentan a continuación algunos ejemplos de países que han implementado un paquete de estrategias simultaneas para la efectiva extensión de la cobertura a toda la población:

México. Como parte de las estrategias de extensión de la cobertura, los beneficiarios del seguro social pueden elegir al médico que los atenderá. Además se establecieron un seguro familiar en el Instituto Mexicana de Seguro Social (IMSS) y un programa de municipios saludables. En 1996 se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) basado de un paquete de servicios de salud para personas sin acceso a los servicios médicos en la zona rural que en 1997 llegó a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados.

Nicaragua inició un proceso de reformas en 1990 para lograr una mayor descentralización administrativa hacia sus estructuras intermedias (Sistemas Locales de Atención a la Salud – SILAIS) y, a la vez, extender la cobertura, adecuándola a las necesidades de cada comunidad.

En Colombia, con la reforma se logró triplicar la cobertura de los asegurados del 19% al 61% de la población entre 1992 y 1996. El resto de la población está cubierta teóricamente por el subsector público, pero queda aún un gran grupo sin cobertura efectiva. Los factores que se espera influyan en lograr los progresos en lo referente a la calidad de la salud, la cobertura y la equidad en el nuevo sistema son la promoción y la prevención, el significativo incremento de los aportes financieros del Estado a la salud, la mayor eficiencia en el gasto derivada de los esquemas de competencia, la fuerte contribución de los grupos de mayores ingresos y la solidaridad inherente al sistema.

Uno de los planes de beneficios que plantea la reforma es el Plan Obligatorio de Salud (POS-S) contiene acciones individuales, familiares y colectivas. Fue diseñado fundamentalmente para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. En el Plan de Atención Básica la totalidad de acciones son de promoción de la salud y prevención y se orientan hacia la comunidad. Es un plan territorial gratuito, obligatorio y de responsabilidad del Estado.

En Argentina, se están aplicando medidas para hacer efectiva la extensión de la cobertura, la descentralización y el desarrollo de redes locales, la definición del Hospital Público de Autogestión, el Programa Médico Obligatorio con su definición de un paquete de prestaciones básicas, la incorporación de establecimientos asistenciales privados y del Seguro Social, así como la estrategia de la Atención Primaria. El debate actual está centrado en la factibilidad y viabilidad de implementar seguros provinciales de salud o un seguro público nacional.

En Brasil, fue creado el Sistema Único de Salud (SUS), que tuvo por finalidad extender la cobertura de salud, para lo que se cumplieron los siguientes cambios estructurales:

- instalación de un proceso de cambio cultural insertado en la valorización y actuación ciudadana
- consolidación del subsistema público
- organización y regulación del subsistema de asistencia privada
- funcionamiento competitivo de los subsistemas público y privado.

Las acciones gubernamentales se centran en la mejora de la situación sanitaria, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad en la infancia, y la reorganización y modernización de la capacidad operativa del sistema de salud. Varios programas específicos de extensión de cobertura fueron implementados, por ejemplo La Red de Protección Social (RPS), que es una selección de acciones destinadas a la prestación de servicios sociales básicos, para grupos de baja renta.

En Chile, la reforma iniciada en 1990 ha buscado el equilibrio del sistema mixto chileno, revalorizando el papel del Estado mediante un proceso de autonomía progresiva de las unidades prestadoras y una reforma del financiamiento hacia mecanismos que incentiven la gestión y los resultados. Fue iniciado un conjunto de estrategias en la salud para contribuir a las políticas gubernamentales de la modernización del Estado y superación de la extrema pobreza:

- disminución de las listas de espera
- humanización de la atención y mejora del trato al usuario
- fortalecimiento y modernización del sistema público de salud
- ampliación de la participación y el control social en salud
- mejora de la cobertura y de calidad de atención al adulto mayor
- refuerzo de la atención a la salud del adolescente

Varios programas específicos de extensión de cobertura fueron implementados o reforzados, para la reducción de la desnutrición infantil (Programa Nacional de Alimentación Complementaria), la promoción de la salud, de prevención y control de enfermedades y de servicios de agua potable y alcantarillo.

Las líneas centrales de las reformas actuales se centran en la definición del Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), en redirigir los subsidios públicos desde la oferta hacia los usuarios y en el establecimiento de un sistema de manejo del riesgo basado en parámetros comunitarios. Las reformas se basa en el diagnóstico del sistema dual de salud imperante en el país, replicando, por una parte, las deficiencias de los esquemas de seguros privados e individuales de salud, y por otra parte, las fallas asociadas a los esquemas de provisión públicos que se basan en esquemas de organización burocráticos y se financian sobre la base de la oferta.

En Uruguay, la reforma del Estado reafirma los dos cometidos sustantivos del Ministerio de Salud Pública, por una parte la prevención y la asistencia gratuita a los indigentes y personas carentes de recursos suficientes, y por otra parte la promoción de la salud mediante el control y la disminución de los factores de riesgo asociados con enfermedades y el mejoramiento de la atención de salud a toda la población.

Las políticas de los países en la región han promovido la provisión privada de los servicios de salud por medio de cooperativas médicas, aumentando el mismo tiempo el financiamiento público.

En algunos casos las estrategias aplicadas son extensiones de las ya existentes, como les el caso de la atención primaria de la salud. Otras estrategias no han logrado el resultado esperado, ya que no contaron con los mecanismos necesarios para alcanzar una real extensión de cobertura.

En Argentina, Chile y Colombia se tiende a la competencia gerenciada⁶, a cuyos efectos se han creado nuevos organismos regulatorios del Estado. Brasil, a través de un seguro social de salud tiende a fortalecer la descentralización y la separación entre financiamiento y provisión de servicios.

En coincidencia con el propósito de extensión de cobertura, algunos países están contemplando mejorar su actual sistema segmentado de salud ya que les imposibilita compatibilizar sus objetivos y guardar coherencia con los valores de universalidad y eficiencia enunciados en sus regulaciones sectoriales. Algunos países han comenzado a definir paquetes básicos de servicios, así como de medicamentos esenciales para satisfacer la demanda de la población de menores ingresos. Se comienza también a hablar de separación entre la financiación y la provisión, rectoría del sistema, articulación y modulación.

En todos los países se opta por la estrategia de la focalización a favor de grupos vulnerables. Se verifica en la Tabla 3 una tendencia creciente de la cobertura en los

⁶ Managed competition.

sistemas. En los países más desarrollados se ha buscado la reducción de la exclusión a través de la incorporación de trabajadores rurales al seguro social, o por las mejoras en la calidad prestacional. En los procesos de reforma de los países con predominio del seguro social, surge con claridad la tendencia a la inclusión dentro de sus coberturas de grupos poblaciones excluidas.

En algunos países que tienen pirámides poblacionales más envejecidas se advierten la introducción de programas dirigidos a adultos mayores. Tal es el caso por ejemplo en Uruguay, Chile o en México donde se siente el peso de la transición demográfica y la falta de mecanismos estructurales previstos para su cobertura. Argentina también tiene programas especiales para la tercera edad, así como un mecanismo especial de aseguramiento que, a través de una obra social nacional, cubre alrededor de 4 millones de afiliados, en su mayoría de más de 65 años.

Se destaca también la cobertura que de la población indígena que realizan los diferentes países. Se verifican programas especiales de cobertura de la población indígena, por ejemplo en México, Argentina y Guyana.

Las ONGs participan en casi todos los países en el sector salud. La mayoría de los países, especialmente aquellos que tienen una alta proporción de excluidos presentan importantes programas para los indigentes e involucran a las ONGs en la asistencia directa o financiamiento de la atención de los servicios de salud. Incluso muchas de estas entidades reciben financiamiento estatal o el Estado paga las remuneraciones de sus trabajadores.

IV Conclusiones

Las iniquidades en las condiciones de salud de la población y en su acceso a los servicios de salud son injustas y evitables. Además de las iniquidades entre países, se observan iniquidades de salud al interior de cada uno de ellos, afectando principalmente a los grupos sociales más vulnerables.

A pesar de los logros de algunos países, podemos constatar que desde la perspectiva regional, el desarrollo social no es suficiente. Las iniquidades han aumentado y más del 20% de la población carece de acceso a protección social en salud.

Los países en su proceso de reforma mantienen como principio rector la universalidad de la cobertura y se intenta hacer efectiva a través de distintas modalidades de aseguramiento público y privado, asumiendo por lo general el estado la atención de la población asegurada, y focalizando sus estrategias hacia los grupos más pobres. Las estrategias propuestas comprenden desde la cobertura universal, hasta la atención gratuita a los que carecen de cobertura o la aplicación de un plan básico exigible, o aumento de la capacidad resolutive en el ámbito local.

A la luz del análisis efectuado, las alternativas de solución deben buscar como meta la cobertura universal, cualquiera sea el mecanismo adecuado a las circunstancias específicas de cada país.

El marco jurídico ha sido una importante herramienta, que ha reconocido la importancia de esta meta, pero no resultó suficiente.

Los valores de universalidad, solidaridad, sostenibilidad y equidad sobre el que se apoya esta visión deben estar incorporados a las metas y acciones de la comunidad. Salud para todos es la meta más importante y de mayor alcance jamás construida y exige para su implementación estrategias y acciones que involucren a la comunidad en su conjunto y que admita la tensión creativa entre presente y futuro, el compromiso para cambiar y la aceptación de la innovación. En consecuencia, la renovación de la meta salud para todos debe colocarse en un lugar prioritario de la agenda política.

En general, los cambios introducidos para la extensión de la cobertura social en salud se iniciaron con una modificación del marco legal. Esto fue condición necesaria, pero no suficiente para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000 en las Américas. Basta recordar los indicadores mínimos establecidos para el continente americano sobre esperanza de vida (70 años), tasa de mortalidad infantil (2,4 por mil niños), acceso a agua potable y desechos higiénicos de aguas residuales (100%) y acceso a servicios de salud (100%) que no ha sido alcanzados aún.

La evolución del Estado de Bienestar de los países analizados, a excepción del Caribe no latino, estuvo influenciada por el desarrollo temprano o tardío del seguro social. El nacimiento del seguro social en los estados analizados constituye un indicador de la

capacidad de cada país, para concretar el ejercicio del derecho a la salud enunciado legalmente.

Los países con mayor exclusión son aquellos que tuvieron un tardío desarrollo del seguro social o dificultades para alcanzar la integración del sistema (o ambos). En aquellos países en que se llevaron a cabo reformas tendientes a corregir esta situación es donde se pueden advertir los cambios más importantes.

Características particulares reúnen los países que presentan una extensa población como México y Brasil. Estas naciones tienen regiones, del tamaño de otros países, con indicadores muy diferenciados, lo que dificulta los intentos y/o reformas efectuadas.

No todos los estados han alcanzado el consenso intersectorial para fomentar la equidad, la reasignación del financiamiento público, el fomento de la participación ciudadana, el mejoramiento de la calidad ni el acuerdo de los prestadores, para lograr un apoyo continuado y suficiente de la opinión pública.

Los países reconocen el problema de la exclusión. Para disminuirla, han elaborado estrategias tales como la focalización de los programas de cobertura en salud, sea a grupos vulnerables o por patología.

También se advierten cambios profundos en el modelo de financiamiento y provisión. Brasil, Chile y Colombia han aumentado sensiblemente su cobertura real sobre la base de esta estrategia.

La descentralización o la definición de un paquete básico de servicios y de medicamentos esenciales para satisfacer la demanda de la población de menores ingreso, han contribuido también al aumento de cobertura. Se han introducido planes y programas en la mayoría de los países para este fin. Como parte de esta estrategia, varios países definieron paquetes básicos de salud o servicios básicos.

Otro mecanismo ha sido la introducción o la extensión de seguros sociales de salud, seguros básicos, seguros adicionales o seguros de enfermedades catastróficas, y la promoción del acceso universal a estos seguros. Se han desarrollado, además, programas focalizados para complementar los programas universales, dirigidos a los grupos vulnerables.

Un obstáculo importante para la extensión de la cobertura, constituye el hecho que los grupos objetivos de esta estrategia muchas veces tienen dificultades de aceptar los servicios de salud, por distintas razones, incluyendo las culturales. Existen pocos programas, como Salud con Identidad en Bolivia, diseñados para aumentar el acceso cultural. Esta es un área que se presta en particular para buscar soluciones innovadoras.

Pero existen iniciativas locales tales como los microseguros mediante las cuales se han hecho intentos de mejora de la cobertura de los servicios de la salud, como por ejemplo en Trenque Lauquen en Argentina y en la República Dominicana⁷.

Escapa al alcance de este estudio la realización de una evaluación profunda de los efectos de las diferentes estrategias de ampliación de la cobertura social. Pero es posible decir que los resultados obtenidos son frutos de un conjunto de programas de mejoramiento de los servicios en combinación con actividades focalizadas de aumento del acceso para grupos vulnerables y sin acceso efectivo a los servicios.

⁷ Se presenta un numero de casos de Microseguros en la reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, México 29/11 al 1/12/99

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*. 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.

BID, BIRF, CEPAL, OPS/OMS, OEA, FNUAP, UNICEF, USAID (1995) *"Reunión Especial sobre Reformas del Sector Salud"*. División de Salud y Desarrollo Humano Washington. DC.

CISS (1999) *II Seminario: Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud, Conferencia Interamericana de Seguridad Social*.

CEPAL (1994) *Panorama Social de América Latina y el Caribe 1993*. OPS/OMS. Serie Documentos Reproducidos N° 43.

CEPAL y OPS (1994) *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*. OPS/OMS Documentos Reproducidos N° 41.

FRENK, Julio (1997) *Las Dimensiones de la Reforma del Sistema de Salud* in RUIZ DURAN, Clemente. *Los Sistemas de la Seguridad Social en el Siglo XXI*. México. D.F. Editorial Diana. Fundación Luis Donaldo Colosio A.C.

FRENK, Julio y LONDOÑO, Juan Luis(1997) *Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*.

FILGUEIRA, Fernando y MARTINEZ, Juliana (1999) *Paradigmas Globales y Filtros Domésticos: las Reformas Administrativas en Políticas Sociales en América Latina*. Universidad de Pittsburgh. Centro de Información y Estudios del Uruguay.

ISALUD (1998) *Reforma de los Sistemas de salud en América Latina y el Caribe*. Coordinado por el Licenciado Federico Tobar. Efectuado en la Cátedra de Sistemas de Salud Comparados de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Fundación Isalud.

MACEIRA, DANIEL (1996) *Fragmentación e incentivos en los Sistemas de Atención en Salud en América Latina y el Caribe*. BID. W

MEDICI, André César (1997) *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IACHS. Octubre

MESA- LAGO Carmelo (1992) *Atención de Salud para los Pobres en América Latina y el Caribe*. Copublicación OPS y Fundación Interamericana. Publicación Científica N° 539.

MIRANDA RADIC (1994) *Cobertura, Eficiencia y Equidad en Salud en América Latina*. Centro de Estudios Públicos. Serie Políticas Sociales N° 5. Santiago de Chile.

OPS (1989) *El Derecho a la Salud en las Américas*. Estudio Constitucional Comparado

OPS, OMS, OEA (1994) *Democracia y Salud en los Parlamentos de América Latina y el Caribe*.

OPS (1998) *La Salud en las Américas. Volumen II*. Edición 1998

SEMINARIO INTERNACIONAL (1997) *"Reforma del Sector Salud"* organizado por el Ministerio de salud del Perú. Lima

TAMAYO SAEZ, Manuel (1997) *El Análisis de las Políticas Públicas*.

TOKMAN, Victor (1998) *La informalidad en los Noventa: Situación Actual y Perspectivas*. Cuadernos de Políticas Sociales N° 2. Secretaría de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Argentina.



RRMEX-PS/EST.3s

Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

**ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS COMPARADO DE LA EXTENSIÓN
DE LA COBERTURA SOCIAL EN SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ANEXOS**

GRÁFICO Y TABLAS

Gráfico 1: Participación del gasto en salud como porcentaje del PIB

Tabla 2: Evolución de la cobertura legal de los sistemas de seguro social de salud

Tabla 3: Análisis comparado de las políticas de la extensión de la cobertura social en salud de América latina y el Caribe

Tabla 4: Evolución del gasto e indicadores de salud

Tabla 5: Relación provisión-financiación, integración y tendencia de los sistemas de salud

Tabla 6: Mecanismos específicos de las estrategias para aumentar la cobertura

Gráfico 1: Participación del gasto en salud como porcentaje del PIB

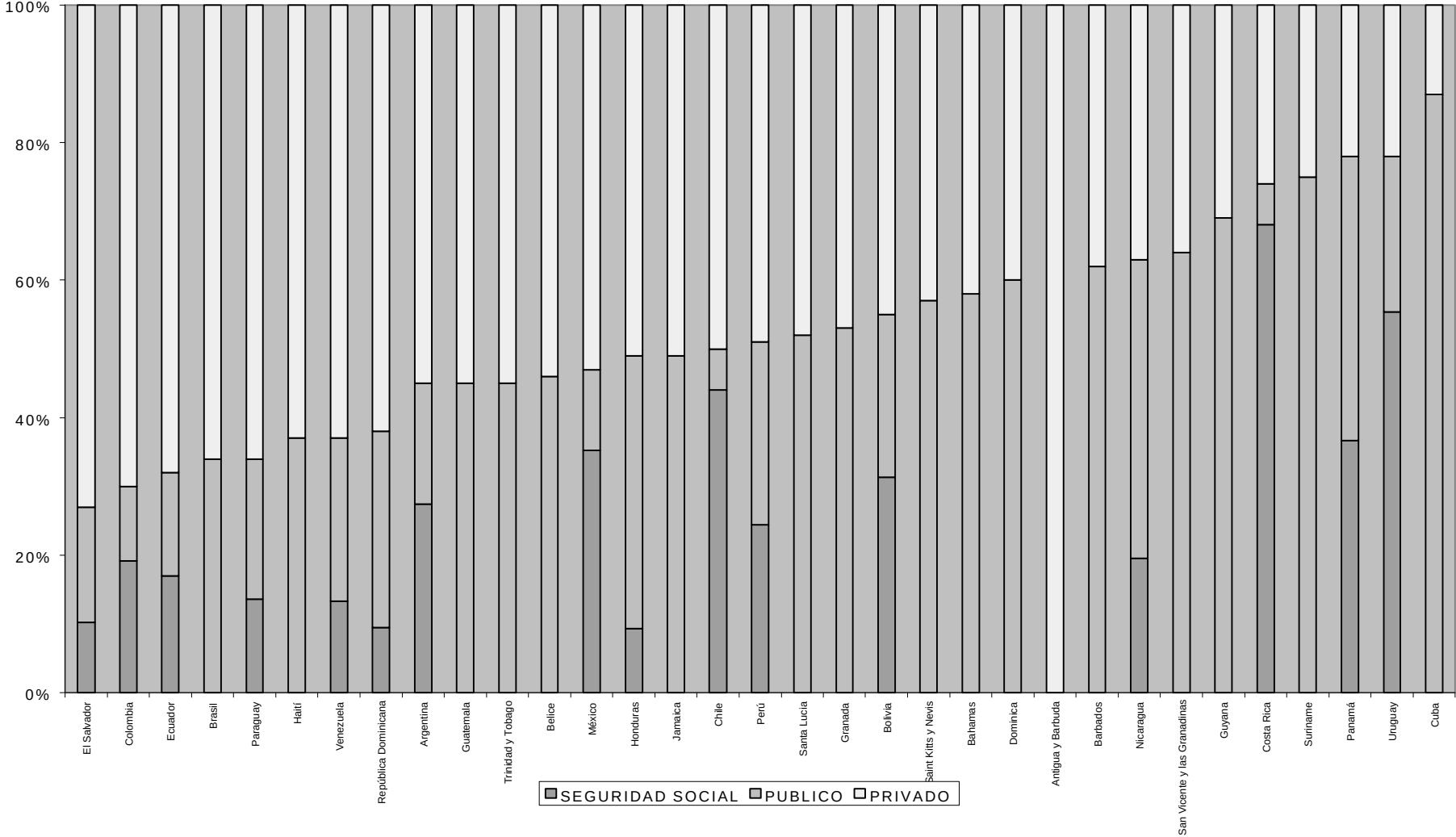


Tabla 2: Evolución de la cobertura legal de los sistemas de seguro social de salud

	Última reforma constitucional	Fecha de Inicio (A)	Tipo de prestación inicial (B)	Población cubierta inicial trabajadora formal (C)	Población cubierta inicial trabajadora informal (D)	Sistema de cobertura actual (E)	Población cubierta por si-stemas sociales de aseguramiento (F)	Estructura de empleo informal no agrícola en ALC% (G)	Estructura empleo formal (H)	Sector agrícola de la PEA (I)
Bolivia	1994	1949		X	Voluntaria	EM	19	63,1	36,9	46,8
Colombia	1997	1938	ME	X	Voluntaria	EM	11	57,2	42,8	26,6
Ecuador	1996	1935		X		EM	19	52,9	47,2	33,3
Perú	1993	1936		X		EM	30	57,9	42,1	35,7
Venezuela	1983	1940		Urbanos		EM	36	47,7	52,3	12,0
Argentina	1994	1934	ME	X	Voluntaria	EM	59	53,6	46,4	12,2
Chile	1997	1924		X	Voluntaria	EM	87	50,9	49,1	18,8
Paraguay	1992	1943		X	Voluntaria	EM	19	67,9	31,1	39,0
Uruguay	1997	1958	EM	X		EM	63	37,9	62,1	14,2
Brasil	1996	1923	E	X	Voluntaria	EM		59,3	40,7	33,3
Belice	1981	1979		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	23,2*	47,2	52,6	
Costa Rica	1997	1941		X	Voluntaria	EM	85			26,0
El Salvador	1982	1949		X		EM	14			36,3
Guatemala	1993	1946	EM	Urbanos		EM	16			52,4
Honduras	1982	1952		Urbanos	Voluntaria	EM	14	56,3	11,3	41,4
Nicaragua	1995	1955		Universal	Universal	EM	18			14,3
Panamá	1994	1941		X	Voluntaria	EM	61	41,6	58,3	26,2
México	1998	1943		X	Voluntaria	EM	49	60,2	39,8	27,9
Cuba	1992	1934	EM	Universal	Universal	EM	...			18,1
Haití	1987	1967					1			67,8
Repúbl. Dominicana	1994	1947		X		EM	7			24,8
Antigua y Barbuda	1981	1973		Universal	Universal	EM	...			
Bahamas	1973	1972		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			
Barbados	1966	1966		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	ASEGURAMIENTO			
Dominica	1978	1975		Universal	Universal	EM	...			
Granada	1973	1983		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			
Guyana	1996	1969		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	15*			21,8
Jamaica	1962	1979	M	Universal	Universal		...			24,8
Saint Kitts y Nevis	1983	1971		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			
San Vicente y las Granadinas	1979	1978		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			
Santa Lucía	1979	1978		Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			
Suriname	1992			Universal	Universal		33,55			21,3
Trinidad y Tobago	1980			Universal	Universal	EN ESPECIE (EM)	...			1,1

Fuente: Elaboración propia en base a Mesa Lago (1992) A,B,C,D y E

Tabla 3: Análisis comparado de las políticas de la extensión de la cobertura social en salud de América Latina y el Caribe

	Población (en miles)	Último año con dato disponible	Cobertura Real	Cobertura legal	Tiene estrategias de extensión de la cobertura	Reconocimient o de participación de las OCSs en el sector salud	Papel de las ONG's en sector salud	Cobertura sanitaria de ONG'S en porcentaje de población (a)	Tendencia evolución de la cobertura	Gasto en salud como % PBI	Tendencia de la evolución del gasto
Subregión y país											
Area Andina											
Bolivia	7.061	1995	70	100%	U/FO	SI	F-A-P	5-10%	↑	6% (1995)	↑
Colombia	39.842	1997	81	100%	U/FO	SI	P-F-A	1-5%	↑	7,71% (1996)	↑
Ecuador	11.460	1995	70	100%	U/FO	SI	A-P	10-20%	↑	5,1% (1995)	↓
Perú	23.468	1995	80	100%	U/FO	SI	P-F-A	10-20%	↑	3,6 % (1995)	↓
Venezuela	23.242	1998	70	100%	U/FO	SI	F-A	1-5%	↓	7,6% (1995)	↓
Argentina	36.125	1998	71*	100%	U/FO	SI	P-F-A		↑	6,5% (1997)	↓
Cono Sur											
Chile	14.822	1996	97*	100%	U/FO	SI	P-F-A		↑	7%(1995)	↓
Paraguay	4.564	1995	70	100%	U/FO	SI	F-P-A	5-10%	↑	5,0% (1995)	↓
Uruguay	3.164	1996	93,2	100%	U/FO	SI	F-A-P		↑	10% (1995)	↑
Brasil	163.132	1997	80	100%	U/FO	SI	P-F-A	1-5%	↑	7,6% (1995)	↑
Istmo Centroamericano											
Belice	230	1998		100%	U/FO	SI	A-F	5-10%	↑	3,9% (1995)	↓
Costa Rica	3.362	1995		100%	U/FO	SI	A-P	1-5%	↑	9,2% (1995)	↑
El Salvador	5.310	1995	73,5	100%	U/FO	SI	A-P-F	5-10%	↑	5,86 (1994)	↓
Guatemala	9.980	1995	60	100%	U/FO	SI	A-P-F	10-20%	↑	4,2% (1995)	↑
Honduras	5.462	1995	77	100%	U/FO	SI	A-F-P	5-10%	↑	7,4% (1995)	↑
Nicaragua	4.139	1995	83	100%	U/FO	SI	P-A	5-10%	↑	6,6 (1995)	↓
Panamá	2.630	1995	70	100%	U/FO	SI	F-A-P	1-5%	↓	9,2 (1995)	↑
México	91.606	1995	90	100%	U/FOI	SI	A-F-P		↑	3,04% (1995)	↓
Caribe Latino											
Cuba	11.068	1997	100	100%	U	SI	P		↑	7.8% (1996)	↑
Haití	7.180	1995	60	100%	U/FO	SI	F-A-P	20%	↓	3,5%(1995)	↓
República Dominicana	7.374	1995	70	100%	U/FO	SI	F-A-P	5-10%	↑	5,3% (1995)	↓
Antigua y Barbuda	67	1998		100%	U/FO		SIN DATOS		↑	6,1% (1995)	↓
Caribe											
Bahamas	284	1996		100%	U/FO	SI	P-A-F	1-5%	↑	4,3% (1995)	↓
Barbados	263	1998	100	100%	AJUSTES	SI	P-A-F		↑	6,4% (1995)	↓

	Población (en miles)	Último año con dato disponible	Cobertura Real	Cobertura teórica	Tiene estrategias de extensión de la cobertura	Reconocimient o de participación de las OCSs en el sector salud	Papel de las ONG's en sector salud	Cobertura sanitaria de ONG'S en porcentaje de población (a)	Tendencia evolución de la cobertura	Gasto en salud como % PBI	Tendencia de la evolución del gasto
Dominica	71	1995	100	100%	U/FO	SI	-			6,6% (1995)	S/D
Granada	93	1998	100	100%	U/FO	SI	F-A-P			5,0% (1995)	S/D
Guyana	847	1997	89	100%	U/FO	SI	F-A	10-20%	↑	7,5% (1995)	↑
Jamaica	2.527	1996	90	100%	U/FO	SI	A-P	1-5%	↑	5,05 (1995)	↓
Saint Kitts y Nevis	43	1995	100	100%	U/FO	SI	F-A		↑	5,6% (1995)	↑
San Vicente y las Granadinas	110	1995	100	100%	U/FO	SI	SIN DATOS			5,5% (1995)	↓
Santa Lucía	142	1994	100	100%	U/FO	SI	F-A-P			5,0%(1995)	S/D
Suriname	410	1993	88	100%	U/FO	SI	F-A-P	5-10%		8,0%(1996)	↑
Trinidad y Tobago	1257	1995	70	100%	U/FOI	SI	F-A-P		↓	4,7% (1995)	↑

(*) Sólo se registran datos de inaccesibilidad geográfica (PNUD, 1998)

U = Universalización

FO = Focalización

F = Financiamiento

A = Asistencia médica

P = Promoción de la salud

Fuente: Elaboración propia en base a estudio de casos de los países, OPS (1998)

Tabla 4: Evolución del gasto e indicadores de salud

	Último año con dato disponible	Cobertura Real según dato disponible (a)	Cobertura Real 1993 (b)	Gasto en salud como % PBI último año disponible (c)	Gasto en salud como % PBI 1994 (d)	Indicadores en salud. Atención profesional al nacer 1995 (e)	Indicadores en salud. Atención profesional al nacer 1996 (f)	Mortalidad infantil 1985-1990 (por mil) (g)	Mortalidad infantil 1990-1995 (por mil) (h)
Bolivia	1995	70	34	6% (1995)	4,3	28	39	90	75
Colombia	1997	81	75	7,71% (1996)	7,4	96	80	35	28
Ecuador	1995	70	61	5,1% (1995)	6,3	59	22	57	44
Perú	1995	80	44	3,6 % (1995)	4,6	56	45	68	55
Venezuela	1998	70	76	7,6% (1995)	7,8	95	82	27	23
Argentina	1998	71	92	6,5% (1997)	9,8	95	95,4	27	24
Chile	1996	97	93	5,2%(1998)	7,9	100	98,8	18	14
Paraguay	1995	70	54	5,0% (1995)	5,7	36	27	47	43
Uruguay	1996	93,2	96	10% (1995)	8,5	99	99	24	20
Brasil	1997	75	72	7,6% (1995)	7,4	92	70	55	47
Belice	1998		86	3,9% (1995)	8,2	80	87	36	35
Costa Rica	1995		96	9,2% (1995)	8,5	97	96,4	16	14
El Salvador	1995	73,5	59	5,86 (1994)	6,2	62	31	54	44
Guatemala	1995	60	50	4,2% (1995)	3,5	35	28	59	48
Honduras	1995	77	46	7,4% (1995)	5,3	54	45	53	43
Nicaragua	1995	83	69	6,6 (1995)	8,7	87	40	65	52
Panamá	1995	70	79	9,2 (1995)	7,5	86	85	28	25
México	1995	90	77	3,04% (1995)	6,5	74	95,4	39	34
Cuba	1997	100		7,8% (1995)	7,9	100	100	13	10
Haití	1995	60		3,5%(1995)	3,6	46	40	97	86
República Dominicana	1995	70	71	5,3% (1995)	5,8	90	85	55	42
Antigua y Barbuda	1998			6,1% (1995)	6,4		100		19
Bahamas	1996		98	4,3% (1995)	4,4		95	27	19
Barbados	1998	100	97	6,4% (1995)	6,8	100	98	13	16
Dominica	1995	100		6,6% (1995)		100	100	15	14
Granada	1998	100		5,0% (1995)		100		28	20
Guyana	1997	89	84	7,5% (1995)	5,2	95	93	56	46
Jamaica	1996	90	89	5,05 (1995)	5,4	90	73	17	17
Saint Kitts y Nevis	1995	100		5,6% (1995)	3,5*	100	100	20	27
San Vicente y las Granadinas	1995	100		5,5% (1995)	5,9	100	100	21	18
Santa Lucía	1994	100		5,0%(1995)		100	100	20	19
Suriname	1995	88	88	8,0%(1995)	4,13		91	33	31
Trinidad y Tobago	1995	70	97	4,7% (1995)	3,9	99	98,7	24	17

Fuentes: a) Banco Mundial (1997); b) Maceira (1996), c) Elaboración propia en base a datos de los países y OPS (1998); d) Elaboración propia en base a datos de estudios de casos de los países; e) Maceira (1996); Promedio 1992-1995 (OPS, 1998).

Tabla 5: Relación provisión-financiación, integración y tendencia de los sistemas de salud

PAIS	SUBSECTOR PÚBLICO	SUBS. SEGURIDAD SOCIAL	SUBSIDIO SEGURIDAD SOCIAL	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSIDIO AL SECTOR PRIVADO	INTEGRA-CIÓN	ESTADO DE BIENESTAR	TENDENCIAS
	Financiación-Provisión	Financiación-Provisión		Financiación-Provisión				
BAHAMAS	Público-Mixto	Público-Público		Privada/Mixto		Alta	Universalismo estructurado	SILOS descentralización y privatización
BARBADOS	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada/Privada (Compl)		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento y competencia
COSTA RICA	Público-Público (1º nivel)	Parapúblico-Público/Mixta	SI	Privada-Privada (Compl)		Alta	Universalismo estratificado de cprte estatista	Ajustes
CUBA	Público-Público	...		Privada-Mixto	SI	Alta	Universalismo estructurado	Reorientación de APS
DOMINICA	Público-Público	Parapúblico-Publico		Privada-Público		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento
JAMAICA	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada-Privada		Media	Universalismo estructurado	Más integración
GRANADA	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada-Privada		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento
GUYANA	Público-Mixto	Parapúblico-Público		Privada-Privada	SI	Baja	Universalismo estratificado	Promueve la cooperación y no la competencia
SAINT KITTS y NEVIS	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada-Público		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento
SAN VICENTE Y GRANADINA	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada-Privada		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento
SANTA LUCÍA	Público-Público	Parapúblico-Público		Privada-Privada		Alta	Universalismo estructurado	Más aseguramiento
SURINAME	Público-Mixta	Público-Parapúblico/Mixta	SI	Público-Privada	SI	Media	Universalismo estratificado	Privatización y más aseguramiento
TRINIDAD y TOBAGO	Público-Público	Público-Parapúblico/Público	SI	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Más aseguramiento, y otro paquete de servicios

PAIS	SUBSECTOR PÚBLICO	SUBS. SEGURIDAD SOCIAL	SUBSIDIO SEGURIDAD SOCIAL	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSIDIO AL SECTOR PRIVADO	INTEGRA-CIÓN	ESTADO DE BIENESTAR	TENDENCIAS
ARGENTINA	Público-Público	Parapúblico-Mixto	SI	Privada-Privada		Media	Universalismo estratificado de corte liberal	Comp.gerenciada y seguros públicos de salud
CHILE	Parapub-Pública/ Privada-Mixta	Parapub-Pública/ Privada-Mixta		Privado-Privado	SI	Media	Universalismo estratificado de corte liberal	Competencia gerenciada
COLOMBIA	Público-Público	Parapub-Público/Privada	SI	Privado-Privado		Media	Universalismo estratificado	Comp.gerenciada
URUGUAY	Público-Público	Publico-Parapub/Privada	SI	Privada-Privada		Media	Universalismo estratificado de corte estatista	Comp.gerenciada
BRASIL	Parapúblico y Público-Mixta			Privada o Mixta/Privada		Media	Dual	Más financ. y descentraliz.
MÉXICO	Público-Público	Parapúblico-Público/Mixta	SI	Privado/Privado		Baja	Dual	Aseguramiento
PERU	Público-Público	Pública-Mixta	SI	Privada-Privada	SI	Baja	Excluyente	Comp.gerenciada
VENEZUELA	Público-Público	Parapública-Pública/Pública	SI	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Más asegur. Descentraliz. Paquete de serv.
PARAGUAY	Público-Público	Pública-Parapub/Mixto	SI	Privada-Privada	SI	Baja	Excluyente	Aseguramiento
BOLIVIA	Público-Público	Parapúblico-Público/ Público	SI	Privada-Privada/Mixto		Baja	Excluyente	Aseguram. Descentraliz y APS
ECUADOR	Público-Mixto	Parapub-Público/Mixto	SI	Privado-Privado	SI	Baja	Ecluyente	Aseguramiento
BELICE	Público-Público	Parapub-Público		Privado-Mixto		Baja	Excluyente	Descentralización y más integración
EL SALVADOR	Público-Público	Parapub-Pub/Mixta	SI	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Aseguramiento
GUATEMALA	Público-Público	Pub-Parap/Mixta	SI	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Aseguramiento
HONDURAS	Público-Público	Pub-Parapub/Pública	SI	Privada-Privada	SI	Baja	Excluyente	Fortalez. Sec. Público
NICARAGUA	Público-Público	Parap-Pub/Pública	SI	Privada-Privada		Alta	Excluyente	Separación. Finan. Provisión
PANAMA	Público-Público	Parapub-Pública/Mixto	SI	Privada-Privada		Baja	Excluyente	Aseguramiento

PAIS	SUBSECTOR PÚBLICO	SUBS. SEGURIDAD SOCIAL	SUBSIDIO SEGURIDAD SOCIAL	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSIDIO AL SECTOR PRIVADO	INTEGRA-CIÓN	ESTADO DE BIENESTAR	TENDENCIAS
HAITI	Público-Público	Público-Público		Privada-Privada	SI	Baja	Excluyente	Fortalecimiento. Sec. Público Descentralización
REPUBLICA DOMINICANA	Público-Público	Pub-Parapub/Pública	SI	Privada-Privada	SI	Baja	Excluyente	Aseguramiento
ANTIGUA Y BARBUDA	Público-Público	Público-Público		Privada-Privada		Alta	Universalismo estructurado	Descent y privatización

Fuente: Elaboración propia en base a Maceira (1996) y estudio de casos de los países

Tabla 6: Mecanismos específicos de las estrategias para aumentar la cobertura

Estrategias de la década del '90	Mecanismos o efectos en la extensión de cobertura	Ejemplos	Efecto a oferta o demanda	Tendencia Actual	Ejemplos
1- Atención Primaria de la salud	✓ Contribuye a la promoción, prevención y asistencia de la salud ✓ Eficiencia en el gasto. Incremento de la cobertura de primer nivel	• Todos los países adhirieron a Alma Ata	Aumenta la oferta	Todos los países mantienen esta tendencia	• Todos • Cuba
2- Descen-tralización de los servicios	✓ Acercamiento a las necesidades locales ✓ Definición de prioridades por los destinatarios del servicio ✓ Mejor utilización de los recursos. Adecuación de la oferta a la demanda	• Brasil • Argentina • Ecuador • Granada • México • Panamá • República Dominicana • Trinidad y Tobago • Venezuela	Aumenta la oferta y la demanda	Se mantiene la tendencia para la modernización del Estado (para lograr eficacia, eficiencia y equidad)	• Honduras • Haití • El Salvador • México
3- Sistemas locales de salud	✓ Integración en la red prestadora ✓ Autonomía de gestión ✓ Organiza la oferta y fija prioridades según las necesidades de la demanda	• Bahamas	Aumenta la demanda	Se acentúa su implementación	• Bahamas
4- Creación de organismos de fiscalización y regulación	✓ Superintendencias que controlan y regulan en pos de los derechos de los beneficiarios. Garantiza accesibilidad	• Argentina • Chile • Colombia • Perú • Ecuador	Aumenta la oferta		
5- Canasta básica de servicios	✓ Garantiza a la población beneficiaria un menú básico prestacional	• Argentina • Uruguay • El Salvador • Honduras • Jamaica • México • República Dominicana	Aumenta la oferta	Se presenta como prioridad	• Trinidad y Tobago • El Salvador • Perú

Estrategias de la década del '90	Mecanismos o efectos en la extensión de cobertura	Ejemplos	Efecto a oferta o demanda	Tendencia Actual	Ejemplos
6-Colaboración público-privado en el financiamiento y provisión de servicios de salud	✓ Introduce nuevas alternativas de financiamiento	- Barbados - Perú	Aumenta la oferta y la demanda	Se tiende a iniciar o promover su desarrollo	- Barbados - Guyana - México
7- Subsidio a la demanda. (Seguros Públicos)	✓ Incentiva la eficiencia y la calidad ✓ Permite la libre elección del prestador ✓		Aumenta la demanda		
8- Hospital público de autogestión	✓ Incentiva la recuperación de costos ✓ Atenúa los subsidios cruzados	- Argentina - Chile - Brasil	Aumenta la oferta		
9-Participación comunitaria en la gestión y control de los servicios	✓ Favorece la definición de prioridades ✓ Contribuye a la satisfacción de la demanda ✓ Considera la salud como producto social definiendo parámetros que garantizan el acceso a los servicios	- Bolivia - Brasil - Costa Rica - México - Chile - Bolivia - Bahamas - Honduras - Nicaragua - República Dominicana - Suriname - Venezuela	Aumenta la oferta y la demanda	Se mantiene la tendencia	
10- Desarrollo y regulación del subsector privado	✓ La integración público- privada ✓ Evitar el azar moral y la selección adversa ✓ Aumenta la calidad prestacional	- Chile - Uruguay - Barbados - Brasil	Aumenta la oferta	Tendencia atenuada	- Argentina - Barbados - México
11- Seguros para enfermedades catastróficas	✓ Permite prevenir los riegos más costosos	Uruguay	Aumenta la demanda	Tendencia	Argentina
12- Municipios saludables	✓ Favorece la participación comunitaria ✓ La definición de prioridades por la comunidad	- Brasil - Chile - Argentina - México - Perú - Uruguay	Aumenta la oferta y demanda		

Estrategias de la década del '90	Mecanismos o efectos en la extensión de cobertura	Ejemplos	Efecto a oferta o demanda	Tendencia Actual	Ejemplos
13- Redes prestacionales público/ privadas	✓ Favorecen la integración de la oferta	- Ecuador - Honduras - Panamá	Aumenta la oferta		
14- Participación de las cooperativas, mutuales, obras sociales y ONG's en el sistema de salud	✓ Favorece la participación social ✓ Contribuye a los sistemas de aseguramiento que previenen riesgos	- Chile - Uruguay - Argentina - Perú - Trinidad y Tobago	Aumenta la demanda		
15- Recuperación y contención de costos del subsector público	✓ Contribuye a reducir el gasto ✓ No debe ser una barrera de acceso para lograr la extensión de cobertura	- Chile - Uruguay - Argentina - Saint Kitts y Nevis - Santa Lucía	Aumenta la oferta y la demanda		
16- Gratuidad en la cobertura de la población indigente	✓ Identificación de la población indigente beneficiaria de la Asistencia social pública	- Uruguay - Chile - Suriname - Panamá - República Dominicana	Aumenta la demanda		
17- Creciente participación del sector privado no lucrativo en la promoción y prevención	✓ Participan en la financiación y en la atención de los carentes de recursos ✓ En algunos casos intervienen en planes organizados con los empleadores, las comunidades y las cooperativas	- Bolivia - Colombia - Ecuador - Perú - Argentina - Chile - Paraguay - Brasil - Uruguay - Costa Rica - El Salvador - México - Cuba - Jamaica - Granada	Aumenta la oferta	Se mantiene la tendencia	
18- Competencia gerenciada	✓ Subsidio a la demanda ✓ Separación provisión financiamiento ✓ Aumento de la eficiencia	- Argentina - Chile - Colombia - Uruguay	Aumenta la oferta	Se mantiene la tendencia	- Chile - Argentina

Estrategias de la década del '90	Mecanismos o efectos en la extensión de cobertura	Ejemplos	Efecto a oferta o demanda	Tendencia Actual	Ejemplos
19- Coordinación, articulación y modulación entre los subsectores	✓ Posibilita convenios entre los subsectores para integrarlos ✓ Mejora la utilización de los recursos	• Argentina • México • Brasil • República Dominicana • San Vicente y Granadinas	Aumenta la oferta	Se observa como meta del sector salud	• Jamaica • Chile
20-Extensión de la seguridad social a grupos no asegurados o aumento del aseguramiento	✓ Progresiva inclusión de grupos no asegurados al seguro (trabajadores informales por ejemplo) ✓ Creación de seguros que constituyan alternativas nuevas de financiamiento y extensión de cobertura	• Ecuador • Granada • Jamaica • Costa Rica • México • Bolivia • Nicaragua • Paraguay • República Dominicana • Venezuela • Trinidad y Tobago	Aumenta la demanda	Se acentúa el aseguramiento o introduce	• Argentina • Colombia • Barbados • San Vicente y Granadina • Saint Kitts y Nevis • Trinidad y Tobago • Dominica • Granada
21-Separación entre provisión y financiación	✓ Aumenta la eficiencia, eficacia y calidad prestacional	• Brasil	Aumenta la oferta		
22- Medicamentos esenciales	✓	• Cuba • Colombia • Paraguay	Aumenta la oferta		
23- Estándares y criterios de calidad prestacional	✓ Asignación de recursos según criterios de acreditación y categorización ✓ Tiende a alcanzar la satisfacción del usuario	• Argentina • Barbados • Granada • San Vicente y Granadinas	Aumenta la oferta	Se presenta como prioridad	• Guatemala • Granada • Barbados • México
24- Cambios en el Modelo de atención	✓ Fortalecimiento del segundo y el tercer nivel ✓ Tendencia a aumentar la promoción y prevención ✓ Tendencia a la deshospitalización	• Argentina • Venezuela	Aumenta la oferta	Se desarrolla como estrategia en zonas rurales, incorporando a la seguridad social y subsector privado	• Bolivia • Nicaragua

Estrategias de la década del '90	Mecanismos o efectos en la extensión de cobertura	Ejemplos	Efecto a oferta o demanda	Tendencia Actual	Ejemplos
25- Programas focalizados: ✓ Indigentes ✓ Mujer ✓ Niños ✓ Adolescentes ✓ Adultos mayores ✓ Trabajadores no formales ✓ Discapacitados	✓ Focalización a los grupos vulnerables ✓ Mejor utilización de los recursos. Adecuación de la oferta a la demanda		Aumenta la oferta y la demanda		