

ESTUDIO

**COBERTURA, EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL
AREA DE SALUD EN AMERICA LATINA**
Problemas y propuestas de solución

Ernesto Miranda R.*

En América Latina la salud de las personas depende fuertemente de la acción gubernamental. La crisis económica que afectó a las economías de la región durante la década de los 80 redujo los presupuestos del sector salud. Este deterioro económico, sin embargo, no afectó el nivel de salud de estos países en lo que son sus indicadores de largo plazo: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y mortalidad general. Con todo, sostiene el autor, los avances en estos indicadores ocultan importantes disparidades al interior de los distintos países, entre regiones, zonas geográficas, divisiones de salud y grupos socioeconómicos. Estas disparidades dejan, entonces, un amplio margen para mejoras futuras en el campo de la salud en Latinoamérica. En gran medida, estas mejoras sólo serán posibles con una mayor eficiencia, maximización de la capacidad gerencial y mayor participación del sector privado en esta área. Específicamente, ello significa promover, entre otras medidas, sistemas de recuperación de costos, mecanismos de seguro, instituciones descentralizadas de salud, acción gubernamental orientada a la atención preventiva y sistemas de derivación que actúen como coordinadores entre las distintas instituciones de salud.

* Ingeniero Comercial, Universidad de Chile. Doctor en Economía, Universidad de New Hampshire. Profesor e Investigador del Programa Interfacultades de Administración de Salud, Universidad de Chile.

I. INTRODUCCIÓN

Los años 80 fueron particularmente difíciles para la región de América Latina y el Caribe. A las tradicionales estrecheces derivadas del subdesarrollo y los particulares esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones se sumaron los diversos impactos de la crisis del endeudamiento. Esta significó no sólo la disminución de los flujos externos de capitales, sino, además, que el servicio e intereses de la deuda fueran superiores a aquéllos, generando así un flujo neto de capitales negativo.

La reducida disponibilidad de recursos obligó a los países de la región, afectados -como se sabe- en distintas formas y con diferente intensidad, a llevar adelante políticas de ajuste. Estas han perseguido principalmente restituir los alterados equilibrios macroeconómicos, pero también, en la mayoría de los casos, reestructurar las economías para hacerlas más autosuficientes en su capacidad de acumulación de capital, en su dinamismo, eficiencia interna y competitividad internacional. Así, también, ha sido necesario abordar las medidas para lograr ser sujetos activos del proceso de internacionalización de la economías mundial, y participar crecientemente en el comercio internacional.

Los efectos de la crisis y las políticas de ajuste abarcaron todas las dimensiones de las sociedades de la región, haciéndose sentir con especial intensidad en el gasto social de los gobiernos. La crisis por sí sola generaba mayores demandas por asistencia gubernamental de parte de los pobres y los desempleados. Estas sólo pudieron ser parcialmente atendidas, lo que guardó directa relación con el grado de endeudamiento externo de los países, su condición o no de exportador de petróleo y, por cierto, con la naturaleza procíclica o anticíclica¹ de las políticas económicas adoptadas.

La salud de las personas es, en la región de América Latina y el Caribe, fuertemente dependiente de la acción gubernamental. Ello es así ya sea porque importantes segmentos de la población no están cubiertos por la seguridad social y dependen permanentemente de la acción gubernamental

¹ En términos generales, se habla de política económica procíclica cuando las medidas facilitan y aceleran el proceso de ajuste autónomo de las variables en juego. En el caso anticíclico, las medidas adoptadas buscan atenuar la amplitud del ciclo. Aunque hay una controversia permanente entre los macroeconomistas sobre este punto, podría decirse que la principal desventaja de la primera es la profundidad e intensidad del ajuste, que incide con especial fuerza sobre los más pobres. En tanto que en el caso de la segunda, el impacto sobre los pobres es menor, pero el proceso de ajuste es más prolongado.

para atender a sus necesidades de salud, o porque el desempleo derivado de la crisis los dejó fuera del ámbito de aquélla. De paso, tanto el desempleo como la reducción de los salarios reales mermaron los fondos de la seguridad social, debilitando su capacidad de acción sobre aquellos que permanecieron bajo su protección.

Pero la crisis económica no sólo aumentó las demandas sobre el sistema público de salud en las formas descritas, sino también redujo los ingresos públicos, tanto por la disminución de las importaciones como por los impuestos asociados a éstas.²

Los comienzos de los años 90 encuentran a los países de la región haciendo progresos, aunque dispares, en su recuperación económica. Los costos de la crisis permanecen, sin embargo, y la recuperación no ha sido instantánea en ningún caso y tomará largos años en la mayoría de los países. Los recursos que es necesario inyectar nuevamente en el sector salud, entonces, no estarán disponibles en el corto plazo, por lo que la búsqueda de soluciones se ha centrado en otras áreas.

Hoy día las alternativas para mejorar el *status* de salud en forma equitativa giran en torno al aumento de la eficiencia tanto de los sistemas como de sus unidades componentes: búsqueda de sistemas óptimos, como es el caso de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), maximización de la capacidad gerencial y creciente inserción de los subsistemas privados.

Estos últimos podrían movilizar voluntariamente los muy requeridos recursos adicionales, permitiendo que los recursos públicos puedan ser focalizados en los grupos de mayor riesgo y necesidad. Los subsistemas privados también podrían abrir el camino para el desarrollo de mecanismos más sensibles (*responsive*) a las necesidades de las personas.

Perciera ser entonces que el sector salud deberá acudir crecientemente a las disciplinas económicas y administrativas, incorporando mecanismos de optimización de la asignación de recursos que han resultado exitosos en múltiples otras esferas de la actividad humana.

Economía y salud

Tradicionalmente el sector de salud fue percibido por sus principales agentes como un área del quehacer humano inabordable por las ciencias económicas. En esta visión tendía a confundirse el fenómeno objetivo de escasez, y la insatisfacción de las necesidades de salud derivadas, con los

²Musgrove (1985), p. 17.

métodos y las técnicas de la economía. De paso también existía la confusión de que las ciencias económicas proponían al mecanismo de mercado como la única forma de optimizar la asignación de recursos. Y cuando el argumento era llevado a su límite, eran las formas de mercado más liberales y descontroladas las que servían para bosquejar las soluciones.

Hoy día esas visiones están cada vez más en retirada, lo que incluso favorece el análisis científico de algunas peculiaridades que sí posee este sector. No podríamos sostener que ellas son únicas y exclusivas de la salud, pero su presencia nos obliga a tenerlas permanentemente en cuenta cuando buscamos maximizar la eficiencia de los sistemas de esa área.

Un primer rasgo es la *aleatoriedad* de la enfermedad o ausencia de salud. Es cierto que las personas poseemos algunos grados de libertad para alterar nuestros riesgos, dentro de los cuales, sin embargo, la enfermedad de todos modos puede abatirnos, contra nuestra voluntad.³ También los diagnósticos⁴ y tratamientos⁵ adolecen de diversas imprecisiones y variabilidades, lo que involucra regularmente significativos grados de riesgos. Es claro que esta característica está presente en alguna medida en toda actividad humana, así como también existen variadas formas de enfrentar tanto la determinación de costos como la asignación de recursos.

Un segundo rasgo dice relación con la *asimetría de información* con que cuentan los proveedores y consumidores de salud. Las acciones de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud son de naturaleza técnica compleja. Así, aparte de la capacidad para experimentar manifestaciones de ausencia de la salud, las personas no están en condiciones de establecer la naturaleza y alcance de sus necesidades, y tampoco los medios para satisfacerlas. Sólo los profesionales de la salud poseen dicho conocimiento (información) que les brinda incompensada capacidad negociadora. Difícilmente podría resolverse esta situación -continúa el argumento- por los mecanismos de negociación característicos de las decisiones económicas.

Sin embargo, es claro hoy día que, a medida que el proceso de especialización progresa y la ciencia y tecnología se desarrollan, prácticamente todas las esferas del saber y quehacer humanos se hacen incomprensibles en su naturaleza para todos aquellos no especialistas ni iniciados. La forma de abordar estos fenómenos -el uso de agentes informados, intermediarios especializados e incluso instituciones privadas o públicas que

³ Detsky (1978). Cap. 3.

⁴ Cullis y West (1984), Cap. 1 y Cochrane (1972).

⁵ Culyer (1976), p. 45 y Ederer (1977), p. 146.

asesoran al consumidor- son perfectamente aplicables al caso de la salud y están experimentando un desarrollo creciente.⁶

Otra dimensión de la asimetría de información tiene que ver con las *restricciones a la información* sobre servicios de salud ofrecidos, precios, condiciones de financiamiento, tanto como sobre resultados y *performance* de los proveedores al efectuar su práctica. Estas se fundamentan en normas éticas del ejercicio de la profesión que persiguen dar autonomía al proveedor y proteger la calidad de los servicios entregados a las personas. Estas barreras son crecientemente sobrepasadas a medida que la sociedad, como un todo, se involucra en el financiamiento de las prestaciones de salud, y más generalmente las "terceras partes pagadoras" pierden capacidad de traspasar a sus clientes los aumentos de costos.

Un tercer rasgo tiene que ver con la *racionalidad* de las decisiones en salud. Un polo se daría en las decisiones de vida o muerte: ¿hasta qué punto, y sobre la base de qué criterios, podríamos decidir no brindar todos los medios posibles para preservar una vida? Esto nos lleva a priorizar la salud -por las circunstancias señaladas- sobre todas las necesidades; a emplear sólo los medios y tecnologías de máxima eficacia disponibles en cada circunstancia; a que en presencia de una morbilidad sea ineludible aplicar las terapias conocidas. Así planteadas las circunstancias, en salud no existirían alternativas ni opciones, características indispensables para maximizar la eficiencia económica. No obstante lo sugestivo y atractivo de estos argumentos, las realidades económicas son más fuertes: ni las personas, y menos las sociedades como un todo, enfrentadas a la posibilidad de optar se comportan como los argumentos sugieren.⁷ En la práctica los planteamientos son parcialmente válidos sólo en el caso de las urgencias con peligro de muerte, y aun en esos casos están sujetos a la restricción impuesta por los recursos sociales disponibles para salud.

En definitiva, lo que observamos es que tanto las personas como las sociedades toman decisiones respecto de los recursos para salud, pero ellas no siempre son óptimas, debido a la insuficiente información sobre el costo-efectividad de las diversas acciones. Y la misma actitud de privilegiar la calidad y el progreso tecnológicos por sobre todas las cosas no permite, la mayoría de las veces, asociar adecuadamente la severidad de las patolo-

⁶ Feldstein (1983), Cap. 12, pp. 337-338.

⁷ Basta describir que sólo una de las sociedades más afluentes del mundo -Estados Unidos- gasta más del 10% de su PGB en salud, y que todas aquellas que han superado el 8% están imponiendo reformas para frenar la escalada.

gías a la "calidad" de las terapias, lo que podría incluso resultar en que el aparato productor de salud ni siquiera logre situarse en *la frontera de costo-efectividad*. Este es el *locus* de las acciones de salud de máxima eficacia comprobada para cada nivel de gasto.

Un cuarto argumento apunta a invalidar la posibilidad de soluciones de mercado en salud, debido a que *la demanda no refleja las necesidades de las personas*. Naturalmente, esto no invalida la posibilidad de asignar eficientemente los recursos vía otros mecanismos de compatibilización entre recursos y necesidades, como son la planificación, las soluciones mixtas e incluso la competencia administrada y el mercado bajo condiciones adecuadas. Sabemos que mediante subsidios es posible que las necesidades no solventadas de los más pobres puedan expresarse en la demanda, y así beneficiarse de la variedad, dinamismo y adaptabilidad de las soluciones de mercado en la presencia de condiciones de competencia y adecuada información.

En esta misma dirección es necesario reconocer que debido a los problemas señalados anteriormente buena parte, si no toda la demanda por prestaciones de salud de las personas, es determinada por el proveedor.

Si ello refleja o no las "necesidades" de las personas, es función de lo que entendamos por aquéllas.

Aceptar el planteamiento de la naturaleza técnica y compleja del fenómeno nos conduciría a convenir en que sólo quienes estén capacitados para tal efecto pueden discernir "lo necesario" y, por tanto, determinar la necesidad. La lógica debería llevarnos a aceptar, entonces, que en todas las esferas técnicas y complejas sólo los técnicos podrían determinar la necesidad y, entonces, nuestra posibilidad de elegir agentes económicos consumidores estaría seriamente amenazada, no sólo en salud sino en la mayoría de las actividades de la vida moderna.

El problema planteado deriva nuevamente de una confusión. Desde el momento que la sociedad humana pasó de la producción para el consumo -característica de las formas primitivas de producción- a la división del trabajo, especialización y producción para el intercambio, los productores han presentado a los consumidores la variedad de sus productos. Los consumidores han optado según sus preferencias, sensibilizando a los productores y, en definitiva, encauzando el aparato productivo hacia la satisfacción de la multiplicidad de sus necesidades. Esto es, *los recursos a disposición de las personas, y no al revés*.

La función del productor como tal es idear y proponer al consumidor alternativas de cómo atender a sus necesidades. Por la misma razón, la

función del productor de salud está en la eficaz detección de las carencias de salud y en la formulación y proposición de diversas alternativas de resolución, para que el paciente, convenientemente asesorado, resuelva según su mejor conveniencia.

Las variables de esta crítica decisión serán al menos la eficacia de la solución, sus riesgos y sus costos. De esta forma no hacemos sino objetivar los mismos factores que, a veces tenue e imperfectamente delineados, guían hoy también nuestras decisiones sobre empleo de recursos en salud.

Por último, y sin ser exhaustivos, el rasgo más determinante del fenómeno de salud quizá sea la propia naturaleza del acto médico. Mezcla de ciencia, técnica y arte, no exento de magia por lo crucial de la relación de confianza que se forja entre el médico y el paciente. Acto personalísimo, ciertamente más artesanal que industrial, en que la recuperación guarda estrecha relación con las características del cuidado, la fe en el facultativo y las ansias de vivir.

La medicina gira en torno a los profesionales médicos y, en menor grado, en torno a todos los profesionales de la salud, fenómeno que permeabiliza las formas administrativas y la cultura organizacional, otorgando a los productores un manejo del proceso de producción que ha sido históricamente casi absoluto.

Inconscientemente permitimos un escenario perfecto para el desarrollo de conductas hegemónicas, que cuando se localizan en el mercado resultan en estructuras de mercado monopólicas con gran capacidad para diferenciar productos y discriminar precios. Esto es, monopolios que permiten al proveedor extraer, en el límite, la totalidad del excedente del consumidor.

Resulta así, finalmente, que la principal restricción a las soluciones eficientes en salud está por el lado de los proveedores, debido al poder que la forma de producción y la cultura organizacional les otorgan.

El desafío consiste en la preservación del arte y la magia ancestral que, unidos a la ciencia y tecnología modernas, han logrado tan notables avances, al tiempo de garantizar la eficiencia en el uso de los recursos que la sociedad moderna impone a todas sus actividades.

II. *STATUS* DE SALUD, GRADO DE DESARROLLO Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA SALUD

La situación de los países de la región es, en términos globales, bastante conocida, por lo que no abundaremos en ella con mayor detalle.

Nos interesa, sí, destacar algunos rasgos generales que permiten caracterizar el *status de salud*, *grado de desarrollo y disponibilidad de recursos para salud*. Adicionalmente, señalar los principales efectos de la *crisis de endeudamiento*.

Status de salud

El objetivo de las sociedades en cuanto a la salud consiste en la optimización del *status* de salud de sus respectivas poblaciones.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la salud como "... el estado de completo bienestar físico, mental y social". Así planteada, podría entenderse la salud como un sinónimo de bienestar en su más amplia acepción, lo que llevaría a proponer enfoques globalizantes que ninguna profesión o actividad en particular estaría en condiciones de reclamar como de su exclusividad.

Sin perder de vista la comprensividad y amplitud de dicha definición, en términos más modestos, pero a la vez prácticos y operacionales, se entiende el nivel de salud -o *status* de salud- como uno de los componentes importantes del nivel de vida.⁸ El *status* de salud representa un concepto de logro, del progreso alcanzado en la satisfacción de las necesidades de salud. Por cierto, estas últimas diferirán considerablemente entre distintas comunidades, como consecuencia de sus diferencias en género, geografía, medio ambiente y características demográficas; cultura, educación y conducta; riqueza y disponibilidad de recursos; costumbres y preferencias. Factores que son, por lo demás, dinámicos.

Lo anterior nos obliga, entonces, a establecer el *status* de salud como una categoría dinámica, y que sólo tiene sentido en términos relativos: con respecto a lo que cada comunidad entiende como sus necesidades, y por comparación entre diferentes comunidades. Es esta última aproximación la que tiene mayor empleo, sobre la base de que aunque las comparaciones no capturan íntegramente el fenómeno, al menos permiten clasificar las comunidades y países y establecer sus distancias relativas.

Un esfuerzo notable en esta dirección está representado por la construcción del *índice de necesidades de salud*, elaborado por OPS, basada en veinte indicadores sociodemográficos, de estado de salud, de cobertura de

⁸ Ugarte (1979), p. 113.

servicios de salud, de disponibilidad de recursos humanos, e indicadores económicos y del gasto en salud (véase Cuadro 1).⁹

Podemos hacer la inferencia de que el inverso de la necesidad de salud permite definir un tipo de indicador de *status* de salud como el que buscamos. Ello no obstante, éste combina una serie de factores que definen la potencialidad de satisfacer necesidades antes que los resultados que la satisfacción de éstas permiten. Cabe destacar que en este caso -al igual como en la mayoría de las fuentes, incluida OPS- no se consideran ni Cuba ni Uruguay por insuficiente información de base. El país con mayor índice de necesidades es Haití, y el mejor clasificado entre los latinoamericanos es Argentina. También se incluye una transformación lineal del índice en cuestión, para contemplar sólo valores positivos. El valor medio se sitúa en este caso en 3,0, que es sólo superado por cuatro países de América Latina: Panamá, Costa Rica, Chile y Argentina. (Igual cosa se da para el total de la muestra OPS, como se puede observar en el Cuadro 1.)

Corrientemente se recurre a índices no compuestos (y más asequibles) para aproximar el *status* de salud. Es el caso de la *mortalidad infantil*, *esperanza de vida al nacer* y *mortalidad general*.¹⁰

En cuanto a la *mortalidad infantil* (MINF), el Cuadro 2 nos muestra que entre 1965 y 1989 se produce una fuerte reducción en todos los países, en tanto que en el promedio se redujo de 96 muertes por 1.000 nacidos vivos, a 47,7 al final del período. Esta favorable evolución no ha sido pareja; sin embargo, en tanto algunos han logrado reducirla en un 80%, los países con menor grado de desarrollo no han alcanzado a efectuar una reducción cercana a la observada para el promedio.

La comparación entre 1984 (en realidad más próximo a 1980 y 1989) no evidencia deterioros. Al contrario, se mantiene la tendencia observada en el período que, como es sabido, obedece fundamentalmente a factores estructurales antes que de corto plazo.¹¹

Es importante destacar las brechas entre los países seleccionados de la región y aquellos de la OECD (véase Cuadro 3). En 1965 la MINF promedio de estos últimos era de 26,5: comparado con ésta, la de la región

⁹ OPS (1988), pp. 147 a 152.

¹⁰ Una combinación lineal de éstos se correlaciona al 90% con el índice de necesidades de salud.

¹¹ Hay discrepancias entre las cifras OPS para 1984 y Banco Mundial 1989, notablemente en República Dominicana, Honduras, Ecuador y Venezuela. Ello obedecería a las distintas fuentes bases de la información.

CUADRO N° 1
 índice de necesidades de salud e inverso del índice

	<i>índice de necesidades de salud</i>	<i>Inverso ind. de necesidades de salud</i>
Haití	-1.991	1.009
Bolivia	-1.741	1.259
Rep. Dominicana	-0.946	2.054
Honduras	-0.902	2.098
Guatemala	-1.478	1.522
Perú	-0.863	2.137
Ecuador	-0.469	2.531
Paraguay	-0.412	2.588
El Salvador	-0.813	2.187
Colombia	-0.246	2.754
Jamaica	-0.145	2.855
Panamá	0.256	3.256
Chile	0.568	3.568
Costa Rica	0.284	3.284
México	-0.582	2.418
Argentina	0.764	3.764
Venezuela	-0.123	2.877
Brasil	-0.345	2.655

era en promedio 3,62 veces aquélla. No obstante, cinco países de la región tenían MINF inferiores a la del país OECD con peor índice (Portugal).

En 1989 la MINF media OECD (muestra) alcanzaba a 8,30. Así, la MINF de la región, si bien ha disminuido, ha perdido terreno con respecto a OECD, siendo ahora 5,75 veces aquélla. Peor aún, en el presente ningún país de la región tiene mejores indicadores de MINF que Portugal, que sigue ocupando el último lugar de la muestra OECD.

La *esperanza de vida al nacer* (EVN), para la cual no disponemos de antecedentes en 1965 para todos los países, alcanzaba en 1980 en la región a 63,9 años, con una dispersión de 6,9 y rango de 25 años entre el país con inferior EVN (Haití) y aquel con mayor (C. Rica). En 1989 se observa un aumento de la EVN a 67 años promedio, y una reducción de la dispersión a 5,8 y rango de 21 años. También en este caso observamos que no se

CUADRO N° 2
Mortalidad infantil 1965, 1984 y 1989
Países seleccionados de América Latina
(Tasas expresadas en mortalidad por 1.000 nacidos vivos)

	<i>MINF</i> 1965	<i>MINF</i> 1984	<i>MINF</i> 1989
Haití	158	124	94
Bolivia	160	169	106
Rep. Dominicana	110	32	61
Honduras	128	17	66
Guatemala	112	79	55
Perú	130	100	79
Ecuador	112	51	61
Paraguay	73	46	32
El Salvador	120	85	55
Colombia	86	50	38
Jamaica	49	21	16
Panamá	56	20	22
Chile	101	20	19
Costa Rica	72	18	17
México	82	35	40
Argentina	58	30	30
Venezuela	65	28	35
Brasil	104	87	59
Uruguay	47		22

Fuente: Banco Mundial, 1965 y 1981. OPS (1988).

produce deterioro, y, por el contrario, el índice continúa su mejoramiento (véase Cuadro 4).

Por contraste, observamos que los países OECD (muestra) en 1989 tenían en promedio una EVN de 76,5 años, con una bajísima dispersión de 1,18 años, y un rango de 4 años (véase Cuadro 5). La región, en promedio, está 12 años por debajo de los países OECD; sólo un país de la región alcanza la EVN más baja en relación a la OECD; la EVN de Haití (la menor de la región) es 20 años inferior a la más baja OECD.

CUADRO N° 3
Mortalidad infantil 1965 y 1989
Países seleccionados de América Latina y OECD
(Tasas expresadas en mortalidad por 1.000 nacidos vivos)

	1965	1989
Haití	158	94
Bolivia	160	106
Rep. Dominicana	110	61
Honduras	128	66
Guatemala	112	55
Perú	130	79
Ecuador	112	61
Paraguay	73	32
El Salvador	120	55
Colombia	86	38
Jamaica	49	16
Panamá	56	22
Chile	101	19
Costa Rica	72	17
México	82	40
Argentina	58	30
Venezuela	65	35
Brasil	104	59
Uruguay	47	22
Portugal	65	13
España	38	8
Nueva Zelandia	20	10
Australia	19	8
U. K.	20	9
Países Bajos	14	7
Francia	22	7
Canadá	24	7
Estados Unidos	25	10
Japón	18	4

Fuente: Banco Mundial (1991).

CUADRO N° 4
 Esperanza de vida al nacer 1980 y 1989
 Países seleccionados de América Latina
 (Años de esperanza de vida)

	1980	1989
Haití	48	55
Bolivia	50	54
Rep. Dominicana	65	67
Honduras	62	65
Guatemala	59	63
Perú	58	62
Ecuador	65	66
Paraguay	66	67
El Salvador	63	63
Colombia	62	69
Jamaica	71	73
Panamá	71	73
Chile	70	72
Costa Rica	73	75
México	68	69
Argentina	68	71
Venezuela	69	70
Brasil	63	66
Uruguay		73

Fuente:

1980, OPS (1988)

1989, Banco Mundial (1991).

En este indicador lo que más destaca son entonces las fuertes diferencias intrarregionales, de lo cual se derivan las diferencias de la región con respecto a la OECD. Asimismo, los países de mayor desarrollo relativo dentro de la región acercan su EVN a la de los países OECD. Esto último es una consecuencia de la continuación de la tendencia secular en el caso de la región, en tanto que los países OECD están muy cerca del límite máximo de EVN que las condiciones científicas y tecnológicas permiten.

CUADRO N° 5
Esperanza de vida al nacer 1989
Países seleccionados de América Latina y OECD

	1989
Haití	55
Bolivia	54
Rep. Dominicana	67
Honduras	65
Guatemala	63
Perú	62
Ecuador	66
Paraguay	67
El Salvador	63
Colombia	69
Jamaica	73
Panamá	73
Chile	72
Costa Rica	75
México	69
Argentina	71
Venezuela	70
Brasil	66
Uruguay	73
Portugal	75
España	77
Nueva Zelandia	75
Australia	77
U. K.	76
Países Bajos	77
Francia	76
Canadá	77
Estados Unidos	76
Japón	79

Fuente: Banco Mundial (1991).

Para concluir con los indicadores de *status* de salud considerados, analizamos las *tasas de mortalidad general* (MORG). (Véase Cuadro 6.) En 1965 el promedio de la región era de 12,42 por 1.000, con una dispersión de 4,15 y un rango de 13. Comparado con los países OCED, el promedio de MORG de la región era alrededor de 33% superior al de aquéllos (9,10 de MORG, 1,52 de dispersión y rango de 5,0) en las tres medidas consideradas.

En 1989 la región alcanzaba tasas de MORG de 7,6, inferior a los 8,50 de OECD. La dispersión continuaba siendo superior a la de OECD (2,5 *versus* 1,35), así como también el rango (9,0 *versus* 4,00).

Nuevamente en este caso la región continúa mejorando sus índices de *status* de salud, en forma bastante pareja, por lo que se mantienen las disparidades intrarregionales. Las tasas MORG de algunos países de la región son menores que aquellas de los países OECD, lo que responde a las estructuras etáreas y tasas de crecimiento poblacional de ambos grupos de países.

Grado de desarrollo

Los antecedentes referidos al grado de desarrollo de los países de la región son suficientemente conocidos. Pero es necesario destacar aquí que:

1. Existen fuertes diferencias en el grado de desarrollo entre los países de la región.
2. El grado de desarrollo de los países de la región es notablemente inferior al de los países de la OECD.
3. Ambos factores anteriores determinan que la disponibilidad potencial de recursos sea muy inferior para los países de la región *vis-à-vis* la de aquellos OECD.
4. La participación del gasto en salud en el producto es inferior para los países de la región que en la OECD. Además, algunos de los países tienen participaciones bastante bajas en relación al promedio de la región.

Utilizando el producto *per cápita* (PPC) como *proxy* del grado de desarrollo, el Cuadro 7 nos muestra la situación relativa en 1989 para los países seleccionados de la región.

CUADRO N° 6
Mortalidad general 1965 y 1989
Países seleccionados de América Latina y OECD
(Tasas expresadas en mortalidad por 1.000)

	7965	7959
Haití	21	13
Bolivia	21	13
Rep. Dominicana	13	6
Honduras	17	8
Guatemala	17	8
Perú	16	9
Ecuador	13	7
Paraguay	8	6
El Salvador	13	8
Colombia	11	6
Jamaica	9	7
Panamá	9	5
Chile	11	6
Costa Rica	8	4
México	11	6
Argentina	9	9
Venezuela	8	5
Brasil	11	8
Uruguay	10	10
Portugal	10	9
España	8	8
Nueva Zelandia	9	8
Australia	9	7
U. K.	12	11
Países Bajos	8	9
Francia	11	10
Canadá	8	7
Estados Unidos	9	9
Japón	7	7

Fuente: Banco Mundial (1991).

CUADRO N° 7
 Producto *per cápita* 1989
 Países seleccionados de América Latina y OECD

	1989
Haití	243
Bolivia	650
Rep. Dominicana	695
Honduras	998
Guatemala	937
Perú	1.412
Ecuador	998
Paraguay	853
El Salvador	1.152
Colombia	1.455
Jamaica	1.260
Panamá	1.962
Chile	1.960
Costa Rica	1.778
México	2.242
Argentina	2.649
Venezuela	2.571
Brasil	2.509
Uruguay	2.735
Portugal	4.250
España	9.330
Nueva Zelandia	12.070
Australia	14.360
U. K.	14.610
Países Bajos	15.920
Francia	17.820
Canadá	19.030
Estados Unidos	20.910
Japón	23.810

Fuente: Banco Mundial (1991).

El PPC promedio alcanzaba a USD 1.529, con una desviación estándar de 761 y un rango de 2.492. El país con menor PPC lograba USD 243, en tanto aquel con mayor, USD 2.735. Esto es, en la muestra seleccionada, una escala de 1 a algo más que 11 veces.

Si comparamos ahora los países de la región con aquellos seleccionados de la OECD, vemos que estos últimos tienen para igual año un PPC promedio de USD 15.211, en un rango de 4.250 a 23.810. Así, la relación promedio de estos últimos a los países de la región es de 10:1, sólo levemente inferior a la relación que se da al interior de la región.

El país OECD con *menor* PPC es un 55% superior al país de la región con *mayor* PPC. El país OECD con mayor PPC es alrededor de 97 veces (9.698%) superior al país de la región con menor PPC. Esto es, las diferencias de producto *per cápita* son significativas y en el límite, considerables.

Las diferencias observadas en PPC son aún mayores cuando se comparan los *gastos en salud per cápita* (GSPC).

En el Cuadro 8 podemos observar que el GSPC en 1985 era en la región, en promedio, de USD 66 con un mínimo de USD 1,90 y un máximo de USD 197,7. Así, la escala al interior de la propia región era de más de 100:1. Por contraste, el GSPC promedio de los OECD alcanzaba en igual fecha a USD 924,90, con un mínimo de 310 y un máximo de 1.926. El contraste en este caso se expande a alrededor de 14:1 para el promedio, y más de 1.000:1 entre el mayor OECD y el menor de la región.

Es sabido, sin embargo, que los países a medida que acrecientan su riqueza aumentan más que proporcionalmente sus gastos en salud, a pesar de lo cual parecería que las diferencias extremas observadas entre los países de la región y OECD (muestra), están fuera de los rangos normales de variación.

Por otra parte, las comparaciones en términos nominales magnifican las diferencias, puesto que en los países desarrollados, así como los gastos son más elevados, también lo son los costos de los distintos recursos y factores productivos empleados. Una forma de ajustar por estas diferencias es comparando con el gasto en salud *per cápita* (GSPC) *producto per cápita* (PPC). Las diferencias en este último permitirían capturar parte importante de las diferencias en el costo del factor productivo trabajo, lo que al menos reduciría los sesgos nominales discutidos.¹²

¹² El argumento es que así como se gasta más en salud, también, por ejemplo, los profesionales de la salud tienen remuneraciones más elevadas, lo que estaría reflejado en el PPC. Pero, naturalmente, las diferencias pueden ser mayores o menores, dependiendo del mercado de trabajo de dichos profesionales y su abundancia o escasez relativa, etc. Además, el costo de los otros insumos puede no guardar relación con el resto de las variables discutidas.

CUADRO N° 8

Gastos en salud *per cápita*, USD 1985
Países seleccionados de América Latina y OECD

	<i>USD 1985</i>
Haití	10.5
Bolivia	1.9
Rep. Dominicana	27.4
Honduras	60.3
Guatemala	44.5
Perú	29.3
Ecuador	54
Paraguay	27.8
El Salvador	8.3
Colombia	56.4
Jamaica	44.2
Panamá	197.7
Chile	100.4
Costa Rica	108
México	75.2
Argentina	137
Venezuela	146.1
Brasil	58.5
Uruguay	
Portugal	310
España	486
Nueva Zelandia	715
Australia	877
U. K.	711
Países Bajos	984
Francia	1039
Canadá	1370
Estados Unidos	1926
Japón	831

Fuente: América Latina: OPS (1988). OECD: Health Data Bank.

La relación de GSPC/PPC es equivalente a la relación entre el gasto en salud y el producto, o participación del gasto en salud en el producto. Esta se presenta en el Cuadro 9.

La proporción del producto destinado a salud en 1985 alcanzaba en promedio en la región a un 4,63%, con un mínimo de 0,4% (Bolivia) y un máximo de 12,2% (Honduras).¹³ De los 18 países con información disponible, 11 estaban bajo el promedio y 5 de ellos bajo un 3%. Así, además de las fuertes diferencias intrarregionales, también es destacable que un número elevado de países destinaban a salud una proporción anormalmente baja de su producto.

Los países OECD (muestra) gastaban, a igual fecha, un 7,46% de su producto, en promedio, con un mínimo de 5,6% (Portugal) y un máximo de 11,1 (U.S.A.). Son particularmente notables los casos de Gran Bretaña y Japón, con proporciones de 6,2% y 6,7% acompañados de sobresalientes indicadores de *status* de salud.

Naturalmente, al efectuar estas comparaciones en términos relativos, las enormes diferencias observadas en el gasto en salud *per cápita* se reducen. Pero persisten las diferencias entre los países OECD y los de la región, asociadas a la mayor riqueza y grado de desarrollo de los primeros. Es también notable el hecho de que al interior de la región la mayoría de los países destinaban menos del 4% de su producto a salud, y uno de cada 3 países gastaba a lo sumo un 3%.

La baja proporción de gasto en salud de los países de la región en 1985 nos indica que existiría margen para que dichos países efectuaran un esfuerzo interno adicional tendente a aumentar los recursos destinados a este sector. Esto es particularmente cierto en los países cuyo gasto es anormalmente bajo (aquellos que gastaban menos de 3%), pero también en el de aquellos que gastaban menos de 5% o 6%, ya que no es claro que dentro de los rangos discutidos exista un patrón de gasto estrictamente asociable al grado de desarrollo.

Es posible, no obstante, que parte de estos rasgos guarden relación con los efectos de la crisis de endeudamiento y las medidas adoptadas por los distintos países.

¹³ Probablemente en este caso se están contabilizando dentro de los gastos en salud otros gastos previsionales.

CUADRO N° 9
Gasto en salud sobre PGB 1985
Países seleccionados de América Latina y OECD

7955	% <i>SA/PROD.</i>
Haití	3.5
Bolivia	0.4
Rep. Dominicana	2.3
Honduras	12.2
Guatemala	3.7
Perú	3
Ecuador	6
• Paraguay	1.7
El Salvador	2.1
Colombia	5.4
Jamaica	2.5
Panamá	10.1
Chile	6
Costa Rica	6.9
México	3.8
Argentina	7.1
Venezuela	3.1
Brasil	3.5
Uruguay	
Portugal	5.6
España	6
Nueva Zelandia	6.9
Australia	6.8
U. K.	6.2
Países Bajos	8.3
Francia	8.5
Canadá	8.5
Estados Unidos	11.1
Japón	6.7

Fuente: América Latina: Calculado según OPS (1988), p. 211. OECD: Health Data Bank.

Disponibilidad de recursos y efectos de la crisis

La crisis de endeudamiento afectó a los países de América Latina y el Caribe tanto por la vía de revertir los flujos de capitales internacionales, que pasaron a ser negativos, como por las medidas de ajuste adoptadas con el fin de adaptar las economías a las nuevas condiciones y restablecer los equilibrios macroeconómicos de comercio internacional.

Como se puede apreciar en el Cuadro 10, entre 1980 y 1987 el producto *per cápita* de la región había decrecido en 5,5%, afectando con mayor intensidad a los países exportadores de petróleo, cuya reducción en igual indicador alcanzó a un 10,5%. Entre éstos, los casos extremos fueron Bolivia (-27,5%) y Venezuela (-20,0%). Pero entre los países no exportadores de petróleo de la región también se observaron países cuya reducción del producto interno *per cápita* fue extrema: Argentina (-14,7%), Costa Rica (-9,5%), El Salvador (-14,5%), Guatemala (-20,5%), Haití (-14,5%), etc.

Los mayores efectos se hicieron sentir alrededor de 1982 y 1983, habiéndose recuperado el crecimiento ya en 1987 en la mayoría de los países.

Sólo unos pocos países consiguieron mantener los niveles de comienzos de la década, en tanto la mayoría evidenció una disminución de sus recursos globales por habitante.

No obstante lo anterior, los recursos productivos básicos empleados para la producción de salud, esto es *médicos, enfermeras y camas hospitalarias*, no mostraron cambios en las tendencias observadas desde mediados de los años 60. Ello se puede apreciar en el Gráfico 1; las razones de médicos y enfermeras por 10.000 habitantes continuaron aumentando, y las de dentistas y camas hospitalarias continuaron disminuyendo.¹⁴

Cabe subrayar que, si bien las tendencias destacadas para la región en su conjunto parecen no haber sido afectadas por la crisis, nuevamente la situación difiere en forma considerable de país en país. Pero más importante aún, las tendencias señaladas encierran diferencias que la propia OPS se encarga de hacer notar:

Ilustrada la tendencia en el tiempo de la distribución porcentual de los recursos humanos y de las camas hospitalarias, es muy importante considerar el efecto que este fenómeno (gran

¹⁴ Véase OPS (1988), pp. 21 a 146.

CUADRO N° 10
América Latina y el Caribe:
Evolución del producto interno por habitante

	Tasas anuales de crecimiento						VA*	Pobl.**
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	80-87 ^a	1987» millones
América Latina (excluye Cuba)	3.4	-4.8	1.4	1.1	1.4	0.5	-5.5	415,9
Países exportadores de petróleo	-3.2	-7.5	0.1	-0.6	-1.6	-1.0	-10.5	
Bolivia	-5.4	-9.0	-3.5	-4.4	-5.5	-1.1	-27.5	6.7
Ecuador	-1.8	-4.0	1.8	2.0	0.2	-5.8	-6.9	9.9
México	-3.2	-6.6	1.0	0.0	-6.3	-1.2	-10.5	83.0
Perú	-2.3	-14.1	2.1	-0.1	5.3	4.5	-4.3	20.7
Trinidad y Tobago	-0.5	-10.6	-7.6	-4.2	—	—	—	1.1
Venezuela	-4.1	-8.2	-3.7	-3.2	2.6	-1.1	-20.0	18.2
Países no exportadores de petróleo	-3.6	-3.0	2.3	2.2	4.6	1.2	-1.6	
Argentina	-6.8	0.7	0.7	-6.1	4.4	0.7	-14.7	31.5
Barbados	-5.9	-0.4	2.5	0.1	4.9	-1.1	-3.0	0.3
Brasil	-1.4	-4.5	3.4	5.9	5.9	1.0	4.1	141.5
Colombia	-1.1	-0.3	1.6	0.7	3.7	3.1	7.3	29.9
Costa Rica	-9.7	0.0	5.1	-1.7	1.8	0.2	-9.5	2.7
Cuba ^b	3.3	4.3	6.6	3.8	0.3	—	—	10.1
Chile	-14.5	-2.2	4.3	0.7	3.7	3.6	-2.5	12.4
El Salvador	-6.5	0.3	1.3	0.5	-0.8	0.4	-14.5	5.9
Guatemala	-6.1	-5.4	-2.8	-3.3	-2.7	-0.4	-20.5	8.4
Guyana	-12.6	-12.0	3.9	-0.1	—	—	—	0.9
Haití	-5.2	-1.2	-1.4	-1.3	-1.3	-0.7	-14.5	6.9
Honduras	-5.1	-3.5	-1.0	-1.4	-1.4	1.1	-13.2	4.7
Jamaica	-1.5	-0.2	-1.4	-6.7	0.7	3.5	-4.7	2.4
Nicaragua	-4.0	1.2	-4.8	-7.3	-3.7	-1.7	-17.2	3.5
Panamá	2.7	-2.2	-2.6	1.9	0.8	-0.5	1.6	2.3
Paraguay	-4.0	-6.0	0.0	0.9	-3.4	1.2	6.3	3.9
Rep. Dominicana	-1.1	2.5	-2.0	-4.6	-0.5	4.6	0.2	6.5
Uruguay	-10.7	-6.7	-1.9	-0.9	5.9	4.9	-9.4	3.1

*: Variación acumulada.

**.: Población 1987: estimaciones Naciones Unidas.

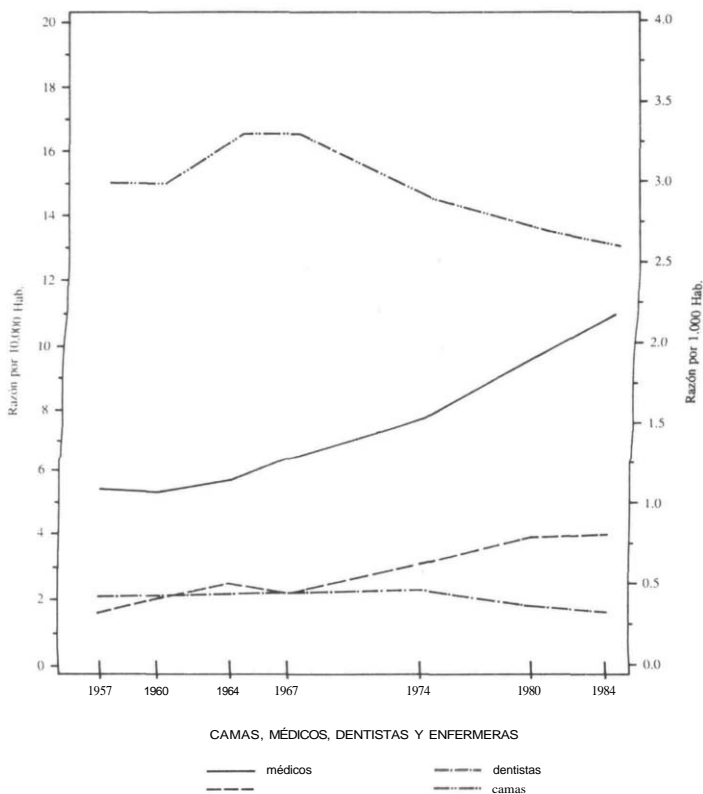
a: Estimaciones preliminares.

b: Se refiere al concepto de producto social global.

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales de producto interno bruto. Las cifras de población corresponden a estimaciones del CELADE. "Notas sobre La Economía y el Desarrollo" N° 455/456, diciembre 1987.

GRÁFICO 1

Camas de hospital (todo tipo) por 1.000 habs., médicos, dentistas y enfermeras por 10.000 habs., en América Latina, alrededor de 1957-1984.



crecimiento de la razón de médicos y la continua reducción de la razón de camas hospitalarias) tiene en la estructura y organización de los servicios personales de salud...

Los efectos que las variaciones de estas proporciones presentan deberán ser materia de estudio inmediato y de pronta identificación de las estrategias alternativas que se deben implementar para afrontar los desajustes en el sistema de salud generado por estas tendencias.¹⁵

¹⁵ OPS (1988), p. 143.

El *gasto del gobierno central en salud* es un indicador importante de los recursos destinados para salud, en especial por su orientación hacia los sectores más pobres y por sus efectos redistributivos. Es claro que su efecto variará de país en país, dependiendo de la importancia de los sistemas de seguridad social y del sector privado.

Por otra parte, la evolución de la participación del gasto en salud en el total del gasto del gobierno central nos da luces también sobre el impacto de la crisis y los procesos de ajuste.

El Cuadro 11 nos muestra la participación del gasto en salud en el total del gasto del gobierno central para los países seleccionados de la

CUADRO N° 11
Gasto del gobierno central en salud como
porcentaje del gasto público

<i>País</i>	<i>1979</i>	<i>1980</i>	<i>1985</i>	<i>1989</i>
Haití				
Bolivia	8,63	12,06	1,50	6,6
Rep. Dominicana	9,07	9,30	10,30	-
Honduras	8,02	-	-	-
Guatemala	7,64	-	-	-
Perú	6,13	4,52	-	5,5
Ecuador	-	-	-	9,8
Paraguay	3,67	3,53	5,80	3,0
El Salvador	8,71	8,97	5,90	7,4
Colombia	-	-	-	-
Jamaica	-	-	-	-
Panamá	12,15	12,71	-	19,8
Chile	6,54	7,37	6,10	5,9
Costa Rica	25,00	-	22,50	27,2
México	3,90	2,37	1,50	1,7
Argentina	1,70	1,73	1,80	2,0
Venezuela	11,70*	-	7,60	-
Brasil	7,40	6,54	7,60	6,1
Uruguay	4,69	4,89	4,10	4,5

* Información sólo para 1972.

Fuente: 1979-80-85: OPS (1988), p. 11.
1989: Banco Mundial (1991), p. 249.

región. A pesar de la diversidad, se puede observar que efectivamente se produce una reducción hacia mediados de la década de los 80, que es particularmente notable en el caso de Bolivia y México, y de menor intensidad en los casos de El Salvador, Chile y Uruguay. En otros países en que el movimiento es inverso (esto es, se observan aumentos en 1985), pareciera haberse adoptado medidas anticíclicas.

Hacia 1989, si bien la situación inicial no se había restituido, en la mayoría de los casos se tendía a recuperar las participaciones observadas a comienzos de la década.

Asociado a la discusión presente, es necesario destacar que durante la crisis aumentaron las demandas sobre el sistema público, debido al deterioro de los sistemas de seguridad social. La transmisión operó de la siguiente forma:¹⁶ el proceso de ajuste genera reducciones en el ingreso y en el empleo. La reducción del ingreso que impacta reduciendo los ingresos de los trabajadores y por ende de la seguridad social, simultáneamente aumenta la demanda por subsidios de cesantía por parte de aquellos que son desempleados. Se generan así tendencias al déficit en el sistema de seguridad social que resultan en reducciones de los beneficios.

Por otra parte, el aumento del desempleo se traduce en reducciones de la cobertura poblacional y de beneficios, a la vez que aumenta la demanda sobre el sistema público, que también está enfrentado a reducciones de los ingresos del gobierno, por la caída en la actividad económica global y reducción en las importaciones. Así, se reducen los beneficios en la seguridad social; disminuye la cobertura de ésta y aumenta la presión de demanda sobre el sistema público, que es el sector que por la mecánica del ajuste está obligado a efectuar los mayores esfuerzos de disminución del gasto.

Podemos obtener algunas *conclusiones preliminares* de la revisión efectuada hasta aquí:

- 1 Existen fuertes diferencias entre los países de la región, tanto en cuanto a sus *status* de salud como grado de desarrollo y disponibilidad de recursos para salud.
- 2 La comparación de los países de la región con aquéllos de la OECD seleccionados, revela diferencias significativas. No obstante, los países más desarrollados de la región han logrado aproximarse a los *status* de salud de los países OECD.

¹⁶ Musgrove (1985), p. 17.

En el pasado la tasa de aumento del *status* de salud de los países menos desarrollados de la región ha sido menor que aquella de los países desarrollados, lo que ha significado aumentos en las diferencias en términos relativos.

- 3 El deterioro en las condiciones económicas de la región fue particularmente importante hacia mediados de la década de los 80, pero hacia fines de éste tendían a recuperarse al nivel de precrisis.

El deterioro económico no ha afectado el *status* de salud, al menos en lo que se refiere a sus indicadores de largo plazo. En efecto, la mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y mortalidad general no sólo no han empeorado sino que ha continuado su mejoría.

Lo anterior no es sorprendente, ya que es sabido que dichos indicadores responden a factores culturales y estructurales que parecen no haber sido afectados por la crisis, o que bien se manifestarán con rezagos.

- 4 Los recursos básicos para la producción de salud (médicos, enfermeras, dentistas y camas hospitalarias) no parecen haber sido afectados por la crisis, continuando su evolución tradicional: aumento en el número de médicos, a mayor tasa que el aumento de enfermeras; disminución de los dentistas y las camas hospitalarias (todos expresados en términos de los habitantes).

En opinión de los expertos médicos, se estaría produciendo un desequilibrio en estos factores, que redundará en cambios en las formas de producir salud, lo que requerirá atención y abordaje inmediatos. Estas tendencias alterarían la capacidad de los sistemas para actuar con eficacia.

- 5 El gasto en salud de los países de la región difiere considerablemente. Las diferencias intrarregionales son aún mayores que las resultantes de tomar el promedio de la región *vis-à-vis* al promedio OECD (muestra). El porcentaje del producto destinado a salud -que es un indicador tanto de participación de la salud en la economía como de gasto *per cápita* ajustado por riqueza y costos de cada país- varía significativamente al interior de la región, como también *vis-à-vis* OECD (muestra).

Considerando la proporción del producto destinado, en promedio, a salud en la región, así como también el promedio de la OECD y de los países desarrollados más eficientes (Gran Bretaña y Japón), tenemos que concluir que más del 60% de los países seleccionados de Latinoamérica podría aumentar internamente su gasto en salud, permaneciendo dentro de los rangos internacionales normales.

III. COBERTURA Y EQUIDAD

Las dimensiones del grado de desarrollo y *status* de salud de los países encuentran su complemento natural en el análisis de los grados de cobertura sanitaria en prestaciones de salud consideradas básicas, y en la forma en que los beneficios de salud se distribuyen entre los miembros de la sociedad.

Es usual entender el primer tipo de fenómenos como *cobertura*, y el segundo como *equidad*.

Cobertura

Emplearemos como indicadores básicos de cobertura aquella referente a la *inmunización, abastecimiento de agua potable y saneamiento* (alcantarillado y eliminación de excretas).¹⁷

El Cuadro 12 nos muestra la cobertura de *inmunizaciones* para BCG, DPT3, VPO3 y antisarampionosa, en 1988. Para la región, en su conjunto, la cobertura apenas supera el 70% de la población destinataria. Nuevamente destaca en este caso la variedad de situaciones, puesto que los países con menor cobertura de inmunización apenas alcanzan a alrededor del 55 a 60% (República Dominicana está entre el 40 y 45%), los países del Caribe de origen británico alcanzan prácticamente cobertura total. Destacan, por su parte, países como Cuba (aproximadamente 95%), Chile (aproximadamente 94%) y varios otros entre 80 y 90%.

En cuanto a la cobertura de abastecimiento de *agua potable y saneamiento*, el Cuadro 13 presenta la situación para 25 países de las Américas en diciembre de 1988.¹⁸

El abastecimiento de agua potable, en promedio para los países considerados, era inferior al 80% de la población total del país. Pero alcanzaba a cerca del 90% de la población urbana y sólo alrededor del 55% de la población rural, que a su vez correspondía al 29,8% de los 25 países considerados.

¹⁷ Un análisis más detallado requeriría contemplar una multiplicidad de otros indicadores de cobertura. Sin embargo, existe consenso de que los aquí considerados se refieren a aspectos básicos, y su ausencia es indicativa de carencias mayores en necesidades más apremiantes.

¹⁸ Obtenido de OPS (1991), pp. 232 y 233.

CUADRO N° 12
Cobertura de inmunización por país de la región de las américas, 1988

<i>Subregion/ país</i>	<i>Población destinataria (menor de 1 año)</i>	<i>BCG (%)</i>	<i>DPT3 (%)</i>	<i>VPO3 (%)</i>	<i>Antisaram- pionosa (%)</i>
Area Andina					
Bolivia	271.200	70	40	50	70
Colombia	834.180	90	75	92	73
Ecuador	316.000	91	55	63	56
Perú	670.000	61	58	59	52
Venezuela	569.000	68	55	67	49
Brasil	3.617.900	66	51	96b	55
Caribe					
Anguila	157	99	99	99	91
Antigua y Barbuda	1.088	—b	99	99	95
Bahamas	5.600	—	—	—	—
Barbados	4.032	—	—	—	—
Dominica	1.715	99	92	93	87
Grenada	2.613	—	86	85	89
Guyana	17.568	76	77	79	69
Islas Caimán	378	80	93	93	88
Islas Turcas y Caicos	250	99	89	89	76
Islas Vírgenes Británicas	238	99	99	97	86
Jamaica	57.487	99	85	84	71
Montserrat	199	—	—	—	—
San Kitts y Nevis	924	—	99	99	90
San Vicente y las Granadinas	2.482	98	97	97	99
Santa Lucía	3.530	99	72	93	90
Suriname	10.000	—	72	71	73
Trinidad y Tobago	23.280	--	77	77	59
América Central					
Belice	5.270	—	—	—	—
Costa Rica	82.600	—	88	91	88
El Salvador	182	62	64	72	73
Guatemala	343.200	--	51	57	52
Honduras	183.600	75	77	83	86
Nicaragua	146.500	90	64	82	61
Panamá	61.900	90	71	71	75

<i>Subregión/ país</i>	<i>Población destinataria (menor de 1 año)</i>	<i>BCG (%)</i>	<i>DPT3 (%)</i>	<i>VP03 (%)</i>	<i>Antisaram- pionosa (%)</i>
Caribe Latino					
Cuba	187.529	96	94	94a	97
Haití	202.300	40	46	75	46
República Dominicana	201.707	40	40	50	31
México	2.579.200	80	65	96a	85
América del Norte					
Bermuda	1.240				
Canadá	385.900				
Estados Unidos	3.809.000				
Cono Sur					
Argentina	668.000	93	74	81	78
Chile	279.150	98	94	94	89
Paraguay	121.877	58	647	71a	58
Uruguay	56.600	97	82	82	75
Total	15.907.657	75	61	86	67

a: Cobertura con dos dosis de VPO: el país lleva a cabo campañas regulares de vacunación.

b: En los países marcados con — no se aplica la vacuna BCG.

Fuente: OPS. Programa Ampliado de Inmunización.

En el caso de la población rural, los países con mayor extensión y dificultades de acceso geográfico enfrentan obstáculos mayores. Pero aun en el caso de la cobertura urbana, hay países que apenas bordean el 55% (Haití) y alrededor del 65% (Paraguay y República Dominicana).

También es importante destacar, respecto de la población rural, que su cobertura de agua potable es sustancialmente inferior a la de la población urbana.

El saneamiento vía alcantarillado y eliminación de excretas nos muestra que sólo 2/3 de la población de los países es servida en promedio, con un 80% de la población urbana y menos de 1/3 de la población rural. También se observan en este caso fuertes diferencias entre los países de la región, aun mayores que en el caso del agua potable (véase Cuadro N° 14).

CUADRO N° 13
Cobertura de agua potable en 25 países de las
américas, hasta diciembre de 1988
(Población en miles)

<i>País</i>	<i>Abastecimiento de agua potable</i>		
	<i>% de la población del país</i>	<i>% de la población urbana</i>	<i>% de la población rural</i>
Argentina	64,27	73,05	16,87
Bahamas	99,59	99,26	100,00
Barbados	99,60	100,00	99,39
Belice	77,14	83,33	70,59
Bolivia	46,32	77,36	15,16
Brasil	96,12	99,83	85,68
Colombia	87,50	87,78	86,81
Costa Rica	93,58	100,00	83,96
Chile	85,97	100,00	20,52
Ecuador	57,64	75,11	36,97
El Salvador	40,76	75,86	10,03
Guatemala	60,17	91,30	41,19
Guyana	80,56	93,50	74,31
Haití	41,80	55,47	36,37
Honduras	72,37	89,37	60,01
México	68,71	80,20	40,65
Nicaragua	53,23	77,86	18,90
Panamá	82,65	100,00	66,18
Paraguay	32,97	64,97	7,38
Perú	58,44	77,60	22,31
República Dominicana	51,51	67,68	28,43
Suriname	71,90	78,04	53,54
Trinidad y Tobago	95,93	100,00	87,18
Uruguay	84,92	96,62	5,21
Venezuela	89,33	89,44	88,80
Total	78,53	88,42	55,26

CUADRO N° 14
Cobertura de saneamiento en 25 países de las
américas, hasta diciembre de 1988
(Población en miles)

<i>Alcantarillado y eliminación de excretas</i>			
<i>País</i>	<i>% de la población del país</i>	<i>% de la población urbana</i>	<i>% de la población rural</i>
Argentina	88,95	100,00	29,27
Bahamas	56,43	100,00	0,00
Barbados	16,60	47,19	0,00
Belice	72,57	83,33	61,18
Bolivia	33,98	55,14	12,73
Brasil	78,35	89,03	48,25
Colombia	65,06	84,62	17,58
Costa Rica	97,17	100,00	92,94
Chile	83,44	100,00	6,22
Ecuador	56,43	75,24	34,19
El Salvador	60,51	85,57	38,58
Guatemala	56,93	71,74	47,91
Guyana	85,58	84,55	86,08
Haití	22,08	41,11	14,52
Honduras	62,42	88,19	43,69
México	45,18	60,17	8,57
Nicaragua	18,91	32,48	0,00
Panamá	83,65	99,91	68,23
Paraguay	57,62	54,65	59,99
Perú	41,70	55,00	16,60
República Dominicana	59,74	76,55	35,75
Suriname	55,95	63,18	34,34
Trinidad y Tobago	99,19	100,00	87,44
Uruguay	60,40	59,65	65,36
Venezuela	92,39	96,90	70,09
Total	66,05	80,49	32,11

Es destacable el hecho que de los seis países con 100% de cobertura urbana de agua potable (Bahamas, Barbados, Costa Rica, Chile, Panamá y Trinidad y Tobago), cinco de ellos (exceptuando Barbados) tienen también 100% de cobertura urbana de saneamiento. Llama la atención Argentina, que tiene un 73% de cobertura urbana de agua potable y 100% de cobertura urbana de saneamiento.

Equidad

Emplearemos como indicadores de inequidad las disparidades en cobertura sanitaria básica (inmunización, agua potable y saneamiento), *status* de salud, acceso a y tipos de beneficios, que evidencian distintos grupos de la población. Estas disparidades podrían ser consecuencia de condiciones económicas, geográficas y sistemas de seguridad social u otros factores.

Las disparidades en cobertura de agua potable y saneamiento entre la población urbana y rural han sido destacadas precedentemente, apuntando hacia la presencia de inequidades en servicios básicos.

Las disparidades en cobertura de inmunización, cobertura poblacional en atención de salud integral, acceso a beneficios y *status* de salud serán abordadas para países seleccionados: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, México y Uruguay.

Argentina

En 1988 alrededor de un 16,5% de la población era rural, y tenía una baja cobertura de servicios básicos.

Son destacables las diferencias geográficas en esperanza de vida al nacer (EVN) y mortalidad infantil (MINF), las cuales se han reducido. En cuanto a la primera, de una brecha de 20,9 años en 1960, se había reducido a 8,5 en 1980-1981.¹⁹ En cuanto a la MINF, en 1970 existía un rango de 116,1 (por 1.000 nacidos vivos, entre región con peor y con mayor indicador), que se había reducido en 1981 a 33,7 y a 20,2 en 1987.

La cobertura de vacunaciones mostraba en 1987 diferencias importantes entre regiones: "...en dos provincias se registraron coberturas por vacuna antipoliomelítica menores de 65%, aunque la cobertura a nivel de

¹⁹OPS (1991), p. 18.

país fue de 85%".²⁰ Similar fenómeno era observable para DPT. En cuanto a la desnutrición en niños de edad escolar, un estudio efectuado en 1982 encontró tasas de 56% en términos de peso en el Oeste, en tanto la prevalencia en el Este alcanzaba al 36%.

En relación a la cobertura de población se estima que alrededor de un 25% de ésta accede a la totalidad de las atenciones brindadas por el subsector público; un 65% a las Obras Sociales y un 10% accede al privado. La ausencia de integración o coordinación dan lugar a la "...configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según lugar de residencia, ocupación y niveles de ingreso".²¹

El subsector público, que cubre al 25% de la población, genera un 22,7% del gasto en salud. El subsector privado, que comprende el 10% de la población, genera el 38,1% del gasto en salud. Este subsector también vende servicios a las Obras Sociales.

Probablemente sea en estas últimas donde se presenten las mayores inequidades, ya que cubren el 65% de la población y son responsables por el 39,2% del gasto.²² En efecto "...se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, su falta de ordenamiento y por su inequidad interna". Así, "...la prestación de servicios es distinta según cada obra social debido a los diferentes recursos de cada uno, y la dispersión geográfica de los afiliados hace que trabajadores del mismo gremio y con el mismo aporte económico reciban diferente calidad de atención, según el lugar de residencia".²³

Brasil

Se han destacado previamente las diferencias de cobertura de agua potable y sanitaria entre la población urbana y rural. Persistían en el período 1979-1986 importantes diferencias entre las regiones de Brasil, en cuanto a tasas de mortalidad general, mortalidad infantil y cobertura de vacunaciones, entre otras.

Así, la mortalidad infantil alcanzaba a 54,3 por 1.000 nacidos vivos en la Región Norte (la más alta) y a 27,4 en la Región Sur, en 1986. La cobertura de vacunaciones (antipolio, triple y antisarampionosa), en tanto

²⁰ OPS (1991), p. 19.

²¹ OPS (1991), p. 23.

²² OPS (1991), p. 28.

²³ OPS (1991) p. 23.

alcanzó en 1984 una cobertura nacional de 87,6%; en la Región Norte no superó el 31,7%. En 1988 la cobertura de la vacuna antisarampionosa alcanzó a un 87,6%, en la Región Sur, en tanto que en las regiones norte y sudeste alcanzó un 39,1% y 58,7%, respectivamente.²⁴

El sector proveedor de prestaciones de salud está estructurado sobre la base de centros asistenciales públicos (25% de camas de hospital), centros privados con fines de lucro (39%) y centros privados sin fines de lucro (36%). El sector público compraba servicios a los privados en forma notable, aun cuando este modelo histórico está siendo objeto de sustanciales reformas a partir de 1986-1988.²⁵

Aunque se sostiene que a comienzos de los años 80 más del 90% de la población estaba afiliada a la seguridad social,²⁶ César Medici (*op. cit.*, p. 26) sostiene que no más del 50% de los trabajadores efectuaban contribuciones a la seguridad social en los años 70, y dicha proporción se había reducido hacia 1985. Estos antecedentes destacan la existencia de amplios sectores poblacionales con baja cobertura de salud.

Por otra parte, la OPS (WHO-PAHO, *op. cit.* p. 79) hace referencia a las desigualdades en la asignación de recursos entre regiones:

Existen desigualdades obvias en la asignación de recursos entre las distintas regiones del país, y entre el Ministerio de Salud y el Inamps (Instituto Nacional de Medicina y Previsión Social).

Asimismo, en OPS (1991) (p. 72) se sostiene que:

El modelo actual, cuya hegemonía todavía se hace sentir, se caracteriza por lo siguiente:

Desigualdad de acceso a los servicios de salud e incompatibilidad entre necesidades de salud de la población y ofertas de servicios.

Por último, es destacable el hecho de que se hayan desarrollado fuertemente los sistemas de prepago. Estos cubrían en 1990 a 32 millones de personas (alrededor del 22% de la población total), sobre la base de

²⁴ OPS (1991), pp. 68 y 69.

²⁵ Véase OPS (1991), pp. 72 y 73 y César Medici (1989), pp. 42 a 49.

²⁶ WHO-PAHO (1986), p. 78.

financiamiento adicional a las contribuciones obligatorias para seguridad social. Organizados para dar servicios a los grupos de ingresos altos, niveles gerenciales y trabajadores de empresas de salarios superiores, sustituyen al sistema estatal brindando a sus partícipes condiciones de salud muy superiores.²⁷

Colombia

La información disponible respecto de las diferencias entre regiones es precaria. No obstante, informaciones para 1986 sobre la mortalidad infantil (que alcanzó a 41,1 por 1.000 nacidos vivos) señalan que dicha tasa es el doble en la región del Pacífico que en Bogotá.²⁸

En cuanto a la cobertura poblacional y a los beneficios, alrededor del 70% de la población queda bajo la responsabilidad directa del subsector oficial (sistema nacional de salud); la seguridad social sólo cubre el 16% de la población y los seguros médicos privados cubren al 1,5% de la población.

La seguridad social está representada por más de cien instituciones, con diversos esquemas, variados grados de solvencia financiera y sistemas administrativos distintos. Tiene acceso a este subsistema básicamente la población urbana.²⁹

Así, "la cobertura de la seguridad social varía considerablemente según la edad, el nivel de urbanización, la región, el ingreso familiar y otras variables socioeconómicas. Los sistemas cubren sólo el 9,7% de los niños de 1 a 4 años, el 6,1% de las localidades de menos de 2.500 habs., el 3,3% de la zona rural y el 0,8% de los perceptores de un ingreso económico familiar igual o inferior al salario mínimo".³⁰

En cuanto al subsector oficial (del cual depende el 70% de la población), se estima que las actividades de promoción, prevención y recuperación no cubren a más del 35% de la población total. No obstante haberse efectuado importantes desarrollos en la infraestructura nacional de servicios de salud, los que han facilitado el acceso físico a los establecimientos, pareciera ser que horarios inadecuados de atención en éstos han impedido un acceso efectivamente expedito.

²⁷ Barbanti (1990), pp. 29 a 33.

²⁸ OPS (1991), p. 90.

²⁹ WHO-PAHO (1986), p. 101.

³⁰ OPS (1991), p. 94.

Por último:

"Aunque en términos generales la capacidad física instalada parece ser suficiente para la atención secundaria y terciaria, existen deficiencias regionales particulares por concentración del recurso físico y de la dotación en ciertas áreas del país."³¹

Los factores señalados indican serias deficiencias en la cobertura poblacional, fuertes desigualdades entre grupos de la población y regiones, y desigualdades de beneficios de salud atribuibles a diversos factores geográficos, económicos y etéreos.

Costa Rica

El sistema de salud costarricense es probablemente uno de los más integrales de América Latina; sus indicadores de *status* de salud se encuentran entre los más elevados de la región.

No obstante lo anterior, persisten aún algunas diferencias entre los indicadores de los distintos cantones. Por ejemplo, la mortalidad infantil para los trienios 1980-1982 y 1986-1988, con indicadores nacionales de 19,5 y 17,3 por 1.000, respectivamente, se concentró en cerca de 96% de los cantones, entre 10 y 24 por 1.000. Otro ejemplo de estas diferencias fue la tasa promedio de mortalidad por enfermedades diarreicas, que en 1987 fue de 1,28 defunciones por 10.000 nacidos vivos, observándose en algunos cantones tasas de 5,01 por 10.000.

En 1983 se estableció el *subsistema de planificación del sector salud*, compuesto, entre otros, por el Ministerio de Salud, de Planificación y Política Económica, la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), el Instituto Nacional de Seguros y el Ministerio de la Presidencia. El país se dividió en regiones, pero aún se está en proceso de lograr un sistema uniforme.³²

A partir de 1973, y con el fin de universalizar la cobertura del sistema de seguridad social a toda la población, se comenzó a implementar un progresivo traspaso de los hospitales del Estado hacia la C.C.S.S. (entidad rectora de la seguridad social). Ello ha permitido extender la cobertura al 88,9% de la población, en tanto el Estado ha conservado la atención domiciliaria y ambulatoria.

³¹ OPS (1991), p. 96.

³² WHO-PAHO (1986), p. 106.

La cobertura poblacional entonces es en Costa Rica prácticamente universal. Con la excepción de las diferencias observadas en algunos indicadores biomédicos, los beneficios de salud son homogéneos para la totalidad de la población, la cual tiene un adecuado grado de acceso.

Cuba

El sistema de salud cubano es uno de los que alcanza mayores resultados en *status* de salud en la región, comparable a aquellos de Costa Rica, Chile y otros. Dicho sistema es uniforme, administrado por el Estado, y descentralizado, y la atención de salud es gratuita para toda la población.³³

En cuanto a los indicadores, la esperanza de vida al nacer en el período 1985-1990 alcanzó a 74,0 años, con una variación entre 73,4 y 75,7, entre la Habana y Villa Clara, respectivamente. Las tasas de mortalidad infantil alcanzan entre 1985 y 1988 a 11,9 por 1.000, y todas las provincias, excepto una, presentaron tasas inferiores a 15.³⁴

La cobertura poblacional es universal, y los beneficios de salud son homogéneos. No obstante ello, se presentan deficiencias de cobertura por problemas transicionales y de eficacia. Así por ejemplo, debido a la implantación a partir de 1984 de un nuevo modelo de atención primaria de salud a través del Programa Médico de Familia, en 1988 en esta área se cubría al 37% de la población, programándose una cobertura de 100% sólo a partir de 1995-1996.

Se observan, sin embargo, déficit importantes de cobertura de agua potable y saneamiento, no discutidos anteriormente debido a que Cuba no figura entre los 25 países considerados en estos indicadores, previamente. A finales de 1988 sólo el 65% de la población del país tenía cobertura de agua potable (82% en el medio urbano), y el 37% de la población urbana disponía de alcantarillado.³⁵

En resumen, Cuba presenta carencias en coberturas básicas, como agua potable y saneamiento; superiores coberturas de vacunación y elevados indicadores de *status* de salud. La cobertura poblacional es prácticamente universal, con beneficios de salud homogéneos. Presenta algunas diferencias entre provincias, así como deficiencias de algunos de sus programas, que aparentemente responderían al período de puesta en marcha.

³³ WHO-PAHO (1986), p. 111.

³⁴ OPS (1991), p. 109.

³⁵ OPS (1991), p. 115.

Chile

El sistema de salud chileno ha sido históricamente uno de los más avanzados de América Latina, alcanzando elevados indicadores de *status* de salud. Ya desde 1952 cuenta con un sistema nacional de salud (Servicio Nacional de Salud) -cuyos antecedentes históricos datan de 1924- que proporciona cobertura de fomento y protección a toda la población, inicialmente para obreros, pero progresivamente complementado con atención de recuperación y rehabilitación para los empleados, y toda la población.³⁶ Así, "...una elevada proporción de la población total nacional tiene acceso a los servicios de salud".³⁷

A fines de 1985 alrededor de un 20% de la población no cotizaba para salud, y por lo tanto sólo tenía cobertura de emergencia en forma gratuita en el sector estatal.³⁸ Esta situación fue corregida a partir de enero de 1986, mediante la reforma del sistema de salud, que dio cobertura universal a toda la población, consagrando la alternativa de adscripción ya sea al sistema estatal o al sistema privado de ISAPRES, junto con establecer gratuidad en la atención estatal tanto para los indigentes como para las personas de menores ingresos.³⁹ Adicionalmente, los adscritos al sistema estatal sin gratuidad total tienen acceso a préstamos médicos por el total del pago de su cargo, sin intereses. Los beneficios del sistema estatal son progresivos, como se desprende del hecho que existe gratuidad sólo para los indigentes y los más pobres (que eran un 74% del total), y de todos modos los aranceles (precios) cobrados por el aparato estatal son moderados.

Quienes optan en Chile por afiliarse al sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), creados por ley a partir de 1981,⁴⁰ pueden destinar su cotización legal compulsiva para salud de un 7% de sus ingresos, a entidades privadas de financiamiento y/o provisión de salud, sustitutivas

³⁶ Miranda (1991), pp. 4 a 23.

³⁷ WHO-PAHO (1986), p. 96.

³⁸ Miranda (1990), p. 25.

³⁹ Miranda (1990), p. 36. Se establecieron 4 tramos de ingresos: los tramos A (indigentes) y B (ingresos bajos), acceso con gratuidad (alrededor del 74,3% de los adscritos voluntariamente al sistema estatal); tramo C (ingreso medio), acceso con bonificación de 75% (12,9% de la población); y tramo D (ingreso alto), bonificación de 50% (12,7% de la población).

⁴⁰ Miranda (1989), pp. 21 y 22.

del sistema estatal. En éstas los beneficios son proporcionales al prepago efectuado, y existe gran variedad de opciones de planes de salud. Las ISAPRES, a fines de 1990, habían afiliado a más de 2,1 millones de personas, con lo que su cobertura poblacional alcanzaba a alrededor del 16,5% de la población, y seguían creciendo a tasas anuales de 20%.⁴¹

De todos modos, el sistema de salud chileno evidenciaba a fines de la década de los 80 algunas deficiencias globales que afectaban la equidad:

1) Una porción creciente del gasto en salud es administrado por el sistema ISAPRES: en 1988 bordeaban un 38% del total del gasto. En promedio, ello significaba que el gasto en salud de un afiliado a ISAPRES era 4,6 veces el de un afiliado al sistema estatal.

2) En el período, como contrapartida de lo anterior, se produjo una fuerte reducción de la participación en el gasto por parte del sistema estatal. Esta reducción fue mucho mayor en el caso de la modalidad de libre elección estatal.

3) Los usuarios regulares de esta última habrían sido los más perjudicados relativamente respecto del sistema ISAPRES: el *gasto per cápita* en ISAPRES sería 5,5 veces mayor que en el sistema de libre elección estatal y sólo 4,2 veces mayor que en el SNSS.⁴²

Las tendencias destacadas llevaban a concluir que:

Se ha desarrollado una creciente disparidad en el gasto en salud *per cápita* a favor de los afiliados a ISAPRES; dentro del sistema estatal, a favor de los usuarios regulares de los establecimientos SNSS.

[y]

Los efectos redistributivos observados serían, al menos, objeto de atención en su situación actual y de seguimiento en su evolución futura.⁴³

⁴¹ Miranda (1991), p. 67.

⁴² SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud. Véase Miranda (1990), p. 60.

⁴³ Miranda (1990), pp. 64 y 65.

En la misma línea de destacar las disparidades que serían indicativas de inequidad, se observaron los siguientes fenómenos:

- La transferencia de recursos financieros para las municipalidades, de parte del Gobierno, no logró compensar las disparidades de la disponibilidad de recursos en las municipalidades, y en algunos casos incluso las acentuó.

Además, las municipalidades más ricas estuvieron en condiciones de hacer aportes propios para la salud de sus poblaciones, lo que aumentó la disparidad de recursos para salud entre distintas municipalidades.⁴⁴

- La tasa de mortalidad infantil, que en 1987 alcanzaba a 18,6 por 1.000, mostraba diferencias significativas entre las poblaciones de distintos servicios de salud. Por ejemplo, en la propia Región Metropolitana se observaba que en el Servicio de Salud Metropolitano Norte alcanzaba a 33,2 en tanto que en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente era de 7,2 por 1.000. (Se trata, en todo caso, de los dos extremos de la distribución.)⁴⁵

Cabe señalar, sí, como destaca T. Castañeda, que las diferencias entre las máximas y mínimas entre regiones se venían reduciendo significativamente desde 1975 en adelante.⁴⁶

En cuanto a las expectativas de vida al nacer, en tanto en 1987 ésta alcanzaba a 72 años para el total, variaba entre un mínimo de 68,7 años en la Región VIII, a un máximo de 73,3 años en la Región IV.

En resumen, Chile posee un sistema de salud integrado, con importante y creciente participación del sector privado. Tanto la cobertura médica como poblacional se encuentran entre las más altas de la región y brindan gratuidad de atención a la mayoría de la población, según sus necesidades y capacidad económica.

Las inequidades persisten, sin embargo, tanto en el acceso a la salud como entre regiones y municipalidades. Las reformas al sistema de salud de los años 80 hicieron la cobertura prácticamente universal, pero ellas -más por fallas de implementación que por errores de diseño- acentuaron las disparidades entre algunos municipios. El desarrollo del sistema privado de ISAPRES, que permite gran opcionalidad y variedad de beneficios para las persona adscritas, ha sido acompañado de crecientes disparidades entre sus afiliados y aquellos que han permanecido en el sistema estatal.

⁴⁴ Panzer (1989), p. 3.

⁴⁵ "Anuario Estadístico del Ministerio de Salud de Chile".

⁴⁶ Castañeda (1990), p. 162.

México

El sistema de salud mexicano está compuesto por la Seguridad Social, la medicina privada y el sistema estatal. El Cuadro 13 presenta las coberturas de población para cada uno de estos subsistemas y sus componentes.

La seguridad social cubría en 1988 al 55% de la población mexicana, siendo el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) la entidad de mayor cobertura (43,3%). Entre estas entidades el Instituto de Seguridad y

CUADRO N° 15
Coberturas de población en México, 1988

Institución	Población	
	Absoluta	Relativa %
Seguridad Social	45 587 593	55.0
- IMS	35 866 000	43.3
- ISSSTE	7 672 857	9.3
- Otros*	2 048 736	2.5
Población Abierta	28 614 332	34.6
- IMSS-COPLAMAR	10 322 000	12.5
- SSA	18 292 332	22.1
Medicina Privada	3 529 248	4.3
Población con acceso a servicios de salud	77 731 173	93.9
Población sin acceso	5 090 020	6.1

* Incluye Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.

Fuente: IMSS, IMSS-COPLAMAR e ISSSTE. Información proporcionada por las Instituciones PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Medicina Privada. Proyectada por método de mínimos cuadrados a partir de la serie histórica 1970-1985, SPP. y agenda estadística 1986.

SSA/DOPP/DP. Junio 1988.

Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con un 9,3%

ciones por tipo de actividad.

La medicina privada cubría a igual fecha a alrededor del 4,3% de la población. El resto de ella recibe la denominación de población abierta, y es cubierta por el sistema estatal a través de los niveles federal, estadual y local. Cubre alrededor del 35% de la población.

Por último, había en 1988 alrededor de 5,1 millones de personas (o un 6,1% de la población) que carecía completamente de cobertura. Esto se explicaría fundamentalmente por encontrarse dispersas en un gran número de localidades con menos de 2.500 habitantes.⁴⁷

Aparte de estos déficit de cobertura, es necesario señalar que existe una diferencia muy marcada de los niveles de mortalidad infantil entre los distintos Estados de México. Así, en tanto en 1984 en el país ella alcanzaba a 29,16 por 1.000, en el Estado con mayor MINF alcanzaba a 48 por 1.000 y en el de menor, a 10,69 por 1.000.⁴⁸

Otros indicios de disparidades se encuentran en las diferencias en consultas médicas entre población asegurada y población abierta, siendo, en 1988, las primeras 1,8 veces las segundas. En el caso de los egresos hospitalarios, aquellos de la población asegurada eran 2,45 veces los de la población abierta. La relación señalada es para las camas hospitalarias muy homogénea, e incluso favorable a la población abierta en el caso de las unidades de consulta externa, de los consultorios de hospitales y externos, y en los recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico (en 1986).

El cuadro general formado por las coberturas de vacunación y de agua potable y sanitarias, así como la población sin cobertura, muestran deficiencias en el acceso a las atenciones de salud por parte de segmentos importantes de la población. Las diferencias entre Estados para la mortalidad infantil son también un reflejo de estas disparidades. No es claro que las diferencias en tipo de prestaciones entre población asegurada y abierta se inclinen definitivamente en una dirección, por lo que es probable que la mayor parte de las disparidades observadas correspondan mayoritariamente a los grupos poblacionales exentos de cobertura y a las zonas marginales de las grandes urbes.

⁴⁷ OPS (1991), p. 226.

⁴⁸ OPS (1991), p. 221.

Uruguay

El sistema de salud uruguayo es mixto: estatal y privado, y multi-institucional. El sector estatal o subsector oficial está compuesto por el Ministerio de Salud y el Hospital de Clínicas, que cubrían en 1988 a un 28,5% de la población. Las Fuerzas Armadas y Policía y otros cubrían en igual fecha a un 11,5% adicional. El subsector privado cubría en 1988 a un 60% de la población, con las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, mutualistas) cubriendo a un 50,5% y los sanatorios privados y otros de pago directo a un 9,5%.

Aunque la información es fragmentaria, en 1982, según el Ministerio de Salud Pública, existía en Uruguay un 19,9% de la población sin protección institucional de salud, la que alcanzaba a un 29% en las localidades de menos de 10.000 habitantes.

Lo anterior está asociado al hecho de que en Montevideo (con un 44,4% de la población según censo de 1985) las IAMC (mutualistas) cubrían en 1988 al 73,9% de la población, en tanto que en el resto del país sólo al 30,1%.

En términos de la disponibilidad de camas los antecedentes muestran que es mayor por adscrito en el subsector público que en el privado, pero con un mejor rendimiento en el caso de este último subsector.

Las IAMC, siguiendo una larga tradición, otorgan cobertura de medicina integral, incluso medicamentos, teniendo una fuerte expansión en los últimos años, prácticamente duplicando su afiliación entre 1983 y 1987. En la actualidad la afiliación es prácticamente obligatoria para los trabajadores del sector privado, y normas recientes subsidian la afiliación de los trabajadores del Estado en, a lo menos, un 50% de su cuota de afiliación a dichas instituciones.⁴⁹ Aunque están sujetos a controles de precio por parte del Estado, han mantenido sus niveles de calidad asistencial, superando a los del decreciente aparato estatal.

Así como se destacan las deficiencias de cobertura poblacional total, las disparidades entre la ciudad capital y el resto del país y las diferencias entre subsector privado y estatal, también deben señalarse las disparidades observadas en la mortalidad infantil (MENF) entre el Ministerio, mutuales y sanatorios.⁵⁰ En tanto en 1987 la MINF total alcanzaba a 23,8 por mil, era de 34 por mil en el Ministerio y de 12,7 en las mutuales. En ambos casos

⁴⁹ Bonilla (1990), pp. 51 a 54.

⁵⁰ OPS (1991), p. 314.

no se evidenciaban diferencias entre Montevideo y el interior, en tanto que sí para los totales se observan disparidades: en Montevideo alcanzaba a 19,9, en tanto en el interior ascendía a 27,9. Esto es probablemente efecto de las deficiencias de cobertura, más pronunciadas en el interior.

En resumen, el sistema uruguayo presenta importantes deficiencias de cobertura, disparidades en los beneficios obtenidos a través del subsector estatal y privado, las que se reflejan en la mortalidad infantil, que evidencia diferencias importantes entre ambos subsectores, y entre Montevideo y el interior del país. El sistema de salud evoluciona hacia una creciente participación del sector privado, que ya en 1988 cubría al 60% de la población.

El recorrido que hemos efectuado nos ha permitido resaltar la persistencia de significativas deficiencias de cobertura de los países de la región.

Con las diferencias entre países que hemos observado en todas las otras dimensiones y que en éstas también se cumplen, se puede concluir que, con la excepción de Cuba y Costa Rica, todos los países analizados presentan disparidades de cobertura médica y de beneficios, para distintas entidades de salud y grupos poblacionales.

Asimismo, y no obstante los progresos en los indicadores de *status* de salud en los últimos 20 años, se observan disparidades importantes entre regiones, zonas geográficas y divisiones de salud al interior de los países. Las zonas rurales son aquellas en que las disparidades son más patentes, pero en algunos países, como Chile y Uruguay, estas diferencias responden más a condiciones socioeconómicas o diferenciales en la calidad de la atención de salud a la que distintos grupos de la población acceden.

En suma, los importantes avances logrados, que son indiscutibles y parecen no haber sido significativamente afectados por la crisis económica de los años 80, dejan un amplio margen para mejoras futuras, en especial en cuanto a abordar las disparidades y progresos en la equidad.

IV. OTROS FACTORES COADYUVANTES

Hemos abordado precedentemente las fuertes diferencias intrarregionales y de la región con respecto a los países desarrollados, en *status* de salud, grado de desarrollo y disponibilidad de recursos para salud. Asimismo, hemos tocado el impacto que la crisis de endeudamiento tuvo sobre el *status* de salud de la población, estableciendo que éste -en el peor de los casos- habría desacelerado tendencias de largo plazo, sin conseguir revertirlas.

Ha sido también objeto de nuestra atención la dimensión de equidad presente en los sistemas de salud de la región, estableciendo que si bien persisten disparidades significativas, en la mayoría de los casos éstas se han ido reduciendo.

También observamos que la década de los 80 ha experimentado cambios importantes en los sistemas de salud de la mayoría de los países de la región. Ya sea para ampliar las coberturas, homogenizar los beneficios a los que accede la población, desarrollar nuevos modelos asistenciales o mejorar la interrelación de los subsectores público y privado. Incluso abrir cauces legales para una creciente inserción del sector privado en el financiamiento y administración de los recursos para salud, amén de su papel tradicional como proveedor directo.

Cabría preguntarse, entonces, *¿cuál es la constelación de factores que presionan para que se busquen soluciones novedosas con urgencia?*

Obtenemos algunas claves para resolver esta interrogante, de parte del Dr. Carlyle Guerra de Macedo⁵¹ cuando señala:

En América Latina y el Caribe se está viviendo una época de crisis profunda. No sólo por los efectos de la situación económico-financiera y su principal exponente, la deuda externa, sino fundamentalmente por la crisis operada en los modelos de desarrollo planteados en décadas anteriores. Aun en las épocas de desarrollo sostenido y continuo, no puede solucionarse el problema de la equidad en la distribución de la riqueza (...)

La crisis a escala nacional afecta la viabilidad de sostener los procesos democráticos.

(...) el sector (salud) no escapó a este esquema general: la centralización, la extensión de la burocracia, la ineficacia e ineficiencia y, en última instancia, el desconocimiento de las reales necesidades de nuestras poblaciones en materia de salud, han sido constantes en nuestro continente.

Si bien no se dispone de datos precisos que sustenten científicamente esta presunción, estimaciones muy ajustadas indicarían que entre el 25% y el 30% de los recursos que administra el sector salud constituyen un ineficiente despilfarro, incompatible con la crisis que vivimos.

¡Hay que cambiar!

⁵¹ Guerra de Macedo (1990), p. 12.

En la misma línea de argumentación (y en igual oportunidad y foro), el Sr. Juan Carlos Tedesco, Director de UNESCO/OREALC, señalaba:

Actualmente existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de introducir fórmulas de descentralización y desconcentración de las políticas regionales.

Desde este punto de vista, el análisis de los procesos de descentralización que vive América Latina y de sus perspectivas futuras, no puede efectuarse al margen de las dos principales características que afectan el actual desarrollo social de la región: la democratización de los sistemas políticos por un lado, y la crisis económica asociada al alto endeudamiento externo, por el otro.

Estas características plantean, a su vez, los desafíos centrales que enfrentan las políticas sociales: la crisis económica obliga a incrementar sustancialmente la eficacia y la eficiencia, mientras que la democratización nos presenta el reto impostergable de la equidad.

La disminución de los recursos globales

Hemos dedicado parte importante de la Sección II al análisis de la disponibilidad de recursos y efectos de la crisis, por lo que no abundaremos aquí adicionalmente. Basta con recordar que, efectivamente, a mediados de la década de los 80, y como consecuencia de la crisis y los procesos de ajuste subsecuentes, los países de la región experimentaron fuertes reducciones del producto *per cápita*; junto con observarse un flujo de capitales positivo hacia el exterior de la región, en la mayoría de los países aumentó adicionalmente la deuda externa; y esto último presionó nuevamente incrementando la carga de intereses.

No obstante lo anterior, hacia finales de los 80 comenzaban a recuperarse las tasas de crecimiento, el producto *per cápita* y en algunos países los niveles de precrisis.

Los comienzos de la década de los 90 se muestran notoriamente más benignos que la década anterior en cuanto a la disponibilidad de recursos globales, lo que permitiría centrar la discusión en los problemas de equidad pendientes.

Problemas de eficiencia

La eficiencia de los sistemas de salud dice relación con su capacidad para generar el máximo bienestar con los recursos disponibles. La eficiencia productiva se refiere a maximizar toda la gama de bienes y servicios susceptibles de ser producidos con una cantidad dada de recursos, y presupone eficacia fecunda. La eficiencia global se alcanza cuando, en definitiva, los consumidores deciden cuál de las alternativas de producción hace máximo su bienestar.⁵²

Así, los problemas de eficiencia comprenden tanto aspectos de eficacia, organización y administración de las unidades productivas como mecanismos de interrelación, coordinación y compatibilización entre ellas. Es usual referirse a éstos como *fenómenos microeconómicos*. También comprenden *fenómenos macroeconómicos*, que tienen que ver con la asignación de recursos para salud, con la coordinación del sector salud y el resto de los sectores productivos, con el bienestar colectivo y el rol del Estado.

Abordaremos el análisis de los problemas de eficiencia según su naturaleza micro o macro. La información disponible no permite un análisis exhaustivo, razón por la cual nos limitaremos a identificar el tipo de problema y a señalar la referencia empírica en los casos que ésta esté disponible.

Eficiencia micro

1. *Enfoque o líneas de producción de salud*: Los países debieran organizar la producción de salud en proporciones de atención primaria, secundaria y terciaria, que rindan la máxima eficacia productiva. Esta mezcla está en buena medida determinada por los perfiles epidemiológicos, condición socioeconómica de la población y grupos de mayor riesgo o pobreza. Dadas las características de estas variables, algunos países de la región debieran enfatizar la atención primaria. Pero para otros -aquellos con elevado *status* de salud y en transición epidemiológica- necesariamente deberán reforzar los niveles de atención secundarios y terciarios.

En la práctica, en la década de los 80 se enfatizó la atención primaria en toda la región, pero la evidencia indica que no todos los países hayan

⁵² Seguimos aquí a Gill (1976). La eficiencia productiva permite configurar lo que se denomina "curva de transformación", o "curva de posibilidades de producción". Cuando los consumidores eligen cuál de los puntos de aquella maximiza su bienestar, tenemos eficiencia global.

ajustado sus estrategias, evolucionando al reforzamiento de sus niveles secundarios y terciarios. A medida que efectúen esto último, mejorarán su eficiencia productiva.

2. *Organización de la atención de salud:* Varios de los países de la región otorgan gratuidad de salud, en tanto la mayoría tiene sistemas de recuperación de costos que implican copagos muy reducidos. Esto se traduce en exceso de demanda, pagos en la forma de tiempos de espera y el establecimiento de variadas formas de racionamiento (por ejemplo, listas de espera, -postergación de la atención-, derivación hacia otros establecimientos, etc.). Desgraciadamente, estas formas de racionamiento rara vez logran garantizar que alcancen atención de salud de calidad y oportuna los que la requieren en forma más urgente. Así, todos terminan pagando en tiempo, y los más necesitados pagan más tiempo del que debieran. Esto es, fallan los mecanismos de selección y discriminación médicas, con pérdidas evidentes de eficiencia.

Relacionado con lo anterior, la coordinación entre los niveles de complejidad de atención es deficiente en la mayoría de los casos. Existen fallas manifiestas en capacidad resolutive y en los sistemas de referencia y contrarreferencia. Así, al margen de las consideraciones técnico-productivas, la atención deja de estar ajustada a la complejidad de la necesidad (que sería lo que compatibilizaría necesidad con producción) y responde más a la presión, ubicación geográfica, oportunidad, etc. Asimismo, en estas fallas de coordinación se producen considerables pérdidas: por ejemplo, la persona derivada a un especialista debe entrar a una lista de espera que no guarda relación con la gravedad de su enfermedad; el examen solicitado puede tomar largo tiempo, y cuando finalmente está disponible, el paciente ya superó su episodio (o derivó en urgencia u hospitalización), etc.

3. *Coordinación entre niveles de atención:* Ya hemos hecho referencia a esto en el punto 2. Pero se trata de definir niveles de complejidad y mecanismos de derivación, conformando un sistema que es conocido como "esquema planetario", cuyo objetivo es que los pacientes sean atendidos según el tipo y severidad de su enfermedad, y que dicha atención sea eficaz.

Aun aquellos países de la región que muestran sistemas de salud de cobertura nacional (Costa Rica, Cuba, Chile) presentan importantes deficiencias en este aspecto.

4. *Organización de la producción y calidad:* Incluso en esta tarea que es netamente técnica se presentan deficiencias serias. En la mayoría de los países la rotación de las camas hospitalarias es inferior en el sector público que en el privado. Fenómeno que se explica más por la forma en que se distribuyen las camas y asigna su uso que con la condición socio-económica de las personas. Está asociado también a desequilibrios de factores productivos, o carencias de insumos necesarios en la oportunidad: así, el paciente debe hospitalizarse con anticipación y "esperar" la disponibilidad de examen de rayos X.

Las proporciones de recursos humanos en la producción es también fuente de ineficiencia productiva. Es conocida la tendencia a disminuir, por ejemplo, la razón de enfermeras a médicos, superando estos últimos a las primeras, cuando los equipos de salud técnicamente debieran conformarse con predominio de enfermeras.

Sin pretender agotar el tema, en la mayoría de los casos, por ejemplo, no es motivo de preocupación el análisis de la proporción óptima de fármacos, cirugía y consultas médicas. Tampoco lo es en general y la determinación del beneficio social de distintas técnicas quirúrgicas, y el empleo de diferentes alternativas tecnológicas.

5. *Optimización del nivel tecnológico:* Ya introducido en el punto 4 precedente, la decisión sobre la tecnología a emplear responde en muchos casos más a la disponibilidad de recursos que a una evaluación de rentabilidad social de la inversión. Así, no es extraño encontrar superposición de niveles tecnológicos muy dispares en un mismo establecimiento que "desequilibra" la producción y cuya eficacia no ha sido convenientemente evaluada.

En este aspecto seguramente pesan consideraciones técnicas, cuyo juicio tiende a favorecer a la tecnología "de punta". Pero ésta, amén de los desequilibrios señalados, debido a los costos de inversión y operación, reduce adicionalmente la posibilidad de lograr niveles tecnológicos promedios que rindan mayor eficacia y eficiencia productivas.

6. *Incentivos en la producción y en el consumo:* Los incentivos -pecuniarios y no pecuniarios- juegan un rol determinante al estimular la eficiencia productiva y el consumo adecuado. En el caso de los productores, establecer incentivos para el logro de metas programáticas, por rendimiento, por indicadores biomédicos, etc., guía a las entidades en la dirección deseada en términos de procesos y resultados.

En el caso de las personas, establecer incentivos para lograr el consumo necesario de atenciones de salud es crucial para el logro de las metas de salud y para evitar sobreconsumo. En algunos casos el establecimiento de copagos moderados para los más pudientes persigue evitar los abusos y excesos. En otros casos, cuando lo que se observa es subconsumo, podría ser necesario "pagar" de alguna forma a las personas.⁵³

El establecimiento de copagos en los sistemas de salud de la región tiene ya antigua data.⁵⁴ Aunque no está claro que los precios de las atenciones de salud estén adecuadamente fijados, ni que la recuperación de costos así lograda genere alguna forma de beneficio para las entidades recaudadoras.

En cuanto a estimular la producción, los sistemas de salarios, y en forma más general de retribución al recurso humano, presentan gran diversidad, así como difieren entre tipos de profesionales (v. gr., los médicos son remunerados generalmente vía pago por servicios, en tanto el resto del personal de salud lo es vía salarios). En todo caso, existen fuertes diferencias salariales entre el sector público de salud y el privado, lo que permitiría conjeturar que los estímulos pecuniarios operarían con mayor fuerza en este último.

7. Capacidad gerencial en salud: En el pasado, y fuertemente asociado con la centralización y burocratización de las entidades, la capacidad gerencial no fue un valor exaltado en los sistemas de salud de la región. Los enfoques de planificación y programación centralizada tampoco contribuyeron a destacar esta capacidad: El énfasis se centraba en el planificador y no en el administrador o gerente. Hoy, por el contrario, así como se reconoce la necesidad de entidades con mayor flexibilidad y adaptabilidad, se advierte la carencia extrema de capacidad gerencial. Esta es crucial para la optimización del uso de los recursos y para mejorar la *eficacia* en el uso de dichos recursos.⁵⁵

Los países de América Latina y el Caribe recorren hoy, con 30 años de desfase, la profesionalización de la administración de salud.⁵⁶ El desa-

⁵³ Esto es particularmente importante en aquellas atenciones de salud con externalidades positivas, como son las vacunas. Pero también puede "pagarse" a la madre con leche para alimentar a su hijo, a cambio de su asistencia a control posembarazo, por ejemplo.

⁵⁴ Véase Márquez, P. (1990).

⁵⁵ OPS (1988), pp. 167 y 168.

⁵⁶ Filerman, G. (1990).

rrrollo de ésta en América Latina ha mostrado tres fases: La *administración salubrista* centrada en las escuelas de salud pública de la región a partir de los años 20, en que lo administrativo era un área marginal del currículo, enseñado por docentes médicos que habían adquirido sus conocimientos empíricamente. Una segunda etapa se inicia en la década del 70, a iniciativa de la OPS y con financiamiento de la Fundación Kellogg, de *profesionalización de la administración de salud*. Aquí, la formación resulta de la incidencia sobre el alumno de equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud y administradores. Se lograron avances importantes en la tecnificación del área profesional, así como la creación de un espacio reducido. A fines de los 80 se comienzan a crear las condiciones para la formación de *gerentes de salud*, que resultan de la capacitación por parte de profesores que han integrado las ciencias de la salud y las económico-administrativas, adaptando los métodos y técnicas de estas últimas a las peculiaridades del fenómeno de salud.⁵⁷

El reconocimiento universal actual, y los desarrollos en las entidades formadoras de capacidad gerencial que se anotan, son señas de que se cuenta con recursos para llevar adelante una tarea que recién comienza y para la cual el camino estaría despejado.

Eficiencia macro

Se señalan a continuación los siguientes componentes principales:

1. *Definición de la mezcla de producción de salud, en términos de acciones de prevención y recuperación*: El énfasis tradicional se ha puesto en las acciones de recuperación de la salud, o curativas. Ello ha guardado estrecha relación en el caso de los sistemas públicos, con el abordamiento de los problemas de salud según sus urgencias, y la prevención presupone una actitud proactiva, cuyos efectos no son, por lo demás, inmediatos en una mayoría de casos. Las entidades privadas, por su parte, privilegian la acción curativa también porque, dados los incentivos establecidos, es más rentable.

Aunque se han hecho avances notables en la dirección de enfatizar la prevención, los indicadores de cobertura de servicios de salud básicos muestran las brechas existentes. Igual y más grave situación muestran las acciones de protección del medio ambiente, de educación en salud, detección

⁵⁷ Yepes (1990), pp. 1 a 4.

precoz de enfermedades, de consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros elementos dañinos para la salud.

2. *Conformación de sistemas de salud*: Que los distintos agentes de la producción de salud sean parte de un todo orgánico e integrado, donde existan ámbitos de acción para las entidades públicas y no estatales.

Este factor es necesario, debido a las imperfecciones del mercado de la salud, que de otro modo podrían generar desajustes entre demandas y ofertas. No es menos cierto que la planificación también ha generado frecuentes desajustes, lo que es una de las razones por las cuales ésta está siendo reemplazada progresivamente por enfoques más flexibles y dinámicos.⁵⁸

Pocos países de la región han logrado conformar sistemas integrales y armónicos, destacando notablemente Costa Rica, Cuba y Chile. Estos tres países tienen sistemas de salud apropiados desde hace por lo menos 30 años. Brasil y Argentina se encuentran empeñados en reformas globales de sus sistemas, pero son experiencias en desarrollo. Los programas de seguridad social⁵⁹ en salud son más extendidos en la región, pero su cobertura varía considerablemente de país en país, con las disparidades ya anotadas anteriormente. La tónica de éstos es su descoordinación con respecto al resto de los subsistemas (típicamente el subsistema público o estatal, y privado o entidades no estatales).

Además de sus efectos sobre la equidad, la ausencia de coordinación e integración conlleva duplicaciones, "desequilibrios" extremos, bajas tasas de utilización, reducidos rendimientos, etc.

3. *Financiamiento global para salud*: Esta es una decisión de la sociedad que busca determinar qué porción de sus recursos destinará a mantener y mejorar su *status* de salud. Ya sea que éste se perciba como un componente del bienestar y calidad de vida o, más aún, como un factor que refleja la mantención y aumento de la capacidad productiva de la fuerza de trabajo y la población en general, se trata de un componente macro que condiciona la eficiencia global de la sociedad. Esto es, tiene que ver con la mezcla de bienes que la sociedad decide producir y consumir, afectando su nivel de bienestar.

⁵⁸ OPS (1988) pp. 164 y 165.

⁵⁹ Márquez (1990), p. 6.

El análisis realizado en la Sección II mostró que una gran mayoría de los países de la región está destinando una proporción anormalmente baja de su producto a salud, afectando por tanto la eficiencia global.

4. *Adecuados mecanismos de transferencia de recursos*: Los recursos y financiamiento para salud son transferidos mediante mecanismos variados. A vía de ejemplo, los proveedores de salud (hospitales, laboratorios, profesionales de la salud en su ejercicio privado) son retribuidos en forma presupuestaria, por prestación de salud (*fee-for-service*), por logro de metas de salud, etc. Estos diversos mecanismos generarán estímulos distintos, según sus características y modalidades de pago, que incidirán críticamente en la eficiencia productiva y en equidad.

Algunos de los fenómenos influidos por estos mecanismos son:

Producción de lo que las personas necesitan y con las características deseadas (cualidades, cantidad, oportunidad, accesibilidad, etc.). La literatura es abundante para señalar que, en ausencia de mecanismos adecuados, podrían predominar las condiciones del productor antes que las de las personas. En el extremo será necesaria una preocupación especial por las diferencias entre necesidades y demanda. Esta última sólo considera las necesidades solventables por el individuo.

Será un punto crítico de estos mecanismos el empleo de "señales" orientadoras de la producción. En el mercado ellos son los precios, pero en los sistemas públicos es también necesario establecer al menos unidades de cuenta o relaciones de costo.

- Un mecanismo de transferencia de recursos adecuado necesariamente deberá incorporar transferencias de los ricos a los pobres: esto es, subsidios. De esta forma es posible garantizar la satisfacción de las necesidades de salud que la sociedad ha estimado básicas. Pero los subsidios deben ser directos y cumplir un conjunto de condiciones para garantizar eficiencia global.⁶⁰
- Los subsidios deben orientarse hacia los grupos de mayor riesgo o pobreza.

Los mecanismos de transferencia de recursos son tal vez una de las dimensiones más críticas de la eficiencia de los sistemas de salud de la región. Las transferencias se efectúan, en la gran mayoría de los casos, en

⁶⁰ Miranda, (1991b).

forma presupuestaria retrospectiva, y como complemento, los pagos a proveedores insertos fuera del sistema son mayoritariamente a través del pago por servicios prestados (*fee-for-service*). El primero genera incentivos perversos promoviendo un exceso de calidad (muchas acciones de salud a un mismo paciente) y una cobertura poblacional subóptima. El segundo incentiva el sobreconsumo y un exceso de gastos. En tanto no se garantice que ambos mecanismos sean complementados con una amplia gama de proveedores, de modo que las personas puedan ejercer su opción de elegir, la calidad y humanidad de la atención no estarán garantizadas.

5. Rol del Estado. Históricamente el Estado ha jugado en la región un rol importante en el proceso de financiamiento, administración de beneficios y provisión directa de salud. Ello guardó estrecha relación con el subdesarrollo y los arreglos institucionales de cada país.

La acción directa del Estado ha respondido tanto a incapacidades del sector privado para resolver los problemas de salud como a concepciones ideológicas sobre el rol del Estado en la sociedad. Estas condicionantes y motivaciones están experimentando una acelerada dinámica en el presente, por lo que concentraremos nuestra atención en las funciones más permanentes del Estado en salud.

El Estado define la normativa legal y reglamentaria para el desenvolvimiento de los agentes, preocupándose también de observar y sancionar su cumplimiento. Define también los ámbitos de acción y las reglas de juego. En su rol de observar y sancionar efectúa un seguimiento más o menos estrecho del accionar de los agentes, estableciéndose entidades fiscalizadoras para los sistemas y características consideradas más críticas.

Sin restar importancia a los roles antes señalados -y respecto de los cuales es posible formarse un juicio a la luz de la conformación de sistemas de salud integrales y mecanismos de transferencia de recursos-⁶¹ dos roles del Estado son especialmente críticos para el logro de eficiencia global: las políticas y medidas redistributivas y las acciones para mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores de salud.

Las políticas y medidas redistributivas implementadas por el Estado están fundamentalmente orientadas a lograr equidad. Al mismo tiempo, permitiendo la satisfacción de las necesidades de salud de los más pobres a costa del resto de la población, bajo supuestos normales de las funciones

⁶¹ Véase para Argentina a Katz y Muñoz (1988) partes III y V; Brasil, a Cézár Medici (1987), pp. 588 a 596; Chile, a Miranda (1991), partes II y III.

de utilidad de las personas, permite que se aumente la función de bienestar social. Esto es, logra aumentar la eficiencia global de los recursos.⁶² Hemos dedicado la Sección III a analizar las disparidades todavía presentes en los países de la región, que son indicativas de inequidad. Las deficiencias de cobertura son indicativas de la incapacidad del Estado para garantizar los mínimos aceptables según los cánones actuales.

En cuanto a las acciones para mejorar la capacidad de negociación, éstas se refieren al rol del Estado en la reducción de la asimetría de información existente en salud y al empleo de su capacidad monopsonica en el mercado del trabajo para compensar la capacidad de manejo de la demanda por parte de los proveedores de salud. Ello le permite establecer metas de ingresos para los proveedores, hacer acuerdos de precios, aumentar el consumo y, en definitiva, provocar aumentos en los costos en salud.

Las acciones para lograr simetría en la información han sido infrecuentes. En el caso del subsector público, esta dimensión sería menos crítica. No obstante, cuando la provisión de atenciones de salud es efectuada por entidades no estatales, es crucial. La fijación por parte del gobierno de listados de prestaciones, cuyo valor sea conocido por las personas, es más bien la excepción que la norma: destacan los casos de Argentina, Brasil, Chile, Canadá y Estados Unidos.⁶³

Las acciones para compensar la capacidad de aumentar los costos por parte de los proveedores han sido también reducidas, y en un buen número de esos casos poco efectivas. Sólo en ocasión de las remuneraciones pagadas en las entidades gubernamentales éstas han sido contenidas a niveles del resto del sector público. Pero aun en estas oportunidades, inadecuados controles impiden que se efectúen ajustes por calidad o cantidad que implican aumentos de costos. Estos efectos son particularmente agudos cuando el costo de oportunidad de los proveedores es superior fuera del sistema, lo que además genera ineficacia e ineficiencia por incentivos insuficientes.

Esta somera revisión de los problemas de eficiencia que se observa en los sistemas de salud de la región da sustento analítico a las estimaciones del Director General de OPS, Dr. Guerra de Macedo: Entre un 25 y 30% de los recursos que administra el sector salud constituiría despilfarro.

⁶² Esto podría entenderse como un argumento en favor de políticas de igualdad total. El punto central de éstos son los costos que hay que pagar por ello, dadas las motivaciones reales de las personas y los incentivos necesarios para inducir su creatividad y dinamismo.

⁶³ Márquez (1990), pp. 23 y 24.

Creciente urbanización

El proceso de migración urbano-rural en la región es de antigua data, suficientemente documentado y conocido.

La creciente urbanización de las poblaciones es una característica universal del desarrollo. Pero ello adquirió caracteres extraordinarios en América Latina a partir de los años 50, con tasas de urbanización más elevadas que en ninguna otra región del mundo. Junto con aumentar la población en ciudades, también se ha observado una excesiva concentración en pocos centros urbanos, generalmente la ciudad capital.

Así,

La urbanización acelerada ... ha creado un patrón de crecimiento de las grandes ciudades y áreas urbanas que las rodean, las cuales no sólo se han desarrollado de manera caótica, sino además la organización de las mismas depende de un mosaico de administraciones e instituciones poco coordinadas y frecuentemente ineficientes.⁶⁴

El acelerado proceso de urbanización, con fuerte concentración en grandes centros urbanos, ha resultado entonces en problemas de hacinamiento, agudas carencias de condiciones sanitarias y ambientales mínimas, así como de vivienda y de la mayoría de los servicios esenciales. Ello ha generado presión creciente sobre los sistemas de atención de salud urbanos, los que en la mayoría de los casos han sido insuficientes para absorber la abultada demanda.

Gradual y persistente cambio de los patrones epidemiológicos

Las reducciones en las tasas de mortalidad, aumentos en la esperanza de vida, los cambios demográficos, cambios en las condiciones de vida, creciente urbanización y, por último, aumento en el nivel de vida de la población, han traído aparejados cambios en los patrones epidemiológicos. Algunos países de la región ya tienen patrones similares a los de los países desarrollados, y un buen número recorre la "transición epidemiológica".

⁶⁴ OPS (1988), p. 17.

La población de los países va envejeciendo, y las morbilidades y causas de muerte están cada vez más asociadas a enfermedades cardiovasculares, tumores y traumas, dejando atrás las enfermedades infecciosas y otras. *Pari pasu*, donde antes bastaban medicamentos de bajo costo, higiene adecuada, por último, escolaridad básica, hoy se requieren tecnologías de gran complejidad y elevado costo. Sin descender los niveles de atención primaria de salud, los niveles de mayor complejidad absorben cada vez una porción creciente del gasto en salud. Esto es, el gasto en salud promedio debe irse incrementado si se desea conservar las ganancias en *status* de salud logradas.

Diversificación de las demandas por atención de salud

Los patrones de consumo general de los grupos poblacionales más pudientes de los países de la región se asemejan cada vez más a aquellos de sus símiles de los países desarrollados. No sólo las personas de más altos ingresos, sino también los profesionales, los comerciantes e industriales medianos y empleados públicos y privados, incluso obreros pertenecientes a sectores de alta productividad, aspiran y perciben como una necesidad la variada gama de productos característicos de la vida moderna. Mayores niveles educacionales, el acceso fácil a medios de comunicación e información y la creciente apertura al comercio internacional son las condicionantes principales para desarrollar estas expectativas.

El letargo de los sistemas de salud tradicionales, sus deficiencias técnicas demasiado evidentes en muchos casos, las incomodidades y falta de amenidades que se encuentran presentes en todos los otros ámbitos, generan tensiones incontenibles. Las necesidades de salud percibidas por los grupos de la población más integrados a la sociedad moderna no encuentran satisfacción en las soluciones tradicionales.

La demanda por atenciones de salud por parte de estos grupos también persigue una provisión de atenciones que se caracterice por libertad de opción, variedad en la tecnología, calidad de la atención y amenidades. También persigue variados arreglos en cuanto a los términos de cobertura de prestaciones, bonificaciones, períodos, etc.

La fuerza de estas tensiones es tal que, a menos que sea limitada por el imperio de la ley, termina rebasando al sistema tradicional, aun a costa de duplicar los gastos.⁶⁵ El problema es simple: las demandas van a

⁶⁵ Son casos característicos de esto el desarrollo de las instituciones de

inducir a los proveedores independientes de salud a responder a dichos requerimientos. Ello no hace más que ampliar un mercado de prestaciones de salud que de una u otra forma, de mayor o menor volumen, ha existido siempre.

El problema en este sentido radica en la equidad de las soluciones: por un lado, permitir que se acentúen las disparidades en salud, que por lo demás no hacen sino reproducir las disparidades existentes en la distribución del ingreso. Por otro lado, la equidad de aplicar a estos segmentos de la población impuestos (contribuciones compulsivas) para salud, en circunstancias que a cambio no emplearán los servicios ofrecidos. Es sabido que si se desea efectuar transferencias de los más pudientes a los menos pudientes es más equitativo hacerlo por la vía de impuestos progresivos a la renta.

La urgencia del cambio resulta así de una conjunción de factores. Los avances logrados en el pasado se muestran insuficientes debido a: persistencia de disparidades en salud; por las crecientes exigencias de soluciones equitativas derivadas de la redemocratización política de los países de la región; por la acelerada urbanización y por el cambio de patrón epidemiológico que requiere emplear soluciones de mayor complejidad y costo.

Los cambios en los patrones de consumo de atenciones de salud también generan tensiones, que terminan por rebasar los sistemas tradicionales de salud, y en definitiva, vuelcan una parte creciente de los recursos sociales hacia el tipo de soluciones buscadas. Estas están, de múltiples maneras, asociadas a una creciente inserción de los subsistemas privados y, en definitiva, al desarrollo de un mercado formal para las atenciones de salud.

Las restricciones históricas de recursos y su reflejo en escaseces, exacerbadas en los años 80 por la crisis de endeudamiento, la que se une a la percepción de fuertes ineficiencias de los sistemas de salud de la región focalizan nuestra atención. Un componente crucial del cambio es la *búsqueda de soluciones eficientes*: optimizar la respuesta a las necesidades de salud de las personas y comunidades, empleando adecuadamente los recursos disponibles.

prepago en Brasil, a partir de los años 60, y las diversas modalidades de atención directa para empleados de empresas chilenas, hasta 1986. En ambos casos se continuaban efectuando las contribuciones compulsivas para salud, a pesar de no emplear el sistema estatal.

Aún más, dadas las restricciones presentes y previsibles para el futuro, junto a las presiones acumuladas y en desarrollo, el logro de soluciones equitativas transita por el camino de la mayor eficiencia. Ella permitiría por sí sola -si aceptamos las estimaciones del Dr. Guerra de Macedo- lograr mejoras equivalentes a incrementar los recursos efectivos para salud entre un 33 y un 43%.⁶⁶ Ella facilitaría convencer a las sociedades de los países -y seguramente a la cooperación internacional también- de que es conveniente y socialmente rentable invertir adicionalmente en salud.

V. PROPUESTAS DE POLÍTICA

Las propuestas que se presentan en esta sección buscan señalar cursos de acción y áreas para abordar la resolución de las insuficiencias de cobertura, inequidades y fallas en la eficiencia, presentes en los sistemas de salud de la región. El objetivo final consiste en la optimización del bienestar en salud de las personas y comunidades.

Se abordan acciones y políticas para mejorar tanto la cobertura como reducir las disparidades y mejorar la eficiencia. Pero es necesario resaltar que dada la restricción de recursos presentes y previsibles para el corto y mediano plazo y la urgencia de las soluciones, el logro de niveles superiores de eficiencia se convierte en un prerequisite para la resolución de los problemas de cobertura y equidad.

La presentación se desarrolla empleando las categorías macro y micro, ya discutidas en la Sección IV, aplicando las propuestas de OPS sobre SILOS y Banco Mundial sobre Reformas al Financiamiento, donde corresponda.⁶⁷

Propuestas macro

Estas comprenden la decisión sobre recursos óptimos para salud: la configuración de sistemas globales de salud; los mecanismos de transferencia de recursos y los roles a desarrollar por el Estado.

⁶⁶ Si la ineficiencia es de 25%, la eficacia permitiría pasar de un 75% efectivo actual a un 100%, esto es, 33% de aumento. Si fuera de 30%, por la misma mecánica el aumento sería de 43%.

⁶⁷ Ambas propuestas son desarrolladas con algún detalle en el Anexo 1.

1. Recursos óptimos para salud

Hemos destacado los grados de desarrollo de los países de la región, observando que las disponibilidades globales de recursos son reducidas, y en el caso de algunos países bastante exiguas. Como regla general, son estos últimos también los que presentan *status* de salud más bajos.

Por otra parte, también observamos que el esfuerzo interno -medido por la participación de la salud en el producto, o la relación *gasto per cápita* en salud a producto *per cápita*- era deficiente en todos aquellos países en que dicha proporción era inferior al 3 o 4%, y probablemente insuficiente en aquellos cuya tasa fluctuaba entre 4 y 5%.

Se podría concluir entonces que en la mayoría de los países será necesario aumentar la asignación de recursos para salud si es que se aspira a mejorar la cobertura y reducir las inequidades. Esto es particularmente necesario para los países cuyo esfuerzo interno actual es insuficiente o aquellos cuyo nivel absoluto de gasto es muy bajo.

La propuesta de reformas al financiamiento de los servicios de salud efectuada por el Banco Mundial aborda estos problemas (ver Anexo 1). En este sentido, las proposiciones para establecer gradualmente *sistemas de recuperación de costos* (cobro de aranceles a los usuarios), de establecimiento de *mecanismos de seguro* que permitan garantizar recursos para la protección contra riesgos de salud, y de *empleo y movilización de recursos no gubernamentales*, apuntan hacia formas factibles y eficientes de reasignación de mayores recursos para el sector. Además, dicha propuesta señala la conveniencia de focalizar los esfuerzos de cobertura y equidad en los grupos poblacionales más pobres y expuestos a mayores riesgos, como forma de asegurar los máximos rendimientos en los aumentos de cobertura y equidad.

2. Configuración de sistemas

Persigue establecer aumentos en la eficiencia productiva, mediante la coordinación e integración de los distintos agentes y niveles de atención.

Asigna roles a las distintas instituciones que compongan el espectro de entidades de salud, tanto en las funciones de generación y captación del financiamiento como administración de beneficios y provisión directa de atenciones de salud. Establece ámbitos de acción y mecanismos de coordinación y de compatibilización de intereses. Regula los caminos o vías para abordar las soluciones, las normas para los agentes e instituciones, y los sistemas de seguimiento y fiscalización.

En esta dirección apuntan las propuestas de los SILOS (ver Anexo 1) y del Banco Mundial, en los aspectos que se señalan a continuación.

Los SILOS, propuesta para la configuración de sistemas locales de salud, ponen mayormente el énfasis en el nivel local o micro. Pero los sistemas locales se entienden como parte de sistemas más globales -para lo cual la proposición contempla adecuadas instancias de coordinación-, pero además se propone que el papel normativo, orientador y fiscalizador del nivel central sea reforzado, y todos los SILOS convenientemente articulados. Permite, asimismo, espacio para la acción de entidades no estatales que actúen en coordinación con las entidades públicas.

La propuesta Banco Mundial se aplicaría en lo referente a la movilización de recursos no gubernamentales, en la medida que involucra establecer ámbitos para la acción de entidades no estatales. Pero al mismo tiempo destaca el rol del Estado en cuanto a las funciones normativas y de fiscalización, así como de certificación de proveedores.

3. Mecanismos de transferencia de recursos eficientes.

El establecimiento de mecanismos que transfieren recursos en forma eficiente entre los agentes captadores de financiamiento y aquellos proveedores de atenciones de salud, ya sean gubernamentales descentralizados o no gubernamentales, persigue:

- Inducir aumentos en la movilización de recursos para el sector.
 - Asignar en forma eficiente los recursos captados; producir con eficiencia para satisfacer las necesidades de las personas.
- Establecer incentivos adecuados para que la captación de financiamiento sea maximizada, y el empleo optimizado de dichos recursos.

Las propuestas Banco Mundial no comprenden esta dimensión íntegramente, aunque sí algunos de sus componentes. La generación de recursos adicionales por la vía de recuperación de costos y establecimiento de aranceles contempla sugerencias de cómo incentivar a los agentes cobradores a maximizar su gestión. Asimismo, la movilización de recursos no gubernamentales incide directamente en la canalización de recursos adicionales para el sector.

Los ámbitos que propone generar para las entidades no gubernamentales persiguen reconocer la presencia de éstas y su contribución a la producción de atenciones de salud en forma eficaz.

La descentralización de los servicios de salud gubernamentales persigue aumentar la eficiencia en el uso de los recursos. Con mayor nitidez aún, la concentración de los servicios gubernamentales en las acciones de índole preventiva y en las atenciones para los pobres es una división del trabajo que aprovecha las ventajas comparativas de los sectores gubernamental y no gubernamental, con aumentos de eficiencia.

4. Roles para el Estado en salud

Además de las funciones normativas, supervisora y de control que le son propias y universales, el Estado podría o no tener una acción determinante en la producción de salud: captación del financiamiento y/o administración de beneficios y/o provisión directa de atenciones de salud. Cada vez con mayor fuerza serán consideraciones pragmáticas de beneficio social neto las que determinarán dicha participación.

A medida que se generan ámbitos más amplios para la acción de las entidades no gubernamentales, dos roles del Estado probablemente adquirirán creciente importancia:

- *Políticas redistributivas tendientes a generar mayor cobertura y equidad:* consisten básicamente en el empleo de acciones del Estado para transferir recursos desde los ricos a los pobres. Ya se ha señalado que la vía tributaria constituye la más eficiente para obtener los recursos para estos fines, y que los subsidios directos son la forma más eficiente de transferencia.

Estos subsidios podrían ser a la oferta (cuando los recursos se transfieren directamente al proveedor) o a la demanda (cuando los recursos son transferidos al beneficiario). Ello obedecerá a consideraciones prácticas, con debido cuidado de los incentivos que se generen y las vías de filtración.

- *Acciones para mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores:* Estas persiguen contrabalancear la capacidad intrínseca de negociación de los proveedores de salud, debido a las asimetrías de información y el poder de manejo de la demanda y presiones para aumentar el gasto. En cuanto a *información*: Educación en salud a las personas; generación de mecanismos para informar al consumidor sobre procesos, resultados y alternativas; establecimiento de mecanismos de agentes informados, segundas opiniones u otros, etc.

En cuanto al *poder de manejo de la demanda y efecto en los costos*: En el caso de financiamiento estatal, pago por resultados y/o asignaciones

presupuestarias prospectivas según resultados; propender a la formación de estructuras de mercado no competitivas en salud; incluso podría pensarse en la mantención de capacidad productiva estatal, la que de todos modos será necesaria en la región- y su apertura a las personas adscritas al ámbito no gubernamental, con fines "disuasivos" y de último recurso.

La proposición Banco Mundial tiene como eje la liberación de recursos gubernamentales hoy día empleados en grupos de la población que están en condiciones y dispuestos a pagar por las atenciones de salud que reciben, con el objeto de focalizarlos en los grupos más pobres y vulnerables, tanto en atención preventiva como curativa. Asimismo, cubrir los costos catastróficos para la totalidad de la población. De modo que el énfasis redistributivo y búsqueda de equidad es explícito.

Por otra parte, también destaca la necesidad de información por parte del gobierno respecto de las alternativas no gubernamentales cuyo ámbito se establece.

En cuanto a la propuesta SILOS, es un elemento central de sus objetivos el maximizar la equidad, destacándose su descanso en soluciones con hegemonía gubernamental. Se entiende que el Estado juega un rol predominante en la producción de salud, y las transferencias de recursos se concentran en organismos del Estado.

Aspectos importantes de la participación comunitaria enfatizan el conocimiento de las soluciones a sus necesidades de salud, aunque descansando preferentemente en los equipos de salud en su calidad técnico-profesional.

Propuesta micro

Abordaremos aquellas acciones y mecanismos que inciden en el rendimiento y eficiencia productiva de los sistemas de salud, a la vez de afectar directa e indirectamente en la cobertura y equidad.

1. Definición de estrategias de atención

Según los perfiles epidemiológicos, condición socioeconómica y riesgos específicos de la población beneficiaria, definir estrategias de resolución de las necesidades de salud que sean efectivas y que maximicen la eficiencia productiva. Significa que se ajustarán las producciones de

atenciones a las necesidades, procurando que se empleen en cada caso los recursos de mayor efectividad según su costo. De aquí se derivarán programas de atención para riesgos específicos, edades, sexos, como también decisiones respecto del énfasis relativo en acciones preventivas y curativas. Por último, sin pretender agotar el tema, la mezcla de acciones de salud de distinta complejidad tecnológica que optimice la efectividad para una disponibilidad dada de recursos.

En la propuesta SILOS encontramos una definición estricta de estrategia de atención, que se focaliza en la atención primaria: ésta se visualiza como la estrategia para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. Cabe notar, sin embargo, que dicha propuesta es parcialmente válida para los países de la región, debido a las diferencias en *status* de salud y perfiles epidemiológicos: son muy distintas las situaciones de países como Argentina y Uruguay, por un lado, y Haití u Honduras, por el otro.

La propuesta Banco Mundial también es explícita al respecto, pero con un corte distinto. Su propuesta de estrategia de atención distingue entre atención preventiva y curativa. La primera tendría externalidades y características de bien público, por lo cual permanecería dentro de la responsabilidad gubernamental para toda la población, en tanto la segunda tendría características de un bien privado, y la responsabilidad gubernamental a su respecto se restringiría a los grupos de menores ingresos. Un tercer grupo de atenciones que se distingue es el de las enfermedades que generan gastos catastróficos, respecto de las cuales la responsabilidad del Estado (o vía seguros obligatorios) se extendería también a la totalidad de la población.

2. Coordinación entre niveles de complejidad y establecimientos

Persigue lograr que la atención integral de las personas, cuyos episodios de enfermedad más complejos y severos requieran acceder a distintos establecimientos y niveles de complejidad, sea convenientemente organizada a fin de que se logre una atención de calidad y humana, con un mínimo de pérdida de recursos.

Un primer aspecto de este fenómeno son los *sistemas de derivación* o de referencia y contrarreferencia. Estos deben establecer los canales de resolución para distintas etapas del diagnóstico y tratamiento; los establecimientos de referencia; las fuentes de información y registro (la ficha clínica es sólo uno de éstos) y su flujo entre servicios y establecimientos; sistemas de registro para todo el proceso; agentes y establecimientos de seguimiento y altas.

Un aspecto relacionado es la responsabilidad por el paciente, en tanto éste transita por las distintas etapas de su episodio mórbido.

La proposición Banco Mundial no toca directamente estos aspectos, en cambio la proposición SILOS la aborda indirectamente. Pero se podría sostener que el pensamiento contemporáneo es unánime en cuanto a la conveniencia de la definición de estos mecanismos de coordinación.

3. Mejoras en la organización de la producción y calidad

Se trata de efectuar un análisis de ingeniería industrial de las formas de producción con el fin de optimizar los rendimientos, primero, y luego establecer las formas menos onerosas de obtener iguales resultados.

Es importante tener presente a este respecto que las ineficiencias señaladas en este caso tienen más que ver con factores cultural-organizacionales que con restricciones tecnológicas, por lo que necesariamente las soluciones deberán involucrar, hacer partícipes y comprometer a los profesionales de la salud. La aproximación puede ser por la vía de ingeniería médica, que ha sido el camino explorado en el pasado, y más recientemente mediante el enfoque de *calidad total en salud*.⁶⁸ Las mejoras logradas en rotación de todo tipo de equipos, en reducción de pérdidas, en menores traumas de ancianos hospitalizados, y prácticamente en todos los problemas enfrentados, han sido notables. No está de más señalar que estos avances han sido motivados, en medida importante, por la imposibilidad de traspasar costos derivados de formas de pago-transferencia de recursos basados en resultados y no en pagos por servicios.

4. Mejoras a la atención de salud

Básicamente referidas a la atención otorgada en los establecimientos estatales, pero también en aquellos de la Seguridad Social que cuentan con reducidos copagos o gratuidad total. Tres tipos de medidas pueden tener gran impacto:

- 4.1. Establecer sistemas de *screening* rápidos, que permitan discriminar con una confiabilidad razonables que serán las prioridades de atención definidas por la naturaleza de la morbilidad y su severidad. Esto

⁶⁸ El enfoque de la calidad total en salud ha logrado resultados notables en Canadá, España, Francia y Estados Unidos. Véase, por ejemplo, a Anderson (1991).

- permite realmente priorizar por necesidad antes que por orden de llegada.
- 4.2. Dotar a los establecimientos de *capacidad resolutiva* acorde con las morbilidades tratadas y su perniciosidad. Esto logra efectividad en la atención de salud apuntada, reduciendo las pérdidas por inaccesibilidad de las atenciones complementarias o retrasos que degeneren en estados agudos. Esta resolutividad propia se complementa con:
 - 4.3. Adecuados sistemas de derivación y seguimiento de los pacientes.

El conjunto de estas medidas permitiría mejorar la calidad de las atenciones y reducir los costos ocultos en tiempos de espera y sufrimiento.

5. Definir una política de desarrollo tecnológico

Consiste en la definición del nivel tecnológico objetivo para el sector salud, especialmente para la producción estatal de salud. Significa establecer la tecnología predominante; los sectores "de punta"; la tasa de incorporación de los avances tecnológicos; podría también comprender esfuerzos nacionales por explorar tecnologías acordes con las disponibilidades propias de factores productivos, y las condiciones socioeconómicas de las personas y comunidades atendidas.⁶⁹

Podría ser también de interés al menos efectuar un seguimiento del avance tecnológico de las entidades privadas, u otras que por cualquier vía obtengan su financiamiento de sistemas de seguros, o más crítico aún, del Estado. Una vez que el equipo o la capacitación con tecnología avanzada está instalado, generará de todos modos gastos operacionales y se abrirá camino para ser utilizado. Y los recursos disponibles para salud serán adicionalmente mermados, en desmedro de la resolución de morbilidad más simple, pero de mayor incidencia, reduciendo así la equidad.

6. Establecimiento de incentivos en la producción y en el consumo

Es necesario identificar las motivaciones de los proveedores y consumidores, a fin de establecer estímulos para orientar las acciones en la dirección deseada.

⁶⁹ A modo de ejemplo, la tecnología moderna tiende a reducir los día-cama empleados y acortar la convalecencia, pero a un costo considerable. ¿Podríamos sostener que ésa es la solución óptima para un trabajador desempleado, o para una persona que vive en condiciones disminuidas o que carece en su hogar de condiciones higiénicas mínimas?

Los estímulos pecuniarios son una forma universal de incentivo, pero es necesario observar que en la cultura organizacional del sector juegan un papel importante otros valores: hacer el bien a través de su arte; el avance del conocimiento en salud y también en otras esferas; los aumentos de la capacidad técnica; las formas participativas de gobierno y el trabajo en equipo. Seguramente no son los únicos, pero sí los más importantes. Su administración adecuada genera gran sinergia y a menor costo que la mera estimulación pecuniaria.

Por otro lado, está demostrado que la gratuidad genera sobreconsumo, y que la gratuidad para todos genera despilfarro. El establecimiento de cobros mínimos a los usuarios y diversas formas de copagos permite moderar el consumo y valorar más las atenciones de salud recibidas. Naturalmente, debe ser acompañado de subsidios para aquellos que no puedan pagar, en todas aquellas prestaciones que estén fuera de su solvencia.

La propuesta SILOS no aborda este tipo de acciones, pero sí es tema de la propuesta Banco Mundial. Se plantea el establecimiento de aranceles y su cobro a los usuarios anotando su efecto moderador sobre el consumo. Además, se propone cobrar aranceles diferenciados según capacidad económica (que es otra forma de visualizar subsidios variables), y eliminar los subsidios para los ricos, liberando recursos que pueden ser asignados a los pobres, mejorando de paso la equidad. Asimismo, anota la conveniencia de estimular el cobro por parte de las entidades recaudadoras, haciéndolas a éstas beneficiarias de dicha recuperación de costos. Con todo, no aborda las motivaciones de los recursos humanos y las dimensiones asociadas anotadas más arriba.

7. Impulso a la descentralización y desarrollo de la capacidad gerencial

Los sistemas de salud centralizados, concentrados y burocratizados han cumplido su rol histórico, y existe consenso de que las estructuras futuras deberán ser descentralizadas y desconcentradas. Los sistemas del futuro deben evidenciar sensibilidad (*responsiveness*) a las necesidades y adaptabilidad a los cambiantes patrones de consumo de las personas y comunidades. Y deben tener también la flexibilidad interna y autonomía para efectuar con dinamismo los cambios de organización, métodos y formas productivas necesarios para ser más efectivos y eficientes.

Tanto la propuesta SILOS como la propuesta Banco Mundial hacen de la descentralización una de las políticas críticas para el desarrollo futuro de los sistemas de salud. Y también apuntan, con diverso énfasis, al hecho

de que la descentralización y autonomía no son sinónimos de anarquía ni menos autarquía. La descentralización es un medio para lograr mayor eficiencia y hacer a las personas y comunidades más partícipes de las soluciones en salud en un *contexto sistémico*. Es una forma moderna de administrar que define los ámbitos de acción, las normas y reglas del juego, pero que tiene una finalidad común que prevalece por sobre los intereses de cada entidad. Esta finalidad común se alcanza por la vía de definición de objetivos y metas comunes, por la normatividad, pero principalmente gracias a la incorporación de estímulos adecuados.

Entidades descentralizadas con creciente autonomía hacen más patente la necesidad de contar con *capacidad de gestión gerencial* en todos los niveles de las organizaciones. Esta, como ya observábamos, es necesaria también en el área netamente productiva, donde descubríamos deficiencias notables. Pero, evidentemente, es en las áreas de dirección y coordinación donde las necesidades se extreman.

Es un sector donde hacia su interior se requieren especiales habilidades para dirigir equipos humanos multidisciplinarios, de gran capacidad y profesionalismo, donde el servicio proporcionado es un acto personalísimo con elevados componentes de arte. Donde, desde el exterior, las personas y comunidad vuelcan su atención y exigen soluciones que el estado de las ciencias y las artes aún no permiten, o existiendo éstas, la escasez de recursos las impiden. Además de capacidad de gestión gerencial, el sector salud requiere liderazgo en administración de salud. Filerman dice:⁷⁰

En tiempos de rigor, cuando la sobrevivencia de las organizaciones es amenazada (...) el líder en servicios de salud da esa visión (sobre un futuro mejor) a sus colegas, organizaciones y a la comunidad. Es por esa razón que a los líderes del pasado los llamamos visionarios.

Aquellos líderes comprenden tanto la cultura de los servicios de salud como la de sus propias organizaciones...

(...) son capaces de entender los orígenes de las fuerzas a favor y en contra del cambio, interpretándolas en el proceso de toma de decisiones.

(...) deben estar interiorizados sobre la actividad a la que se encuentran dedicados... ser versados tanto de la práctica clínica como económica de la medicina.

⁷⁰ Filerman (1990).

(...) organizar e implementar procesos de negociación.

(...) son creativos, habilidosos para ordenar y presentar sus ideas y se sienten razonablemente cómodos con los riesgos inherentes.

(...) crear condiciones que estimulan las ideas, soluciones y direcciones originales.

En los años por venir, la necesidad de tales conductores del ajuste a nuevas realidades será superior a la observada en cualquier período pretérito de nuestra historia.

El desarrollo de capacidad de gestión y liderazgo en administración de salud son un componente crítico para imprimir eficiencia a los sistemas de salud de la región.

El liderazgo, principalmente, será capaz de sensibilizar internamente a los más ricos para aumentar sus contribuciones, y a los pobres para asumir su propia responsabilidad. Externamente, para sensibilizar a la cooperación internacional y convencerlos de que su ayuda tendrá elevada rentabilidad social.

De ese modo no sólo se requiere aumentar los recursos, sino también mejorar la eficiencia global de su empleo, para alcanzar cobertura y equidad mayores en el sector salud.

VI. CONCLUSIONES

Se presenta a continuación una breve reseña de las principales conclusiones del trabajo realizado.

1. El *status* de salud de los países de la región, manteniendo sus diferencias relativas internas con respecto a los países desarrollados, ha continuado mejorando. El impacto de la crisis y la reducción de recursos habría desacelerado el progreso, sin lograr detenerlo.

2. Han persistido importantes disparidades en salud al interior de los países. Ello se aprecia a través de las coberturas en servicios básicos de salud (vacunación, agua potable, saneamiento) y en cobertura poblacional, acceso por regiones, diferencias por ingreso, diversos sistemas de financiamiento y obtención de las atenciones de salud. Estas disparidades son indicativas de inequidad.

3. El conjunto de factores que catalizan la urgencia del cambio son las presiones generadas por la creciente urbanización, el cambio en el perfil epidemiológico, la diversificación en los patrones de consumo de salud y las exigencias planteadas por la redemocratización política.

La insuficiencia de recursos, agravada por la crisis de los años 80, y la improbabilidad de aumentos significativos en el corto plazo llevan a enfatizar la búsqueda de mayor eficiencia como una estrategia crucial. De acuerdo a las estimaciones disponibles, los grados de ineficiencia actual de los sistemas de salud, en caso de superadas, serían equivalentes a aumentar los recursos -bajo condiciones de la eficiencia actual- entre un 33 y un 43%.

4. Existen variadas áreas en las cuales será necesario intervenir con el fin de aumentar la eficiencia, cobertura y equidad. Estas han sido abordadas según su impacto macrosocial y microsocioal.

En cuanto a las propuestas de políticas macro, debieran abordarse:

Definición de los recursos óptimos para salud en cada país, destacando que muchos de ellos deberán aumentar su propio esfuerzo interno. Propender a la configuración de sistemas de salud que normen, definan los ámbitos y establezcan las formas de coordinación entre los distintos subsectores.

Establecer mecanismos eficientes para la transferencia de recursos, con el fin de inducir aumentos en la movilización de recursos y asignarlos con eficiencia.

El rol del Estado permanecerá hegemónico en los aspectos normativos, de política, seguimiento y control. Por tanto, se debiera enfatizar su rol crítico en las medidas redistributivas para generar mayor equidad y en aquellas para mejorar la capacidad de negociación de las personas y comunidades frente a los proveedores de salud.

Las propuestas de políticas micro comprenden:

Definición de estrategias de atención, en sus cortes por nivel de complejidad (primaria, secundaria, terciaria y según acciones preventivas y curativas).

Establecer mecanismos de coordinación entre niveles de complejidad y entre establecimientos y subsectores de salud.

Introducir mejoras en la organización de la producción y calidad de las prestaciones de salud.

Introducir mejoras a la atención de salud propiamente tal.
Definir una política de desarrollo tecnológico.
Establecer incentivos adecuados tanto en la producción como en el consumo de prestaciones de salud.
Impulsar la descentralización de los sistemas de salud y el desarrollo de la capacidad gerencial y de liderazgo en administración de salud.

5. La presencia de entidades no gubernamentales en los países de la región es indicativa de la existencia de formas de mercado en salud. Las imperfecciones del mercado, debido a las peculiaridades del fenómeno salud, antes que aconsejar su erradicación apuntarían a concentrar esfuerzos para crear las condiciones para que generen competencia.

6. Es sabido que las soluciones de mercado tienden a generar mayor disparidad, al menos en el corto plazo, y también a través de los ciclos de desarrollo. Diversos mecanismos y modalidades de subsidios y transferencias pueden ser empleados para corregir o atenuar estos efectos no deseados.

7. La descentralización de los sistemas y el desarrollo de capacidad gerencial y liderazgo en administración de salud son factores instrumentales para aumentar la eficiencia productiva y global de los sistemas de salud de la región.

ANEXO 1

Las propuestas de solución: Los SILOS (Sistemas Locales de Salud) y las reformas al financiamiento de los servicios de salud.

Hay en el presente dos grandes líneas o propuestas para abordar soluciones eficaces, eficientes y con equidad en la región. Ellas no son contradictorias, y en parte importante se complementan.

Una solución es la propuesta de los SILOS, desarrollada por la OPS durante la década de los 80. La otra propuesta, de naturaleza más específica y más centrada en los mecanismos de asignación de recursos en el sector salud, corresponde a los organismos internacionales de crédito multilateral, principalmente el Banco Mundial.

1. Los SILOS y la meta de salud para todos en el año 2000

La propuesta de los Sistemas Locales de Salud es desarrollada por la OPS como el mecanismo para ejecutar la estrategia de atención primaria, pieza clave de la meta de salud para todos en el año 2000.⁷¹

Se entiende por SILOS a una entidad de salud que tenga una base geográfico-poblacional con unidad política, administrativa y técnica, y que al tiempo de estar integrada al sistema global de salud del país posea autonomía para actuar en forma descentralizada. Es responsable de la salud de las personas y del ambiente bajo su tuición, para lo cual coordina todos los recursos disponibles en su territorio. Debe contar con adecuada capacidad tecnológica y administrativa para resolver los problemas de salud de las personas y comunidades atendidas, siendo además uno de sus pilares la participación activa de estas últimas para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

Los SILOS son entonces concebidos como un

(...) conjunto de recursos de salud, interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población -definidas en términos de riesgos- y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar

⁷¹ OMS (1978).

los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad."⁷²

Se plantea que son requisitos esenciales para los SILOS:⁷³

- *La equidad-calidad:* Los SILOS deberán perseguir que los grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad (equidad) de acceder a servicios que sean homogéneos en cuanto a su calidad. El concepto de necesidad que se aplique deberá conciliar el enfoque técnico de las "ciencias de la salud" y el enfoque administrativo de optimizar la eficacia, con la percepción de las personas y comunidades. La calidad no sólo comprende los aspectos técnico-médicos, sino también la humanización de la atención.
- *La democratización-participación social:* Básicamente, se trata de extender la participación democrática representativa sobre los aspectos globales de la sociedad al ámbito directo de las necesidades de salud. Será un medio de lograr que las personas y comunidades ejerzan directamente el control social de las acciones de los gobiernos.
- *El desarrollo-transformación:* Consiste en efectuar, junto con promover el desarrollo económico, las transformaciones de la estructura productiva y distributiva que permitan el logro de los grados de equidad buscada.
- *La eficiencia-tecnología apropiada:* El nivel de calidad que se establezca está asociado estrechamente a la tecnología utilizada, pero ésta debe ser maximizada en su eficacia, y la propia solución tecnológica seleccionada, con el objeto de lograr los resultados al mínimo costo: maximizar la eficiencia productiva.⁷⁴

La participación comunitaria es uno de los componentes principales de la propuesta SILOS:

Se entiende la participación social en los SILOS como el proceso de intervención de la población organizada en las

⁷² OPS (1988b),

⁷³ Paganini y Chorny (1990), pp. 430 a 433.

⁷⁴ Gill (1976), p. 121.

deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.⁷⁵

No queda claro en este texto el grado de participación de las personas y comunidades en la definición de sus necesidades de salud.

Los SILOS se estructurarían a partir de *unidades de acción local*, para cuya constitución formal se requiere al menos de la presencia de una organización comunitaria, y la disponibilidad de algún recurso de salud que esté respaldado por alguna institución sectorial.⁷⁶ Las funciones básicas de estas unidades serán la participación directa de la gente, el cuidado y atención de la salud de las personas y comunidades, y la referencia de pacientes a los niveles de atención adecuados.⁷⁷

Las unidades de acción local se articularían en *áreas de gestión local*, encargadas de coordinarlas, estableciendo mecanismos de representación y, eventualmente, áreas-programa.

Finalmente, estas últimas estructuran el SILOS, en el cual se conformaría un consejo o comité de salud integrado por representantes sectoriales, extrasectoriales y de las organizaciones comunitarias. En todos los niveles se cumpliría una yuxtaposición de estas áreas de participación con las entidades proveedoras de salud.

A modo de resumen, el desarrollo de los SILOS persigue generar una solución a los problemas de salud eficiente y equitativa. En términos específicos, busca acercar las soluciones hacia las personas y comunidades comprendidas; hacer que los sistemas de salud sean sensibles (*responsive*) a las necesidades de las comunidades; lograr una participación creciente de las personas y comunidades en las soluciones a sus problemas de salud, ejerciendo control social sobre las entidades proveedoras; aumentar la eficiencia mediante soluciones tecnológicas y administrativas adecuadas y conformar un sistema global que actúe en forma integrada y coordinada a fin de mejorar la eficiencia macro de los sistemas de salud.

⁷⁵ OPS (1988c).

⁷⁶ "Institución Sectorial" en la terminología SILOS, se entiende como aquellas pertenecientes al sector estatal de salud.

⁷⁷ Niremberg y Perrone (1990), pp. 478 a 481.

La propuesta SILOS ha girado principalmente en torno a la definición de los aspectos conceptuales y los principios de operación que orienten las soluciones específicas en cada caso. Estos procesos fueron especialmente impulsados por la Resolución XV de la 33ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1988. A la fecha, son múltiples las experiencias que se llevan adelante en varios países de la región,⁷⁸ pero se trata de experiencias en desarrollo, mediante las cuales se van explorando soluciones y diseñando sistemas y mecanismos. Las evaluaciones que se han efectuado son aún preliminares.

Hay algunos aspectos sobre los cuales seguramente se focalizará la atención en los años futuros. Un primer aspecto dice relación con la participación de las personas y comunidades no sólo en las soluciones a las *necesidades de salud*, sino también en la determinación de éstas. Hasta ahora la determinación de las necesidades se ha considerado como un dato, sin especificar si en ella predominarán las visiones técnicas (de las "ciencias de la salud" y sus practicantes), las visiones administrativas (optimizar el uso de recursos dados) o, por último, de las propias comunidades. Necesariamente, si se aspira a alcanzar eficiencia global, será necesario reforzar la educación en salud y la conciencia sobre costos y disponibilidad de recursos en las personas y comunidades, de modo que éstas participen decisivamente con los equipos de salud en la determinación de sus propias necesidades. Sólo de ese modo se podrán orientar los sistemas hacia la satisfacción de las necesidades percibidas por las personas y comunidades, y así maximizar su bienestar bajo las restricciones impuestas por la disponibilidad de recursos.

Un segundo aspecto tiene que ver con la insuficiente atención prestada por la propuesta al hecho manifiesto de la *creciente inserción de los subsistemas privados*, y su ascendente participación en la actividad del sector salud. Al discutir este punto en la Sección IV, apuntábamos que los patrones diferenciales de consumo -también en atención de salud- correspondían a las diferencias de ingresos entre distintos grupos de la población.

Dado el consenso universal actual sobre las ventajas del mercado como mecanismo de asignación de recursos, cada vez será menos aceptable identificar "equidad" con "igualdad". Probablemente la discusión pasará a centrarse en cuáles son los mínimos aceptables -y solventables- por cada

⁷⁸ Véase, por ejemplo, OPS (1989b) "Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y los servicios sociales". Brasília, Brasil, 9 al 12 de octubre de 1989.

sociedad para garantizar a todos sus miembros, focalizando la acción en los grupos de mayor riesgo y pobreza.

Ello necesariamente involucrará reconocer la presencia y la contribución del sector privado en el campo, e incorporarlo en todas las interrelaciones necesarias a los sistemas globales de salud.

Un tercer aspecto, que ha sido siempre enunciado pero insuficientemente logrado, es el *desarrollo y promoción de la capacidad gerencial en salud*. A mayor descentralización y autonomía de los sistemas, mayor es la capacidad de gestión necesaria en todos los niveles de las organizaciones. Se trata de una capacidad no trivial, en muchos aspectos contrapuesta a las costumbres y cultura organizacional del sector, y que debe contar en este caso con formación especial para asumir el liderazgo de equipos de trabajo multidisciplinarios, multisectoriales y con participación comunitaria.

Las experiencias de descentralización, aunque no son integralmente evaluables, han resaltado con creciente insistencia la conveniencia de disponer, desde los inicios, de "masas críticas" mínimas a fin de asegurar que la puesta en marcha no resulte en deterioros sustanciales de la eficacia y eficiencia de los sistemas.

Un cuarto aspecto, asociado al anterior, es la conveniencia de desarrollar *modelos básicos de estructuración organizativo-administrativa*, que sirvan de punto de partida y permitan enmarcar al menos inicialmente el funcionamiento. Asimismo, que permitan asegurar niveles de eficiencia mínimo-aceptables previamente establecidos, a la vez de hacer consistentes las experiencias paralelas.⁷⁹ Incluso la dinámica del desarrollo de estas entidades debiera ser atentamente observada, y además definir cursos de avance que encaucen la evolución.

En todo el proceso es necesario establecer sistemas de información y monitoreo confiables y oportunos: estadísticas biomédicas de resultado y proceso, y seguimiento de las experiencias, facilitando la intervención en caso necesario para corregir desviaciones, facilitando la evaluación permanente y, de paso, permitiendo difundir las soluciones y resultados logrados entre las distintas entidades.

Por último, un quinto aspecto de especial importancia se refiere a los *mecanismos de asignación de recursos* y el problema relacionado de *compatibilización de las demandas con recursos disponibles*.

⁷⁹ La experiencia de la descentralización de la atención primaria en Chile, a partir de 1980, es muy indicativa de las deficiencias resultantes de la indefinición de estructuras administrativas básicas. Véase Loyola y Miranda (1990).

La transferencia de recursos por la *vía presupuestaria*, aún más en el caso de bases históricas o retrospectivas, que continúan siendo la característica de la mayoría de los sistemas de salud de la región, genera incentivos para la ineficacia e ineficiencia productiva. Además, involucra una inercia e inadaptabilidad que en definitiva pueden comprometer seriamente las soluciones buscadas.

Las transferencias por la vía de *pagos por acto médico o servicios (fee for service)* tienen la ventaja sobre el anterior mecanismo de asociar las transferencias de recursos al volumen de actividad. Pero en la medida que se retribuye según insumos empleados, se introducen incentivos a la sobreutilización. Así, se generan soluciones ineficientes que además pasan a ser incompatibles con la disponibilidad global de recursos. Es por lo tanto necesario establecer límites de algún tipo, ya sea al financiamiento total o al volumen de actividad. Estos por sí solos no garantizan el logro de los objetivos perseguidos en *status* de salud, resultados y procesos.

Las formas de transferencia de recursos y retribución a los proveedores de salud, a los que se recurre cada vez más en el mundo, son sobre la *base de resultados*: idealmente, resultados en términos de *status* de salud e índices biomédicos. Dados los rezagos en éstos, entonces se recurre a resultados de procesos sanitarios asociados a diagnósticos, como es el caso notable de los DRGs norteamericanos, y las versiones simplificadas de éstos desarrolladas en Portugal, Brasil y otros países. Se sabe que, sin ser perfectos, estos sistemas asocian asignación de recursos con volumen de actividad, generando incentivos adecuados a la contención de costos.

La *compatibilización de demandas con recursos disponibles* no se resuelve por sí sola mejorando los mecanismos de asignación. Debido a que en salud, como en todas las esferas de la realidad, existe escasez, la concepción de la atención de salud como un bien cuyo consumo no podría estar limitado por razones financieras, abulta las demandas, extrema las escaseces y lleva finalmente a establecer diversas formas de racionamiento. Es importante notar que no está de modo alguno demostrado que este camino genere el máximo bienestar en salud, pero sí está comprobado que es una aproximación subóptima en el caso del resto de los bienes.

Tanto los mecanismos de asignación como los de compatibilización no han recibido en la propuesta SILOS debida atención hasta el presente. Pero ella constituye el punto focal de la segunda propuesta, que abordamos a continuación.

2. Reformas al financiamiento de los servicios de salud

Esta proposición se centra inicialmente en los problemas de financiamiento, pero en realidad su énfasis está en cómo incrementar la eficiencia en el uso de los recursos sociales para maximizar el bienestar en salud de las personas y comunidades.

Su punto de partida es la improbabilidad de que los gobiernos de la región puedan obtener recursos adicionales para salud en el corto plazo, o estén en condiciones de reasignar volúmenes sustanciales de éstos hacia el sector salud, desde otros sectores de la acción gubernamental.

El planteamiento señala que existe una variedad de atenciones de salud que por lo general rinden beneficios exclusivamente a sus usuarios, por lo que las personas están dispuestas a pagar por ellos, existiendo grupos poblacionales importantes en condiciones de solventar dichos pagos. Estos tipos de atenciones tienen una gran yuxtaposición con la atención de tipo curativa. Por otro lado, otro tipo de atenciones de salud, eminentemente preventivas, generan fuertes externalidades, rindiendo claros e identificables beneficios a la sociedad como un todo.

La proposición central es entonces de "... reducir la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud que rinden escasos beneficios a la sociedad como un todo (por oposición a los beneficios directos para los usuarios del servicio). De esta forma, se dispondría de un mayor caudal de recursos del gobierno (o públicos) para sufragar los servicios que proporcionan beneficios considerables a toda la sociedad. Este planteamiento, al relevar al gobierno de la carga de expender fondos públicos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más en los pobres."⁸⁰

La propuesta consta de cuatro políticas de financiamiento.

a) Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud

Indica que es necesario establecer aranceles en las instalaciones del gobierno, especialmente para medicinas y atención curativa. Estos cobros dan señales adecuadas a los proveedores, tienen un efecto moderador del uso y generan recursos. Necesariamente estaría acompañado de tarifas diferenciales para proteger a los pobres y provisiones para financiar los costos catastróficos para todas las familias.

⁸⁰ Banco Mundial (1987), p. 696.

Requeriría prestar atención a tres pasos complementarios:

- 1º Para que los aranceles sean efectivos es precondition a asegurar la accesibilidad y calidad de las atenciones.
- 2º Que los recursos captados a través de los aranceles sean efectivamente canalizados hacia las atenciones de mayor beneficio social y hacia los pobres.
- 3º Crear mecanismos para que los pobres estén en condiciones de sufragar los aranceles nuevos o aumentados.

En el corto plazo el establecimiento de aranceles puede ser modesto, cubriendo sólo una parte de los costos y sólo en algunas prestaciones. Pero en el largo plazo los aranceles incorporarían el costo total, según se cuente con adecuados sistemas de prepago o seguros de salud.

b) Provisión de seguros u otra protección frente a riesgos

Consiste en el establecimiento de formas de prepago, primas de seguros o impuestos específicos para salud, de modo de traspasar los riesgos de enfermedad. De este modo se generan condiciones para disponer del financiamiento adecuado, que en definitiva permite instaurar aranceles que cubren los costos reales.

Un primer paso en esta dirección lo constituiría la instauración de cobertura compulsiva para todos los trabajadores del sector formal de la economía. Esto, en el tiempo, debiera hacerse extensivo también al sector pasivo.

Se hace una prevención a la cual nos referiremos más adelante, sobre el efecto en los costos de la salud que han tenido copagos excesivamente pequeños, aplicados en forma indiscriminada, así como la necesidad de generar condiciones de competitividad entre los proveedores del seguro.

c) Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales

Persigue estimular la provisión, en el sector no gubernamental, de atenciones de salud por los cuales las personas están dispuestas a pagar. Se refiere a las instituciones sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud.

Esta proposición parte del reconocimiento del papel que en el pasado y presente tienen los proveedores privados en los países de la región que, como vimos, en un gran número alcanzan al 50% del total, y en varios superan los 2/3. Desconocer estas realidades y buscar inhibirlas implica que

los gobiernos reducirían sus opciones y grados de libertad para realmente focalizar sus esfuerzos en los pobres y las acciones de beneficio colectivo.

Los gobiernos mantendrían las acciones normativas, supervisoras, fiscalizadoras, aseguradoras de estándares adecuados y control de la calidad. Por último:

En todos los países, en la mayor parte de las áreas de la atención preventiva donde hay un caudal importante de beneficios sociales, el papel del gobierno continuará siendo predominante y, en realidad, deberá ampliarse.⁸¹

d) Descentralización de los servicios de salud gubernamentales

Propone la descentralización de los procesos de planificación, elaboración de presupuestos y adquisición de los servicios de salud gubernamentales, particularmente de aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios. Empleo de los incentivos del mercado donde sea posible a fin de motivar al personal y mejorar la asignación de recursos.

Se persigue crear condiciones para que las unidades estatales productoras de prestaciones de salud dispongan de la autonomía y recursos necesarios para proveer los servicios en la calidad y condiciones que las poblaciones atendidas requieren.

Se desprende de lo anterior que, además de enfocar el fenómeno del financiamiento, esta propuesta involucra lograr el máximo de eficiencia global por la vía de incrementar la eficiencia productiva y responder a las demandas de las personas. Constituye un conjunto integrado de políticas que operando sobre la base del establecimiento de aranceles -que en definitiva representan los valores de las prestaciones- generan condiciones para:

- Aumentar la disponibilidad de recursos para beneficio de los pobres y las acciones de beneficio colectivo.
- Incentivar la llegada de recursos específicos para financiar la salud, reconociendo el carácter aleatorio del fenómeno enfermedad. Ello se lograría mediante la instauración de esquemas de seguros, que podrían ser similares a los esquemas de seguridad social existentes en la mayoría de los países de la región, pero a diferencia de éstos, buscando que todos los gastos sean financiados por esta vía.

⁸¹ Banco Mundial (1987), p. 703.

- Poner especial énfasis en la creación de mecanismos que protejan a los pobres, lo que involucraría:
 - Subsidios, para complementar los aportes de los pobres a la seguridad social y esquemas de seguros.
 - Subsidios para los pobres que no logren ser incorporados a estos esquemas de seguros, ya sea porque no son capturables (por ejemplo, trabajadores del sector informal) o porque son indigentes o se encuentran desempleados.
- Mantener los espacios históricos y proponer expandir los ámbitos para que las entidades no gubernamentales proveedoras de salud puedan realizar sus actividades
- Proponer la descentralización de las unidades gubernamentales, en especial aquellas que producen servicios sanitarios con beneficios privados. En este sentido la propuesta es consistente, aunque menos elaborada que aquella de OPS.

Es interesante destacar respecto de la propuesta discutida que todos, excepto uno de los comentaristas del trabajo aludido, expresaron opiniones favorables, acogiendo los planteamientos con la proposición de someterlos a mayor análisis para el efecto de influenciar las políticas futuras.

Como señaláramos anteriormente, esta segunda propuesta es complementaria con la propuesta de SILOS, poniendo énfasis en una de las debilidades -insuficiente desarrollo hasta la fecha- más críticas de aquélla. Hay dos comentarios que es necesario efectuar a este respecto:

Primero, la propuesta de reformas al financiamiento y mejoras en la asignación de recursos y eficiencia, al abordar la descentralización, dedica escasa atención a la participación comunitaria, al menos en los términos que ésta se entiende en el planteamiento OPS. Tal vez sea consecuencia de descansar preferentemente en la formalización de las relaciones de intercambio presentes.

Aunque no incompatibles en este sentido, la participación comunitaria en los procesos de salud-enfermedad, a nivel de la familia y comunidades pequeñas, es esencial en la elaboración de soluciones para los grupos atendidos preferentemente por el sector gubernamental. Esta participación en las soluciones también lleva a que las personas y comunidades participen en la gestación de las demandas y como mecanismo de control social sobre las entidades gubernamentales. En este sentido, al menos, la participación comunitaria viene a sustituir la ausencia de un mercado formal, y si está bien encaminada, permite generar señales adecuadas para que los provee-

dores respondan a las necesidades (lo que contribuiría a la eficiencia global) e implementar soluciones costo-efectivas (eficiencia productiva).

Segundo, es necesario comentar los aspectos de la propuesta referentes a la generación de condiciones para el desarrollo de esquemas de seguros y mantener y ampliar los ámbitos de acción de los proveedores no gubernamentales.

Esto puede entenderse como permitir que el sector privado expanda su participación en los sistemas de salud de la región. Ello es perturbador para la conceptualización del fenómeno de salud de algunos sectores de opinión en la región.

La discusión no debe centrarse en la concepción sobre el rol del sector privado en salud, que es algo respecto de lo cual el pensamiento contemporáneo muestra una gran dinámica. Más bien debemos centrarnos en lo que hay bastante consenso -que se aborda en la propuesta y fue motivo de parte de la Introducción de este trabajo-: las peculiaridades que presenta el sector salud. Si librado a sus propias fuerzas el mercado presenta formas predominantemente monopólicas y no competitivas, se lograrán resultados ineficientes que no maximizan el bienestar de las personas. Su impacto sobre los aumentos de costos será también extremo: las experiencias recientes de los países desarrollados son un reflejo de estas tendencias.

Las soluciones de mercado tienden también a generar mayor disparidad y, por lo tanto, afectan asimismo a la equidad. Estas son las razones que inducen a tener serias reservas respecto del mercado y el rol del sector privado en salud.

Hoy día existe consenso, sin embargo, en que las soluciones de mercado y el rol del sector privado en la economía, lejos de ser perfectos pero sí pragmáticamente evaluados, rinden resultados superiores a las alternativas conocidas. Además, la participación de entes no gubernamentales en el financiamiento, administración de los beneficios y provisión de los servicios es una realidad preexistente y con gran dinámica de desarrollo autónomo.

El problema consistirá entonces en crear los mecanismos para que las personas y comunidades cuenten con adecuada información sobre las alternativas de resolución de sus problemas de salud y que exista una adecuada educación para la salud. Al mismo tiempo, crear condiciones para que las personas y comunidades no tengan que enfrentarse a proveedores únicos, que estén en posición de definir condiciones favorables a sus intereses y dispongan del poder para imponerlas. Que tanto los proveedores de seguros -como apunta la propuesta de reforma-, pero también, y principalmente, los provee-

dores directos de salud estén obligados a competir. Que así como se plantea que la participación comunitaria en los SILOS hace a las comunidades agentes de su propio destino, también las personas, cuando enfrenten al proveedor de servicios de salud, sientan su responsabilidad y actúen como constructoras de su propio bienestar.

Establecer las condiciones para que el mercado funcione tiene facetas muy similares a la creación de condiciones para que las entidades estatales sean eficientes globalmente. Así, generar estímulos adecuados, reconociendo las motivaciones tanto no pecuniarias como pecuniarias de los actores. Establecer mecanismos de transferencia de los recursos financieros y de pago o retribución que lleven a los subsistemas a producir en salud lo que la sociedad ha resuelto y las personas y comunidades recipientes deseen. Y que lo hagan al mínimo costo, de manera que los recursos disponibles generen el máximo de bienestar.

Por último, establecer los mecanismos de subsidio que sean necesarios para garantizar que los pobres tengan acceso a la cantidad y calidad tecnológica y humana de las atenciones de salud que cada sociedad estime justo y esté dispuesta a solventar. Estas vías son perfectamente compatibles con las soluciones discutidas, permitiendo abordar con eficiencia los grados de equidad socialmente convenidos.

En definitiva, la eficiencia económica y también en salud, bajo condiciones de escasez extrema, es una precondition necesaria para el logro de la equidad.

Bibliografía

- Anderson, C. A. (1991). "Implenting Continuous Quality Improvement (CQI) in Hospital... Lessons learned from the International Quality Study". Estudio preparado por Ernst y Young, presentado en el 8° Simposio Internacional en Garantía de Calidad en Atención de Salud mayo 29-31, 1991. Washington, D. C., U. S. A.
- Banco Mundial (1987). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 103 N° 6, diciembre 1987.
- Barbanti, Paulo (1990). "Presentación del estado actual de sistemas de salud en los países miembros del ALAMI". En *V Congreso de ALAMI*, Asociación de ISAPRES, Stgo., Chile, 1991.

- Bonilla, C. (1990). "Presentación del estado actual de sistemas de salud en los países miembros de ALAMI." En *V Congreso de ALAMI*, Asociación de ISAPRES, Stgo., Chile, 1991.
- César Medici, A. (1987). "Financiamiento des políticas de saúde no Brasil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 103, N° 6. OPS, Washington D. C. 1987.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service*. London; Nutfield Provincial Hospital Trust.
- Cullis, J. y West, P. (1984). *Introducción a la economía de la salud*. España: Descleé de Brouwer, S. A.
- Culyer, A. J. (1976). *Need and the National Health Services: Economics and Social Choice*. Londres: Martin Robertson.
- Detsky, A. S. (1978). *The Economic Foundations of National Health Policy*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger.
- Ederer, P. (1977). "The Randomised Clinical Trial". En Phillips, C. y Wolfe, J. (eds.) *Clinical Practice and Economics*. Tuubridge Wills: Pitman Publishing Co.
- Feldstein, P. J. (1983). *Health Care Economics*. N. York: John Willey and Sons.
- Filerman, G. (1990). "La responsabilidad de la educación en la generación de liderazgo en administración de salud". *AUPHA*, abril 1990.
- Gill, R. T. (1976). *Economics and the Private Interest*. 2ª Edición. Pacific Palisadas Columbia: Goodyear Pub. C. Inc.
- Guerra de Macedo, C. (1989, 1990). "Seminario Interagencial de descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales". Proyecto PNUD/ Ilpes y OMS/OPS, octubre 1989, Brasilia, Brasil,
- Katz, J. y Muñoz, A. (1988). "Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad". Buenos Aires: CEPAL.
- Loyola, V. y Miranda, E. (1990). "Análisis del nivel administrativo de consultorios de atención primaria municipalizados". *Revista Administración en Salud*, 10, Santiago de Chile.

- Miranda, E. (1989). "Desarrollo y perspectivas del sistema ISAPRES". *Revista Administración en Salud*, 6, Santiago de Chile.
- Miranda, E. (1990). "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno". *Estudios Públicos*, 39 (1990).
- Miranda, E. (1991). "Estudio de desarrollo de la investigación sobre modelos evolutivos del sector salud y su relación con los sistemas locales: El caso de Chile". OPS. Stgo., Chile.
- Musgrove, Philip (1985). "La crisis económica y su impacto en la atención de salud en América Latina y el Caribe". OPS, diciembre 1985.
- Niremberg, O. y Perrone, N. (1990). "Organización y gestión participativa en los sistemas locales de salud." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, N^{os}. 5 y 6.
- OPS (1978). Alma-Ata. "Atención primaria de salud". Serie *Salud para todos*, N° 1, Ginebra.
- OPS (1988). "Los servicios de salud en las américas, análisis de indicadores básicos". *Cuaderno Técnico* 14.
- OPS (1988b). "Desarrollo y fortalecimiento en los sistemas locales de salud". Documento CD 33/14, Washington D. C., U. S. A.
- OPS (1991). *Las condiciones de salud en las américas*. Edición 1990, Vol. I.
- Paganini, J. M. y Chorny, A. H. (1990). "Los sistemas locales de salud: Desafío para la década de los noventa". *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109. N^{os} 5 y 6, noviembre y diciembre de 1990. □