

EVOLUCION Y REFORMA DE LOS SISTEMAS DE PROTECCION DE LA SALUD

En los países del MERCOSUR y en Chile

Dra. Cecilia Acuña¹

Resumen Ejecutivo

Los países del Mercosur y Chile no constituyen un conjunto homogéneo sino que presentan diferencias en cuanto a su estructura demográfica, perfil de salud, renta per cápita, en la cantidad de dinero que gastan en salud y también en los arreglos institucionales que dan forma a sus sistemas de protección o aseguramiento en salud. Sin embargo, en todos ellos el origen de esos sistemas de protección en salud es similar y todos ellos comparten también el hecho de haberse visto enfrentados a la necesidad de introducir reformas en dichos sistemas, debido a la existencia de problemas que se han tornado ineludibles por presión social o política, interna o externa. De esos problemas, los más relevantes son:

- a) La inequidad, expresada en la existencia de sistemas públicos - mal atendidos, con escasez de recursos, con problemas de cobertura, acceso, calidad y oportunidad de atención- orientados a los segmentos más pobres de la población y sistemas privados que ofrecen mejores condiciones de cobertura, acceso y oportunidad a aquellos que puedan pagarlos, es decir, a los segmentos más pudientes de la población
- b) La ausencia de marcos regulatorios adecuados y de instituciones capaces de supervisar el cumplimiento de dichas regulaciones
- c) La captura de las entidades que tienen la responsabilidad de introducir mejoras al sistema, por parte de grupos de interés político, gremial o económico
- d) Los costos crecientes del sistema, el incremento de los copagos y el elevado porcentaje de pago directo del bolsillo del usuario, que provocan la auto-exclusión de muchos cotizantes de los sistemas de prepago
- e) La ausencia de cobertura adecuada para los trabajadores informales
- f) La insatisfacción de los ciudadanos respecto del sistema

En este escenario y teniendo como elementos condicionantes los procesos de ajuste económico - que han generado costos importantes en términos de un deterioro de las condiciones de trabajo, un fuerte aumento del trabajo informal y un incremento de la pobreza urbana- y de recuperación democrática en estos países, es que se han sucedido diversas reformas o intentos de reforma a los sistemas de protección en salud, con

¹ La Dra. Acuña es Médico-cirujano, diplomada en Gestión de Instituciones de Salud y Magister© en Ciencias Médicas. Ha trabajado para el Ministerio de Salud de Chile y para el Seguro Público de Salud (Fonasa) entre otras instituciones públicas y participó en el proyecto Minsal/Banco Mundial de Reforma en Salud para Chile en la década del noventa, junto con diversas consultorías a organismos nacionales e internacionales. En la actualidad se desempeña como consultor de diversos organismos, entre ellos la Organización Panamericana de la Salud en el área de Sistemas de Salud.

resultados también diversos. De hecho, todos estos países continúan en la actualidad implementando proyectos orientados a resolver uno o más de los problemas mencionados. Es así como Brasil intenta fortalecer un sistema público único y de cobertura universal de salud, donde el aseguramiento y la provisión no se encuentran diferenciados; Argentina, Uruguay y Chile buscan fortalecer la capacidad regulatoria del sector público e introducir modificaciones tendientes a mejorar la cobertura y disminuir las diferencias de calidad, acceso y oportunidad de atención en escenarios donde las instituciones privadas son actores estables y poderosos del sistema y existe una diferenciación entre los roles de aseguramiento y provisión de servicios de salud; y Paraguay, por su parte, se encuentra en un proceso de consolidación institucional tendiente a lograr un sistema único de salud, donde sin embargo no es posible predecir la dirección que tomará el proceso, debido principalmente a los serios problemas de cobertura que ofrece el sistema y al bajo gasto per cápita en salud, lo cual representa un obstáculo para la posibilidad de financiamiento del sistema.

El presente trabajo permite extraer las siguientes conclusiones:

- 1) Que, a pesar de sus amplios grados de heterogeneidad, los países objeto del estudio presentan características comunes en sus sistemas de aseguramiento en salud y pueden apoyarse y aprender unos de otros en la búsqueda de las soluciones más adecuadas y más factibles a sus problemas en esta esfera.
- 2) Que la regulación insuficiente o inadecuada es una de las causas principales de los problemas que afectan a estos sistemas y que por lo tanto, mejorar la capacidad regulatoria debería ser una tarea prioritaria del sector público.
- 3) Que la captura de la organización de los sistemas de protección de la salud y de la toma de decisiones técnicas por parte de grupos de influencia políticos o gremiales es un serio obstáculo para el desarrollo de estos sistemas y para que ellos respondan satisfactoriamente a las necesidades de las personas.
- 4) Que, independientemente de las soluciones implementadas por cada país, deberían establecerse metas comunes en cuanto a cobertura, acceso y calidad de los servicios como una manera de facilitar el proceso de integración económica y hacer del Mercosur una alianza estable, poderosa y fructífera para todos.

1. Introducción. Presentación global de la situación de los países objeto del estudio

El presente estudio está orientado a analizar los procesos de reforma de los sistemas de aseguramiento en salud en los países que actualmente conforman el Mercosur –Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay- y en Chile. En primer término, es importante destacar que dichos países no constituyen un conjunto homogéneo sino por el contrario, presentan una gran heterogeneidad en aspectos relativos a su desarrollo económico, renta per cápita, estructura demográfica, perfil de salud y tamaño territorial y poblacional, como se puede apreciar en la tabla 1.

Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay: un conjunto heterogéneo

TABLA 1
Cuadro Comparativo indicadores países MERCOSUR y Chile, 1996

Indicador	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Económicos, sociales, demográficos					
Población total	36.000.000	157.000.000	14.000.000	5.100.000	3.163.000
PIB Total (mill US\$)	325.012	820.381	77.082	10.180	19.971
PIB per cápita (US\$)	9.028	5.003	5.139	1.996	6.072
Tasa de Fecundidad	2,6	2,5	2,4	4,2	2,4
Esperanza de vida al nacer	73,5	68,0	75,0	70,0	74,0
Mortalidad Infantil (por 1.000)	22,0	42,0	10,0	39,0	17,5
Mortalidad Materna (por 100.000)	44,0	114,2	30,0	130,7	21,0
Alfabetización (%)	96,5	85,0	90,0	85,0	97,0
Acceso a agua potable (% poblac.)	81,0	85,5	91,0	39,0	82,0
Alcantarillado (% poblac.)	61,0	60,0	81,0	14,8	92,0
Gasto en Salud					
Gasto Total (millones de US\$)	20.147	29.151	3.6	--	1.781
Gasto (% PIB)	9,7	4,6	5,0	5,1	13,4
Gasto en salud per cápita (US\$)	388	180	240	--	564
Gasto Público (% gasto total)	44,0	40,0	56,0	36,0	52,0
Recursos y Servicios					
Médicos (por 1.000 hab.)	2,7	1,5	0,5	0,7	3,7
Enfermeras (por 1000 hab.)	2,4	3,2	0,2	0,1	1,7
Cobertura de la red de salud (%)	92,0	75,0	95,0	100,0	96,0

Fuentes: Cuadro elaborado por la autora basándose en información proporcionada por Sonia Fleury, de la Fundación Getulio Vargas. Por el Dr. Adib Jatene, del Hospital del Corazón y por la Organización Panamericana de la Salud en “La salud en la Américas”, Vol. II, 1998.

No obstante sus diferencias, estos países comparten ciertas características:

- Emergieron en los '80 o '90 de gobiernos autoritarios que determinaron años de atraso en cuanto a la construcción de ciudadanía

- En la mayoría de los casos, ello se asoció con un empobrecimiento del sector público
- Han enfrentado procesos de ajuste económico que han impactado en sus tasas de empleo y en sus sistemas de protección social
- Muestran grandes variaciones regionales en cuanto a la disponibilidad de servicios de salud
- El origen de sus sistemas de protección de la salud es similar: pequeñas organizaciones insertas dentro de la idea de la seguridad social y la solidaridad intragrupal
- Desde el punto de vista económico, se pueden clasificar en términos generales como países de ingresos medios, ubicándose, de acuerdo a la distribución de su producto nacional bruto per cápita, en los grupos II, III y IV, como se puede observar en la siguiente Tabla².

Distribución del Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita en países del continente americano, 1995

PAIS	PNB US\$	GRUPO
Estados Unidos	27.900	I Sobre US\$ 10.000
Islas Caimán	27.000	
Canadá	20.000	
Islas Vírgenes Británicas	11.000	
<i>Argentina</i>	9.000	II Entre 10.000 y 5.000
Puerto Rico	7.800	
Barbados	7.000	
<i>Uruguay</i>	6.000	
<i>Chile</i>	5.000	III Entre 5.000 y 3.000
<i>Brasil</i>	4.500	
México	4.000	
Costa Rica	3.500	
Perú	3.000	IV Entre 3.000 y 2.000
Colombia	2.900	
<i>Paraguay</i>	2.800	
Guatemala	2.000	
Suriname	1.800	V Menor de 2.000
Bolivia	1.700	
Honduras	1.000	
Nicaragua	400	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistema de información técnica, Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo. En el libro La Salud en la Américas, Vol. I, 1998.

² Se considera que el producto nacional bruto (PNB) refleja mejor la cantidad de recursos disponibles para inversión social en los países, porque representa el valor agregado de bienes y servicios de propiedad doméstica. El PIB en cambio, representa el valor agregado de bienes y servicios de propiedad doméstica y extranjera, es decir, considera los bienes y servicios importados, los cuales en rigor forman parte del PNB de los países que los produjeron.

2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD DE CADA PAÍS

2.1 Argentina

En Argentina el sistema de salud está organizado en varios subsectores y su estructura incluye una gran variedad de instituciones privadas (Empresas de Medicina Prepaga, EMP), públicas (dispensarios y hospitales públicos) y semipúblicas (Obras Sociales), tanto para el financiamiento como para la provisión de servicios. Existe una clara separación entre los roles de aseguramiento/compra y provisión de servicios al interior del sistema. Por su parte, el subsistema público tiene a su cargo las funciones de promoción y prevención y opera además como prestador de servicios a través de hospitales y unidades asistenciales.

Las Obras Sociales y las Empresas de Medicina Prepaga constituyen el eje asegurador del sistema, que es el que moviliza al sistema en su conjunto porque de él depende el funcionamiento de gran parte de los prestadores privados. En su calidad de aseguradores, ellos tienen a su cargo dos funciones:

- a) Administrar los recursos del sistema
- b) Comprar servicios de atención médica

Por su parte, el conjunto de prestadores está constituido por médicos, clínicas y sanatorios del sector privado y por los hospitales públicos.

El sistema posee tres fuentes de financiamiento:

- a) Los impuestos sobre el salario
- b) El aporte fiscal
- c) El pago directo por parte del afiliado

Los recursos así obtenidos tienen diversos destinos, como se puede apreciar en la tabla siguiente. El aporte fiscal se destina a financiar directamente los hospitales públicos. En éstos ocurre que, aún cuando parte de su personal médico está contratado en relación de dependencia y dedicación exclusiva, la mayoría de dichos profesionales desempeña sus tareas a tiempo parcial en el hospital, dedicando el resto de su jornada laboral a la práctica privada de la medicina.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ORIGEN Y DESTINO DE LOS RECURSOS

RECURSO	ENTIDAD A LA QUE FINANCIA	USO DEL RECURSO
Impuesto sobre el salario ³	Obras Sociales	Compra de servicios a prestadores privados
Gasto de bolsillo	- Empresas de Medicina Prepaga - Obras Sociales	Compra de servicios a prestadores privados
Aporte Fiscal	Hospitales Públicos	Operación de los hospitales

Tal como ocurre en muchos otros sistemas donde existe la misma modalidad de financiamiento de los hospitales públicos, éstos, al ser financiados por rentas generales y brindar cobertura universal, asumen el rol de asegurador indirecto de última instancia para toda la población⁴.

En cuanto al aporte de los afiliados, éste se realiza por dos vías: por medio de cotizaciones (impuestos sobre el trabajo) y gastos directos o pago de bolsillo⁵. El 8% del salario de los trabajadores activos tanto públicos como privados se destina al financiamiento de las Obras Sociales Nacionales y el 5% a financiar la Obra Social de los jubilados. En cuanto a los jubilados, si sus pensiones están clasificadas como mínimas, el 3% de ellas va a financiar a la Obra Social de los jubilados; si están sobre el mínimo, su cotización es del 6%.

En 1970, el gasto directo de las familias era de 55%. Al consolidarse y expandirse las obras sociales en 1980, el gasto directo bajó a un 34%. Sin embargo, hacia 1986 el gasto directo comenzó de nuevo a aumentar debido a una crisis de las Obras Sociales. En 1997, el gasto directo de las familias en el financiamiento de sus necesidades de salud era de un 50%. En el intertanto, el subsector público experimentó una constante pérdida de su participación en la provisión de servicios de salud. La tabla 3 muestra la evolución del financiamiento del gasto en salud entre 1970 y 1996:

³ Las obras sociales también imponen gasto de bolsillo a sus beneficiarios, cuando establecen copagos y cobertura parcial para algunas prestaciones como provisión de medicamentos.

⁴ El hecho de que el hospital público adquiera el rol de asegurador indirecto de última instancia toma particular importancia cuando los beneficiarios de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga se ven obligados a recurrir a él ante la falta de cobertura real por parte de su respectivo asegurador. Así, parte de las rentas generales adoptan la forma de subsidios cruzados desde el Estado a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.

⁵ El gasto directo o “de bolsillo” (out of pocket), representa el dinero adicional que las familias o las personas deben gastar de su bolsillo para financiar el porcentaje de sus atenciones de salud que el sistema de protección al cual están afiliados no cubre. Por lo tanto, se puede considerar una medida de la eficiencia de los sistemas de protección de este tipo: si el pago directo es bajo, el sistema es eficiente en brindar protección y viceversa.

Tabla 3
Evolución del Financiamiento del Gasto en Salud

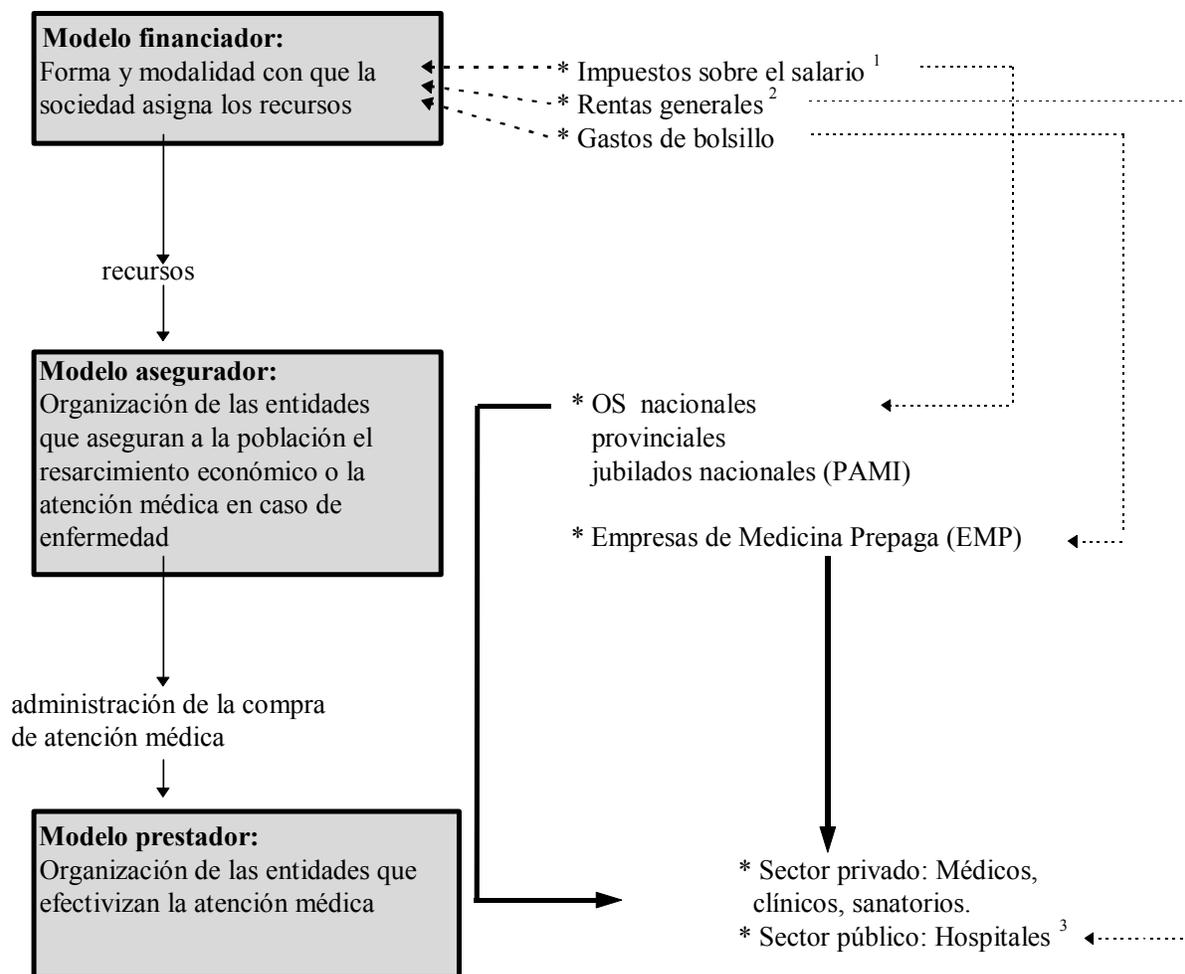
AÑOS	Participación en el financiamiento				% del PIB
	Público	Seguridad Social	Directo Familias	Total	
1970	19	26	55	100	5,2
1980	33	33	34	100	6,7
1986	29	31	40	100	6,7
1996	20	30	50	100	9,8

Fuente: IERAL de Fundación Mediterránea en base a Flood (1997) y ENGHO 1996/97.

Se puede observar que el gasto en salud, expresado como % del PIB, ha crecido en una magnitud importante especialmente a expensas de un aumento del gasto de bolsillo, ya que el gasto público ha disminuido y el gasto de las instituciones que administran la seguridad social se ha mantenido más o menos constante a lo largo del tiempo. Esto quiere decir que la seguridad social y el subsector público no han cumplido de manera satisfactoria su rol en cuanto a otorgar cobertura de salud y como consecuencia, las familias han debido aumentar sus gastos para compensar las carencias de los sistemas de protección al cual están adscritas.

Un resumen del sistema en su conjunto y sus interrelaciones se puede encontrar en el siguiente esquema:

Cuadro resumen 1
Sistema de OS nacionales (SOS): Esquema analítico



Notas:

- Las flechas de líneas de puntos indican fuentes de financiamiento en la dirección que señalan.
- Las flechas de trazo grueso indican elección del tipo de prestador (público o privado).

¹Trabajadores activos del sector público: 8% p/OS nacionales y 5% p/OS de jubilados. Jubilados y pensionados: 3% p/OS de jubilados y 6% de las por encima del mínimo. Trabajadores sector público provincial: 9% p/OS provinciales. Jubilados provinciales: 3% p/OS provinciales y 6% de las por encima del mínimo. Tasa de interés activa: 1% p/OS bancarios. Primas de cías. de seguros: 0.5% p/OS trabajadores de cías. de seguros.

² 4000 millones de pesos para hospitales públicos.

³Asegurador indirecto de última instancia.

Las reformas planteadas y/o implementadas

Han existido diversos intentos de reforma al sistema de protección de salud argentino, buscando contrarrestar su heterogeneidad y desintegración. En los años setenta se intentó establecer un sistema universal bajo la hegemonía del sector público. En 1974 se estableció el Sistema Integrado de Salud, (SNIS), que representa este objetivo de conformar un sistema de salud de eje estatal que otorgara a la población un acceso igualitario. No logró la participación de todos los sectores sociales ni de todas las jurisdicciones político-administrativas del país. Las Obras Sociales de trabajadores no se integraron al sistema y sólo algunos departamentos provinciales acogieron la propuesta, entre ellos San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa, que tuvieron importantes logros hasta su intervención en el período militar.

Un segundo momento en los intentos de reforma se produjo en la década de los ochenta, cuando se decidió fortalecer el modelo de Seguro Social rescatando las fortalezas de las Obras Sociales en cuanto a su amplia cobertura y financiamiento solidario. En 1985 se formuló el proyecto del Seguro Nacional de Salud, cuyo eje se encontraba en las Obras Sociales, pero que encontró una fuerte oposición en el sindicalismo por motivos políticos. El objetivo del proyecto era otorgar al Estado la conducción del sistema, fortalecer al sector público como prestador en conjunto con el sector privado y las Obras Sociales.

Finalmente, en la década de los noventa, los intentos de reforma a los seguros de salud se centraron en la prevalencia de los mecanismos del mercado para mejorar la eficiencia del sistema, en particular la competencia. Una primera propuesta de reforma integral orientada a lograr una mayor competencia entre las Obras Sociales se produjo en el año 1991 con el proyecto de la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM). Este proyecto sólo se comenzó a formalizar a partir de 1997. En el tiempo transcurrido entre la elaboración de la propuesta y su presentación formal ante las autoridades del país, se produjo un avance importante en cuanto a la toma de conciencia por parte de la comunidad de la necesidad de esta reforma. A pesar del apoyo ciudadano, la propuesta de la OSAM no pasó de la categoría de anteproyecto de ley.

Al fracaso del intento de reforma integral siguió un estancamiento del proceso de transformación. En ese período, se promulgaron diversos decretos que implicaron cambios positivos de menor escala. Entre ellos está el establecimiento de un esquema centralizado y unificado de la recaudación de todos los subsistemas que integran la seguridad social, (SUSS). Este cambio redundó positivamente en el nivel de recaudación de la seguridad social en general y de las obras sociales en particular, tal como lo demuestra el aumento del 30% experimentado desde su creación en 1993 hasta el presente.

En cuanto al objetivo de tender hacia una mayor competencia en el mercado asegurador, hasta 1995 las reformas fueron menos ambiciosas y más parciales. Se planteó competencia limitada entre las obras sociales sindicales, acotada por cupos máximos que restringen la movilidad sin alterar el régimen financiero. Estos intentos no tuvieron el impacto esperado, ya que la limitación a la entrada de nuevos agentes

privados permitió una “solución colusiva” entre los sindicatos directores de las obras sociales sindicales, cuyo interés colectivo es el de mantener la cautividad.

A fines de 1995, con la sanción del Decreto 292/95 se introdujeron reformas con contenido operativo, especialmente sobre el régimen financiero. Los elementos más relevantes de dichas reformas, eran:

- 1) Reducción de las contribuciones patronales desde el 6% al 5% de los salarios
- 2) Eliminación de los recursos de otra naturaleza que beneficiaban a determinadas obras sociales (bancarios, seguros y Ministerio de Economía)
- 3) Incorporación de un mecanismo automático de distribución de subsidios hacia los trabajadores de menores ingresos (éste consiste en que el ente recaudador -Dirección General Impositiva- garantiza con la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución, un monto mínimo de 40 dólares mensuales a aquellos trabajadores cuya cotización sea inferior a dicho valor)
- 4) Establecimiento de la posibilidad de opción para los trabajadores pasivos, de modo que puedan escoger entre la Obra Social de los jubilados o algunas de las obras sociales inscritas en un registro creado para tal fin
- 5) Establecimiento de una canasta básica de prestaciones

En ese mismo año, se puso en ejecución un programa con financiamiento del Banco Mundial para la reconversión de las obras sociales, con miras al cambio competitivo de las reglas de juego del sistema. Los objetivos principales del programa eran:

- a) La creación de un nuevo marco regulatorio que incorpore elementos de competitividad al sistema
- b) La creación de un nuevo ente regulador que controle y monitoree la competitividad al interior del sistema
- c) El otorgamiento de préstamos blandos para las obras sociales a fin de financiar sus procesos de reconversión. Estos préstamos tienen como gasto elegible el pago de deuda, la disminución del exceso de personal y el fortalecimiento institucional en el sentido de mejorar la capacidad de gestión y los sistemas de información.

Una observación importante al modelo de reconversión previsto en este programa es el hecho de que el apoyo financiero a la reconversión de las obras sociales no está amarrado en forma rígida con el cumplimiento de las nuevas reglas de juego competitivas, con lo cual el préstamo a las obras sociales puede concluir en un subsidio para los agentes sin la buscada transformación del sistema.

Políticamente, este proyecto de reforma tiene la particularidad que se desarrolla en el marco de la desregulación del último sector de actividad económica que aún no se ha adecuado a las nuevas reglas de juego macroeconómicas definidas por las autoridades políticas del país, que es la seguridad social en salud. En este sentido, hay compromisos

asumidos por el gobierno argentino ante organismos internacionales a favor del cambio⁶ y el mercado asegurador privado, tanto nacional como internacional, empezó a considerar seriamente la posibilidad de entrar a competir al sistema, más allá de las voluntades e intereses del gobierno y los sindicatos.

Un resumen de las reformas planteadas al sistema argentino se puede observar en el siguiente esquema:

Reformas planteadas al sistema argentino

Objetivo general: Contrarrestar la heterogeneidad y desintegración del sistema

- **1970:** Intento de establecer un sistema único bajo la hegemonía del sector público
- **1974:** “Sistema integrado de salud”, con eje estatal. Objetivo: brindar acceso igualitario. Obras Sociales no se integraron al sistema. Implementación parcial en el país
- **1980:** Fortalecimiento del modelo de seguro social basado en las Obras Sociales (amplia cobertura, financiamiento solidario)
- **1985:** Proyecto “Seguro Nacional de Salud” con eje en las Obras Sociales. Objetivos: otorgar al Estado la conducción del sistema y fortalecer al sector público como prestador. Oposición política
- **1990:** Propuestas de cambio centradas en mecanismos de mercado para mejorar la eficiencia del sistema, en especial la competencia
- **1991:** Proyecto “Organización Solidaria de atención médica” Objetivo: aumentar la competencia entre las Obras Sociales. Apoyo ciudadano. No pasó categoría de anteproyecto de Ley
- Estancamiento del proceso integral de reforma. Cambios pequeños pero positivos. Entre ellos: Creación Sistema centralizado y unificado de recaudación para toda la seguridad social (1993). Implicó aumentar recaudación en 30%
- **1995:** Decreto 292/95, Reformas al régimen financiero:
 - 1) Disminución de aportes patronales del 6% al 5% de los salarios de sus empleados
 - 2) Eliminación de recursos laterales que beneficiaban a algunas Obras Sociales (bancarios, seguros, otros)
 - 3) Incorporación mecanismo automático de distribución de subsidios hacia trabajadores de menores ingresos: garantiza un mínimo de US\$40/mes
 - 4) Libertad de opción entre Obras Sociales para trabajadores pasivos
 - 5) Establecimiento de canasta básica de prestaciones
- **1995:** Programa para la reconversión de las Obras Sociales. **Objetivo:** Cambio competitivo de las reglas del juego del sistema. **Contexto:** Desregulación del sistema
 - 1) Creación de un nuevo marco regulatorio que incorpora elementos de competitividad
 - 2) Creación de ente regulador para supervisar la competitividad al interior del sistema
 - 3) Préstamos blandos para la reconversión de las Obras Sociales. No asociados al cumplimiento de las nuevas reglas del juego

⁶ Ante el Banco Mundial en el financiamiento mismo del programa y ante el Fondo Monetario Internacional en una carta de intención para acceder a préstamos de facilidades extendidas.

El proceso descrito ha determinado las características actuales del sistema, cuyos logros y problemas principales se pueden resumir en los siguientes hitos:

Evolución del sistema argentino 1970 – 1996: Los problemas del sistema

- Hospitales públicos asumen rol de reasegurador implícito de última instancia: subsidio desde el Estado hacia las Obras Sociales y las EMP
- Aumento del gasto en salud a expensas del gasto directo: insuficiencia de los sistemas de protección del sistema en su conjunto
- Insatisfacción de los afiliados a las Obras Sociales: Fenómeno de “doble cobertura”

Evolución del sistema argentino 1970 – 1996: Los logros del sistema

- Incorporación de elementos de protección para trabajadores de menores ingresos (Fondo solidario de redistribución)
- Aumento de la recaudación global del sistema de seguridad social
- Ampliación de las opciones de afiliación para los trabajadores pasivos
- Establecimiento de canasta básica de prestaciones

Desafíos pendientes del sistema argentino

En el sistema de aseguramiento en salud argentino, aún están pendientes cambios profundos en el régimen financiero, en el marco regulatorio y en la capacidad de gestión de las obras sociales y de los prestadores. Específicamente, los problemas más importantes que aún presenta el sistema, son:

- Ausencia de marco regulatorio que garantice condiciones justas de acceso y cobertura, tanto para las Obras Sociales como para las Empresas de Medicina Prepaga.
- Captura de entes reguladores y administradores del sistema por parte de grupos de interés (políticos/gremiales)
- La lógica de cautividad con que operan las Obras Sociales que, lejos de ser beneficiosa para el sistema, determina un mayor gasto en salud, un aumento del gasto de bolsillo de las familias e insatisfacción de los afiliados con el sistema
- Segmentación del sistema en su conjunto por grupos de ingreso, en el cual las Obras Sociales están orientadas al segmento más pobre de la población y las empresas de Medicina Prepaga están orientadas al segmento más pudiente
- Hospitales públicos reaseguradores implícitos para el resto del sistema
- Ausencia de mecanismos de protección para trabajadores informales e independientes de menores ingresos
- Inexistencia de mecanismos de protección contra enfermedades catastróficas y crónicas de alto costo
- Insatisfacción de la población

Brasil

Brasil cuenta con un Sistema Unico de Salud (SUS) que fue instituido en 1990 luego de una decisión tomada por la Asamblea Constituyente Nacional a favor de un sistema universal de salud, en oposición al modelo previsional contributivo que existía hasta entonces. El SUS está formado por servicios públicos en las áreas federal, estatal y municipal que, de acuerdo a las leyes que rigen el país, pueden ser apoyados por instituciones privadas, con o sin fines de lucro. El nivel municipal es el encargado de atender las demandas de salud de la población y para ello cuenta con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal. El SUS es responsable de la cobertura de toda la población en las áreas de prevención, promoción y protección específica y también en la atención médica de alta complejidad. En cuanto a las acciones de recuperación de la salud de nivel primario, secundario y terciario, tiene una cobertura de 75-80% de la población. El sistema privado es responsable de la cobertura de asistencia médica primaria y secundaria de alrededor de un 25% de la población, con modalidades de atención mediante pago directo o a través de aseguradores privados.

Características generales del sistema:

- Sistema universal de carácter estatal con eje municipal (SUS), sin separación explícita de la función aseguradora: no existe un seguro público de salud en el sistema
- En la práctica: Sistema mixto para el aseguramiento y la provisión, bajo la hegemonía del sector público
- Bienes públicos: financiamiento y provisión a cargo del SUS
- Bienes asegurables: SUS cubre 75% de la población. Sector privado cubre 25% de la población
- Provisión: 55% pública - 45% privada
 - Establecimientos ambulatorios: 65% públicos
 - Hospitales: 72% privados, venden servicios al SUS

Los Planes y Seguros privados de salud se agrupan de acuerdo al siguiente esquema:

Sistema brasileño: Planes y Seguros privados de salud

TIPO	MODALIDAD	% DEL MERCADO PRIVADO QUE REPRESENTA
Medicina de grupo	Prepago	47% del mercado
Cooperativas médicas	Prepago	25% del mercado
Planes de salud de empresas	Autogestión más compra de servicios a terceros	20% del mercado
Seguro-Salud	Indemnización al asegurado o a terceros	8% del mercado

Fuentes de financiamiento del Sistema de Salud Brasileño

- Financiamiento del SUS: Integra el de la Seguridad Social
 1. Recursos de la Unión: 70% del gasto público en salud
 2. Recursos de los Estados
 3. Recursos Distrito federal
 4. Recursos Municipales
 5. Contribuciones sociales

Origen del financiamiento del SUS

- Recursos de la Unión
 - Rentas nacionales
 - Impuestos:
 - a) Contribución para el financiamiento de la seguridad social (COFINS): impuesto sobre la facturación de las empresas
 - b) Contribución social sobre el lucro líquido de las empresas (CSLL)
- Recursos Estatales y Municipales
 - Impuestos sobre la circulación de mercaderías y servicios (ICMS)
 - Otros impuestos, tasas y contribuciones diversas
- Recursos Federales
 - Presupuesto Seguridad Social (Salud, previsión, asistencia social):
 - a) Contribuciones de empleados y empleadores (45% del total de recursos)
 - b) Contribuciones de empresas e instituciones financieras sobre las ventas y el lucro (20-25% del total)
 - c) Tesoro público (7% del total)

Destino de los recursos al interior del SUS

- Recursos Federales:
 - Financiamiento hospitales universitarios
 - Pago de servicios contratados a privados en convenio con SUS
 - Transferencia a Estados y Municipios
- Recursos Estatales y Municipales:
 - Mantenimiento red asistencial
- Recursos transferidos a Municipios:
 - a) Deben ser identificados en el Fondo Municipal de Salud
 - b) Deben ser utilizados en las acciones previstas en el Plan de Salud

Sector privado

- Modalidades
 - Medicina de grupo: 47% mercado privado
 - Cooperativas médicas: 25% mercado

- Planes de salud de las empresas: 20% mercado
- Seguro-salud(indemnización al asegurado o a terceros): 8% mercado

■ Fuentes de financiamiento

- Contribuciones de los afiliados
- Contribuciones de los empleadores
- Incentivos fiscales (importantes)
- Pago directo de bolsillo

En cuanto al gasto directo, en el sistema brasileño existen dos agentes que realizan gastos directos para cubrir necesidades de salud:

- a) Las familias, que realizan gastos directos (out of pocket) o copagos para comprar bienes y servicios de salud en el sector privado
- b) El empleador, que puede costear parcialmente dichos bienes y servicios haciendo uso de incentivos estatales como deducción de impuestos.

El gasto directo de las familias en el financiamiento de bienes y servicios de salud correspondía a un 2,24% del PIB en 1987 y había disminuido a 1,66% del PIB en 1996, lo cual se puede interpretar como un mejoramiento de la cobertura del sistema, aunque también podría corresponder en parte a una disminución de la demanda en salud de los sectores más pobres. En todo caso, el componente principal del gasto directo es en medicamentos.

En cuanto a la oferta de servicios, ésta es de carácter mixto. El 55% de los establecimientos son públicos y el 45% son privados. De los establecimientos de carácter ambulatorio, el 65% son públicos. Los hospitales son principalmente privados (72%) y venden servicios al SUS, que paga por dichas prestaciones mediante un sistema de reembolsos.

En términos de cobertura del sistema, para 1996 se estimaba que cerca de 120 millones de personas estaban potencialmente cubiertas por el SUS. Sin embargo, dadas las restricciones presupuestarias del gobierno federal, una cantidad significativa de los usuarios potenciales del SUS tenían problemas de acceso a las atenciones de salud y su tasa de utilización de servicios era muy baja. Por otra parte, existe un subsidio cruzado desde el SUS hacia los sistemas privados, ya que los usuarios de éstos utilizan las instalaciones del SUS para ser atendidos por enfermedades de larga duración o en caso de cirugías de alta complejidad.

Por su parte, la cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña –unos 34 millones de personas- con una inversión de US\$6.400 millones y se calcula que en la actualidad debe cubrir a un cuarto de la población del país, esto es aproximadamente 38 millones de personas. Los beneficiarios de los sistemas privados de aseguramiento son en su mayoría trabajadores urbanos formales y en general los grupos sociales de renta más elevada.

Las reformas planteadas y/o implementadas

En 1970 comenzó en Brasil un fuerte movimiento social orientado a lograr una transformación radical en el sistema de salud de la época, asociado a la lucha por la

democratización del país. Este movimiento reunió a intelectuales, políticos, funcionarios públicos y usuarios y emergió como un actor plenamente diferenciado llamado “Movimiento Sanitarista”. Su objetivo central era universalizar el acceso a la salud mediante la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, para lo cual proponían tres estrategias:

- a) Unificar el sistema existente, que estaba fragmentado
- b) Descentralizar la provisión de atención de salud
- c) Introducir un proceso democrático de toma de decisiones

El Movimiento Sanitarista condujo de este modo la Reforma Sanitaria que logró que en la Constitución de 1988 se estableciera la organización de un sistema único, público y universal de atención integral de salud. Este nuevo diseño significó un cambio importante en el poder político y en la distribución de la responsabilidad entre el estado y la sociedad y entre los distintos de la administración pública, asignando a los Municipios las siguientes responsabilidades:

- a) Planificar, organizar y proveer los servicios de salud en el nivel local
- b) Administrar los establecimientos asistenciales del nivel primario y secundario

A su vez, cada Estado está a cargo de:

- a) Administrar los establecimientos del nivel terciario
- b) Coordinar las redes de referencia y contra-referencia
- c) Ejecutar medidas complementarias y brindar cooperación técnica y financiera a los Municipios

La descentralización fue diseñada como un proceso progresivo de traspaso de los establecimientos y los recursos humanos y financieros a los municipios, condicionando le administración local de los recursos al cumplimiento de ciertos requerimientos. Si el Municipio no cumple dichos requerimientos, el Estado asume la responsabilidad sobre los recursos, dejándole al Municipio sólo la administración del programa de atención primaria.

En el ámbito del control social sobre el sistema, se crearon Consejos de Salud en cada nivel del sistema de salud, en los cuales el 50% de sus integrantes representan al gobierno y el otro 50% representa a la sociedad, es decir a los usuarios, proveedores y otros. La implementación de los Consejos de Salud ha presentado ciertas dificultades, relacionadas con niveles acentuados de desarticulación local, ausencia de solidaridad entre los trabajadores y la falta de preparación de los municipios para montar Consejos que funcionen cumpliendo todos los requisitos de representatividad. Otro mecanismo de participación creado en el proceso de reforma es la Conferencia de Salud –en el nivel nacional, estatal y municipal- que se reúnen periódicamente (cada cuatro años) para discutir temas sectoriales, con el objetivo de establecer directrices y la agenda del sistema para el período siguiente. En esta Conferencia participan representantes elegidos para tales efectos en cada nivel.

Existen además dos mecanismos de coordinación interinstitucional, que son: en el nivel federal, la Comisión Tripartita de Intergestores, vinculada al Consejo Nacional de Salud y compuesta por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de secretarios Municipales de Salud. A su vez, en cada estado existe la Comisión Bipartita de Intergestores, integrada por representantes de las secretarías estatales y municipales de salud. A esta última le corresponde adecuar las normas nacionales de salud a las condiciones específicas de cada estado y proponer medidas destinadas a regular las relaciones del estado con sus municipios y entre los municipios en la construcción del SUS.

En términos de cobertura, se puede decir que la reforma fue exitosa en mejorar la cobertura de atención de salud para los segmentos más pobres de la población, que anteriormente no tenían acceso a los servicios de salud.

Desde el punto de vista institucional, los principales resultados de la reforma fueron:

- a) La creación de un marco legal de funcionamiento del sistema
- c) La implementación de cambios que unificaron los servicios públicos del Ministerio de Salud con los de la Seguridad Social.

El objetivo de la descentralización está aún en desarrollo a medida que los niveles locales incrementan su capacidad gerencial, pero se verifica un aumento de la participación de los niveles locales en la administración de recursos.

En cuanto a la reorganización de los servicios de provisión sin embargo, la reforma no ha tenido el éxito esperado. Debido a que la mayor parte de la provisión de servicios hospitalarios del SUS es privada y la industria de medicamentos, insumos y equipamiento médico es mayoritariamente transnacional, el SUS no ha podido establecer condiciones de precio y oferta para esos productos. Otra consecuencia de ello es que, como se ha mencionado, la mayor parte de los hospitales y recursos humanos para la atención terciaria está concentrada en las regiones urbanas más ricas del país.

A comienzos de la década del noventa se produjo una crisis financiera que redundó en una drástica reducción del gasto público en salud, el cual, expresado en gasto per cápita, cayó de US\$81,43 en 1989 a US\$54,43 en 1991 y sólo presentó una recuperación después de 1995, alcanzando los US\$100,5. Esto develó dos problemas estructurales del sistema:

- a) La ausencia de una fuente estable de financiamiento para el sistema de salud
- b) La sujeción de las decisiones de financiamiento del sistema a las prioridades establecidas por el gobierno de turno

Como consecuencia de la reducción del gasto público en salud, se produjo una auto-exclusión del sistema tanto de usuarios como de proveedores, quienes migraron al sector privado. De este modo, el sistema público terminó atendiendo a la población pobre cuyos recursos no alcanzan para financiar un plan de seguro privado. Naturalmente, esto indujo a un crecimiento del sector privado –tanto aseguradores como prestadores- para satisfacer el aumento de la demanda.

A continuación se presenta una síntesis de las reformas implementadas en el sistema brasileño entre las décadas del 70 y del 90.

Reformas planteadas al sistema brasileño

Objetivo: Construir un sistema único, público, descentralizado, de acceso igualitario para toda la población

- 1970: Movimiento Sanitarista, asociado a lucha por democracia. Propuesta:
 - Unificar el sistema
 - Descentralizar la provisión
 - Introducir proceso democrático de toma de decisiones

- 1988: Reforma sanitaria
Establece en la Constitución la organización de un sistema único, público y de acceso universal
Elementos de la reforma:
 - Proceso progresivo de traspaso de la administración de los recursos a los Municipios, sujeto al cumplimiento de requisitos
 - Creación Consejos de Salud en cada nivel como herramienta de control social, con una composición de 50% representantes del gobierno y 50% representantes de actores sociales (usuarios, proveedores de servicios, aseguradores)
 - Dificultad en implementación: desarticulación local, escasa preparación municipios

- 1990: Crisis financiera: disminución del gasto público en salud (US\$ 81,43 per cápita en 1989 a US\$ 54,43 per cápita en 1991)
Esta crisis devela dos problemas:
 - a) Ausencia de una fuente estable de financiamiento del sistema
 - b) Sujeción a las prioridades del gobierno de turno

Evolución del sistema brasileño: Logros del sistema

- Aumento de la cobertura para los segmentos más pobres
- Creación de un marco legal de financiamiento
- Unificación de servicios públicos de Ministerio de Salud y Seguridad Social
- Aumento de la participación de los niveles locales en la administración del sistema
- Incorporación elementos de control social

Los desafíos pendientes

El proceso de reformas del sistema brasileño ha tenido logros importantes en cuanto al fortalecimiento del control social sobre la gestión local del sistema de salud y también en

cuanto a mejorar la cobertura para los más pobres. Sin embargo se puede afirmar que, a pesar de los objetivos originales del proceso de reforma de crear un solo sistema universal y equitativo, en la actualidad lo que existe en Brasil es por un lado un sector público sin una clara separación de las funciones de compra, aseguramiento y provisión en su interior que atiende las necesidades de salud del segmento más pobre de la población y algunos sectores de ingresos medios y por otro, un sector de aseguradores privados que atiende a los sectores más pudientes de la población. Para ambos sectores, no existe un marco regulatorio claramente distinguible ni homogéneo⁷. De este modo se configura un sistema segmentado y estratificado, con un subsistema público universal focalizado hacia la población más pobre que además opera como reasegurador implícito o alternativa de último recurso para enfermedades catastróficas, emergencias, tratamientos largos y costosos y en general para aquellas enfermedades no cubiertas por los planes de los seguros privados; y un subsistema asegurador privado, al cual están afiliados los sectores de ingresos más elevados.

En el nivel regional también existen diferencias, dadas por la concentración de profesionales de la salud en las regiones más desarrolladas y en las capitales de los estados, siendo el Norte del país la región más desprovista de servicios de atención de salud.

Por lo tanto, los desafíos pendientes en este sistema son:

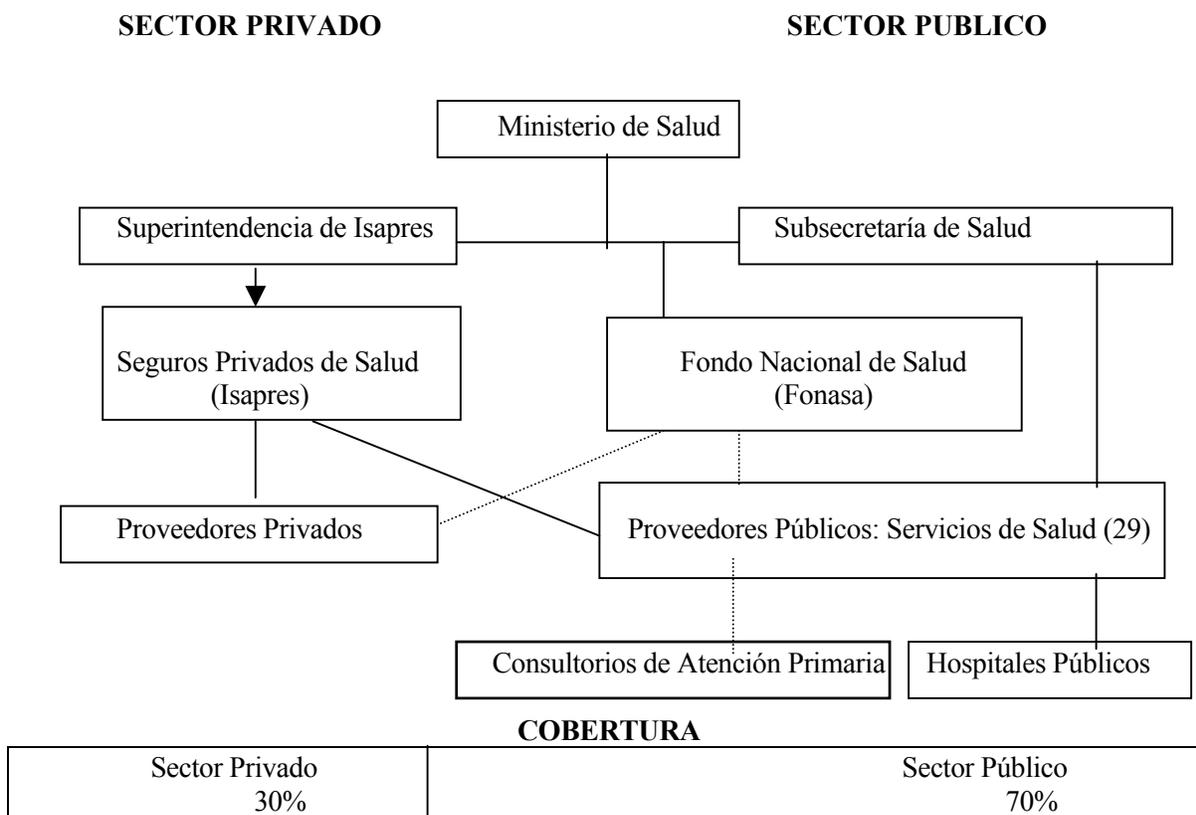
- Segmentación del sistema por grupos de ingreso, en subsistemas de atención orientados a poblaciones distintas de acuerdo a su poder económico, a pesar de la intención original
- Inexistencia de un marco regulatorio del sistema en su conjunto, que establezca reglas del juego claras y brinde al usuario certidumbre respecto de qué esperar en términos de cobertura, calidad y oportunidad de la atención
- Problemas de acceso en el subsistema público
- Hospitales públicos operan como reaseguradores implícitos
- Fragilidad del soporte financiero del SUS
- Inequidades regionales de acceso y disponibilidad de servicios
- Ausencia de mecanismos de protección contra enfermedades catastróficas
- Dificultad para controlar costos de medicamentos e insumos
- Insatisfacción de la población

Chile

Desde 1980, Chile cuenta con un sistema mixto o dual de protección a la salud formado por dos ejes paralelos, uno perteneciente al sector público y otro al sector privado, tanto para el aseguramiento como para la provisión. Por su parte, la cobertura contra riesgos asociados al trabajo se encuentra organizada en un sistema distinto de los anteriores y está establecida para trabajadores formales. La Constitución chilena garantiza a todos los

⁷ Aún cuando recientemente se creó una agencia destinada a regular y controlar a los aseguradores privados, con el fin de garantizar a los consumidores el derecho a planes de salud de cobertura integral

ciudadanos el derecho a recibir las atenciones de salud que pudieran demandar, pero en la práctica la posibilidad real de acceder a las atenciones de salud depende de la afiliación a alguno de los sistemas de aseguramiento. Existen dos principales sistemas de seguros en el país: el seguro público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las compañías de seguros privados, llamadas Isapres. La organización general del sistema de salud chileno se puede observar en el siguiente esquema:



Fuente: Esquema realizado por la autora para el Fondo Nacional de Salud

En términos generales, el sistema posee las siguientes características:

- Sistema dual para el aseguramiento y la provisión
 - Separación explícita de la función de aseguramiento al interior del sistema
 - Sistema de aseguramiento fracturado por dos lógicas distintas con estructura similar de cotizaciones
 - Bienes públicos: financiamiento y provisión a cargo del Estado
 - Bienes asegurables: Fonasa cubre a un 65% de la población. Isapres cubren a un 35% de la población
 - Provisión: Red pública: cubre 95% del territorio del país
Red privada: concentrada en ciudades
- Ambas redes de atención se relacionan con los subsistemas de seguro por contrato o por defecto (esto último, en el caso del sector público).

Financiamiento del sistema

El sistema en su conjunto posee tres fuentes de financiamiento:

- Aporte fiscal (56% del gasto total en salud)
- Impuesto del 7% sobre el salario para los trabajadores formales
- Gasto directos (de bolsillo)

Todos los trabajadores deben contribuir en forma obligatoria a un sistema de seguro y pueden escoger afiliarse a Fonasa o a una Isapre. Fonasa recauda el 7% definido por la Ley y no puede recaudar más ni menos de ese monto. Las Isapres en cambio, tienen el 7% como piso, pero pueden recaudar un monto adicional si el usuario escoge un plan cuyo precio es mayor que el 7% de su salario. En la actualidad se estima que los afiliados a Isapres destinan en promedio un 8% de su renta mensual a cubrir los gastos de su plan de seguro de salud.

Como se puede observar, los empleadores no contribuyen al sistema de seguros de salud. Esto es así desde la reforma de 1980. En la actualidad, el empleador tiene la obligación de contribuir al sistema de seguros de accidentes laborales y enfermedades profesionales y podía –hasta 1999- contribuir voluntariamente a cubrir el costo de hasta el 2% del plan de seguro de sus empleados siempre y cuando éste fuera privado, a través de un incentivo fiscal de exención tributaria. Este subsidio fue retirado por el gobierno luego de aprobar una ley en este sentido en el Congreso.

En cuanto a la naturaleza y funcionamiento de ambos sistemas, cabe destacar que Fonasa y el sistema Isapre operan bajo dos lógicas absolutamente distintas: Fonasa opera bajo la lógica de la seguridad social y como tal es un seguro colectivo, de reparto, solidario y no discriminatorio, que ofrece un plan universal a todos sus afiliados con un arancel que tiene tres niveles dependiendo de la renta del asegurado y su grupo familiar y que, para los desempleados, indigentes y pobres, ofrece una cobertura de 100% del costo total de las prestaciones otorgadas en la red pública de salud. Por su parte el sistema Isapre opera bajo la lógica de los seguros individuales y ofrece innumerables planes que varían en cuanto a precio y cobertura y entre los cuales el afiliado debe escoger el que más acomode a su situación económica y a sus necesidades de salud.

Destino de los recursos que ingresan al sistema de salud

Destinos del Aporte fiscal:

- a) Cubrir los costos de las atenciones de salud de los pobres e indigentes, que no cotizan pero están cubiertos por defecto por el seguro público
- b) Financiar la provisión de bienes públicos para todos los habitantes del país, independientemente de su situación previsional⁸.

⁸ Los bienes públicos incluyen entre otros las vacunas, el Plan Nacional de Alimentación Complementaria para mujeres embarazadas, niños pequeños y ancianos y el subsidio maternal.

- c) Financiar los costos de administración, mantención y reposición de los establecimientos públicos de salud, incluyendo sus recursos humanos y tecnológicos

Es importante hacer notar que del gasto total en salud en Chile, el 56% corresponde a gasto público. En general, los distintos recursos que entran al sistema tienen los siguientes destinos:

Destino general de los recursos que entran al sistema de salud

- Aporte fiscal: atenciones de salud pobres e indigentes- mantención red pública
- Cotizaciones: financiamiento prestaciones
- Gasto directo: copagos, medicamentos

La provisión de servicios de salud está organizada sobre la base de una red pública que cubre aproximadamente el 95% del territorio nacional y una red privada concentrada en las grandes ciudades. Ambas establecen relación con uno o ambos sistemas de aseguramiento por contrato o por defecto.⁹

La regulación del sistema está dada por el marco legal que rige al sistema público en caso de Fonasa y por el marco legal creado para la regulación de las Isapres en el caso de los aseguradores privados. Al respecto, es importante hacer notar que, por lado público, Fonasa no está sujeta a regulaciones específicas en su rol de asegurador, sino sólo a las regulaciones generales establecidas para el sector público de salud. A su vez, las Isapres estuvieron diez años sin regulación alguna desde su creación, ya que el organismo destinado a aplicar la normativa regulatoria –la superintendencia de Isapres– sólo fue creado en 1990. A continuación se presenta una síntesis de los principales hitos regulatorios del sistema:

Regulación en el sistema chileno

- Fonasa: marco legal general del sector público, no sujeto a regulación específica
- Isapres: Marco legal específico establecido 10 años después de la creación de las Isapres
- Oposición política al establecimiento de mayores regulaciones durante los gobiernos democráticos de la década de los noventa

Las reformas planteadas y/o implementadas

La historia de la seguridad social en Chile se remonta a 1924, con la promulgación de la Ley N°4.054, que crea la Caja de Seguro Obrero Obligatorio. El objetivo de la Ley era dar cobertura a los riesgos de invalidez, vejez y muerte y brindar beneficios de salud para los obreros, artesanos, campesinos y empleados de servicios domésticos. En 1942 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), con el objetivo de asegurar la atención de salud para los empleados públicos y privados, los cuales no estaban

⁹La red pública está ligada por defecto al seguro público, aún cuando se han introducido mecanismos de compra de servicios y de pago entre el seguro público y los establecimientos públicos

considerados como beneficiarios de la Caja de Seguro Obrero. En 1952 fue creado el Servicio Nacional de Salud (SNS), que unificó la administración de los hospitales y tomó a su cargo las acciones de fomento y protección de la salud para toda la población, con lo cual se define la responsabilidad del Estado en materias de salud pública. El Servicio Nacional de Salud y el Sermena serían los dos pilares del sistema de salud chileno hasta 1979.

En la década del 80 se produjo una disrupción en la orientación que habían tenido los sistemas de seguridad social imperantes con la irrupción de nuevos paradigmas, que se reflejaron en cambios profundos al interior de estos sistemas. Bajo la administración militar, se produjo en Chile una profunda reforma de la organización de todo el sistema de salud, orientada a crear y consolidar un mercado privado de seguros y proveedores de salud y a descentralizar el sistema público de salud. Centrada en aspectos organizacionales y de gestión, dicha reforma apuntaba a ciertos elementos claves del modelo de salud imperante en el país hasta esa época. Estos elementos eran:

- La integralidad y unidad de mando y administración del sistema
- El principio de la solidaridad
- El principio de la gratuidad
- La visión del Estado como gran proveedor de prestaciones de salud

Los cambios introducidos buscaban adecuar el sector salud a la concepción ideológica global del gobierno militar y sus asesores civiles, en términos de otorgar al Estado un rol subsidiario y no central en la provisión y financiamiento de servicios. Sin embargo, sólo se implementaron parcialmente debido a la resistencia de grupos de influencia al interior del sector salud, especialmente los médicos.

La creación del Fondo Nacional de Salud, de las Administradoras de Salud Previsional (Isapres) y de la Superintendencia de Isapres constituye un componente esencial de la reforma impulsada por el régimen militar, ya que consagra la existencia de actores privados en un ámbito de la previsión de salud donde con anterioridad sólo existía el Estado y establece de este modo un sistema mixto de seguros de salud en el país. Sin embargo, como se ha mencionado, este arreglo institucional plantea la coexistencia de dos entidades estructuralmente distintas: una pública, Fonasa, que en su rol de asegurador opera dentro de la lógica de la seguridad social, esto es, como un asegurador público, solidario, de reparto y que no discrimina y otra privada, las Isapres, que funcionan en la lógica de las compañías de seguros generales, esto es con fines de lucro, planes de carácter individual y primas ajustadas por riesgo. Considerando las asimetrías existentes entre ambos tipos de seguro, el hecho que la entidad reguladora de las Isapres sólo apareció 10 años después de la creación de éstas y los subsidios que el gobierno militar estableció para garantizar la continuidad del sistema privado de seguros, es razonable pensar que la concepción original de esa administración no era hacer competir a Fonasa con las Isapres, sino más bien que Fonasa asumiera el cuidado de los más pobres de la sociedad y que, eventualmente, éstos también pudieran optar por los seguros privados en un esquema de subsidios a la demanda, con la extinción subsecuente del asegurador público.

En la década de los noventa, con el término del gobierno de carácter autoritario que había regido el país durante los últimos 17 años y su reemplazo por una administración

elegida democráticamente, surgió un discurso modernizador orientado, como en otros países del subcontinente, a implementar una serie de reformas, en particular en el ámbito de la seguridad social en salud. Con el advenimiento de los gobiernos democráticos, ese proceso se detuvo y comenzó una etapa centrada en recuperar y fortalecer la red pública de salud como una reacción al estado de abandono en el que se encontraba, sin una idea clara de reforma detrás de ello. En rigor, los conceptos asociados a una reforma en salud comenzaron a difundirse durante el segundo gobierno democrático, muy orientados a aspectos financieros y con una clara influencia en el discurso de lo que organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID propugnaban en esa época como solución a los problemas de los sistemas de salud de los países en desarrollo. De hecho, la reforma de los noventa en Chile fue promovida, apoyada y financiada con préstamos y donaciones de estas y otras instituciones de carácter internacional.

Otro elemento a destacar es que dicha reforma se centró exclusivamente en algunas instituciones del sector público y en particular en el Fonasa. Esto, lejos de ser una omisión de los equipos de reforma, respondió a la decisión política de postergar la discusión global respecto de la seguridad social en salud, dada la falta de consensos en este ámbito aún dentro de la coalición gobernante, en un escenario de confrontación de intereses que detuvo muchas de las iniciativas planificadas. De este modo, la llamada Reforma de Salud de los noventa en Chile se centró en aspectos relativos a la gestión y el financiamiento de los servicios y prestaciones de salud al interior del sector público, con un rezago evidente en el desarrollo de aspectos sanitarios -aún reconociendo los profundos cambios epidemiológicos operados en la población del país durante los últimos 20 años- y sin abordar los temas concernientes al sector privado. Con todo, dicha reforma implicó avances sustantivos en las áreas abordadas, particularmente en cuanto a la introducción de categorías conceptuales y operativas como la separación de funciones al interior del sector público, la compra de prestaciones y el establecimiento de mecanismos de pago para reemplazar en forma progresiva los antiguos procedimientos de asignación de recursos. También se realizaron esfuerzos exitosos en el ámbito de la cobertura de salud por parte del seguro público, reflejados principalmente en los siguientes hitos:

- a) El aumento porcentual de la cobertura para los grupos de cotizantes de menores recursos, llegando a ofrecer cobertura del 100% (es decir, copago 0) para algunas prestaciones específicas
- b) El establecimiento de un Seguro Catastrófico para los beneficiarios del seguro público, destinado a cubrir el 100% de los costos derivados del tratamiento de las enfermedades catastróficas más prevalentes en el país (cáncer cervico-uterino; cáncer de mama; cáncer de próstata; enfermedad coronaria; insuficiencia renal; trasplante de riñón, hígado y corazón; trasplante de médula ósea para los niños menores de 16 años afectados de leucemia)
- c) El establecimiento de un Programa especial orientado a otorgar cobertura del 100% frente a problemas de salud frecuentes en los mayores de 65 años, incluyendo la adquisición y colocación de prótesis
- d) El lanzamiento en 1998 la Carta de Derechos del Beneficiario, donde da a conocer públicamente el marco de derechos y deberes de los usuarios del seguro público y de la red pública de salud. Esta Carta tuvo una gran acogida en la ciudadanía pero provocó ciertas contradicciones en los hospitales públicos, porque les impone

exigencias de información y buen trato a los pacientes que no todos ellos pueden cumplir.

En 1996 el Ministerio de Salud encargó un profundo estudio relativo a la reforma de la seguridad social en salud¹⁰, lo cual denota la importancia concedida al tema. Los resultados de dicho estudio marcaron un hito, ya que planteaban una reorganización de todo el sistema de salud en función de nuevos conceptos que suscitaron una gran polémica y develaron las divergencias existentes al interior de la coalición gobernante en torno al tema. Debido a ello, luego de realizado este estudio se tomó la decisión política de retirar de la agenda pública la reforma global al sistema de seguros de salud, con el fin de eludir el conflicto que ello suponía dentro de los grupos de gobierno. No obstante, el tema no se olvidó y continuó siendo objeto de preocupación al interior de grupos de técnicos y políticos de diversas tendencias y también motivo de atención de los medios de comunicación, debido a la insatisfacción creciente de la población en cuanto a la transparencia, la cobertura y la eficiencia del sistema.

En el marco del trabajo programático ante la cercanía de una nueva elección presidencial, grupos pertenecientes a los partidos de gobierno elaboraron dos propuestas relativas a la seguridad social en salud: El Plan Solidario de Derechos en Salud y el Programa Solidario de Equidad en Salud. Ambas tienen como base la definición de un Plan de prestaciones a financiar mediante la combinación de cotizaciones y aporte fiscal y abordan aspectos considerados falentes en el actual sistema, como la cobertura de enfermedades de alto costo, aspectos de oportunidad y calidad de la atención y mecanismos de explicitación del reaseguro implícito existente entre el seguro público y las Isapres. Ambas proponen un aumento del aporte fiscal y reconocen la importancia de la compra de prestaciones a proveedores públicos y privados. Se diferencian básicamente en que, mientras la primera propone generar incentivos para que las Isapres se hagan cargo de la salud de sus afiliados a lo largo de toda su vida y frente a todos los eventos de salud, la segunda plantea la creación de un fondo exclusivo para la cobertura de las enfermedades de alto costo a cargo del Estado, relevando a las Isapres y a Fonasa de tal responsabilidad. Lo interesante de ambas propuestas es que reconocen la importancia de la explicitación de un Plan de Salud con condiciones de cobertura y calidad asociadas al otorgamiento de las prestaciones e introducen grandes modificaciones en el ámbito de la regulación de los prestadores de las atenciones de salud.

En 1999 se dio a conocer una propuesta de reforma del sistema de salud elaborada por un grupo multidisciplinario de profesionales pertenecientes a distintas tendencias políticas, llamado “Grupo de los trece”. Dicha propuesta recoge elementos del “Estudio Técnico de la Reforma a la Seguridad Social de Salud” y plantea básicamente la reorganización del sistema público, la autonomía y acreditación obligatoria de los prestadores de salud - tanto públicos como privados -, el establecimiento de un Plan Obligatorio de Salud exigible a todos los aseguradores en condiciones adecuadas de calidad, cobertura y oportunidad, la existencia de coberturas adicionales y la creación de sistemas de acreditación para los aseguradores, los prestadores y la industria de medicamentos y de tecnología de la salud.

¹⁰ El estudio fue realizado por la Facultad de Economía de la Universidad de Chile y se denominó “Estudio Técnico de la Reforma a la Seguridad Social de Salud”.

Una vez más, aparece fuertemente la necesidad de definir un plan de salud exigible a todos los aseguradores y el énfasis en la regulación de aseguradores, prestadores e insumos, con la ventaja adicional de que se trata de una propuesta que refleja consensos entre representantes de grupos políticos de la coalición gobernante y de la oposición.

En síntesis, de los procesos de reforma de la década de los ochenta y los noventa en Chile, se puede decir que:

- a) La última reforma estructural al sistema de seguros de salud fue realizada por el gobierno militar en la década del ochenta, respondiendo a un marco ideológico, político y administrativo muy definido.
- b) Los gobiernos democráticos que sucedieron al régimen militar no tenían como objetivo original el introducir reformas, sino llevar a cabo con éxito la transición y administrar correctamente lo existente.
- c) El discurso de la reforma en salud de los '90 surgió durante el segundo gobierno democrático, bajo la clara influencia de organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID.
- d) Los cambios realizados en la década del noventa no constituyen una reforma global y sólo abordaron ciertos aspectos financieros y de gestión del sistema público, sin grandes avances en cuanto a los contenidos sanitarios
- e) Aún así, los cambios introducidos en la década de los noventa sí fueron exitosos en mejorar la gestión de los recursos al interior del sector público; en consolidar el rol de Fonasa como seguro público; en mejorar la cobertura de salud de los sectores más pobres y más vulnerables; en promover los derechos de las personas en salud; en mejorar algunos aspectos del marco regulatorio de la Isapres y en retirar ciertos subsidios estatales que aún iban destinados a apoyar ese subsistema
- f) Al interior de la coalición gobernante aún no se resuelve el conflicto central, cual es desde dónde se miran y se abordan los problemas de salud: si desde los intereses de los prestadores de servicios –y de los grupos de presión al interior del sector- o desde las necesidades de los usuarios de estos servicios. Este conflicto no resuelto ha resultado un gran obstáculo para la evolución del sistema en Chile.

A continuación se presenta un resumen de los principales hitos del proceso de reforma al sistema chileno durante las décadas de los ochenta y noventa:

Reformas planteadas al sistema chileno

- **1980:** Reforma integral de todo el sistema de salud bajo gobierno autoritario:
 - a) Creación subsistema seguros privados.
 - b) Reorganización y descentralización sector público

Objetivo: crear y consolidar un mercado privado de seguros y proveedores de salud, asignando al Estado un rol subsidiario y no central en la provisión y el aseguramiento

- **1990:** Gobierno democrático. **Objetivo:** recuperar y fortalecer el sector público de salud, sin discurso de reforma.
 - Se crea ente regulador de Isapres. Oposición política a marco legal regulatorio
 - **1995:** Reforma financiera centrada en el sector público, con eje en Fonasa
 - Separación de funciones al interior del sector público
 - Creación del Seguro Público
 - Introducción de nuevos mecanismos de pago, cambios en la gestión de recursos
 - Pocos contenidos sanitarios
 - No toca al sector privado, excepto por el retiro de ciertos subsidios
-

Logros de la reforma de los noventa en Chile

- Aumento de cobertura para población más vulnerable y de menores ingresos
- Creación de un seguro catastrófico para beneficiarios seguro público
- Mejoramiento en la gestión de recursos
- Introducción de instrumentos destinados a otorgar mayor transparencia al mercado de seguros privados
- Incorporación del concepto de Derechos de los pacientes

Desafíos pendientes del sistema chileno

A pesar de sus logros el sistema chileno de protección de la salud debe aún enfrentar serios desafíos, entre los cuales, los más importantes son:

- Segmentación por grupos de ingreso, con un subsistema público focalizado en los más pobres y un subsistema privado orientado hacia la población más rica
- Sistema de aseguramiento fracturado en dos subsistemas que operan bajo lógicas distintas
- Poca transparencia del mercado de seguros privados: insuficiencia del marco regulatorio
- Captura de los tomadores de decisión por parte de grupos de interés políticos y gremiales
- Excesiva politización del Ministerio de Salud y del sistema público de salud en general, lo cual ha convertido muchos temas de carácter técnico en objeto de negociaciones políticas, obstaculizando la implementación de soluciones a los problemas existentes en el sistema
- Hospitales públicos operan como reaseguradores implícitos
- Problemas de acceso en el sistema público
- La existencia de selección adversa, cuya resultante es que las personas más ancianas y más enfermas se concentran en el Fonasa y las más jóvenes y sanas están en las Isapres
- Insatisfacción de la población con el sistema en general
- Ausencia de mecanismos adecuados de protección para trabajadores informales y

temporeros, lo cual determina su exclusión del sistema de protección de salud

Paraguay

Paraguay posee un sistema de salud conformado por tres subsectores: el subsector público, el subsector paraestatal y el subsector privado. Las instituciones que forman cada subsector se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO Consejo Nacional de Salud (Coordinación Sectorial)

Subsector Público	Subsector Paraestatal	Subsector Privado
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social • Sanidad Militar • Sanidad Policial • Sanidad Municipal • Corporación de Obras Sanitarias • Hospital de Clínicas • Universidad Nac. De Asunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Previsión Social • Cruz Roja Paraguaya • Hospital de la U. Católica de Nuestra Señora de la Asunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, formada por establecimientos asistenciales, laboratorios farmacéuticos y farmacias

Fuente: Cuadro elaborado por la autora basándose en información de OPS en “La salud de las Américas” Vol. II, 1998

La coordinación del sector está a cargo de un Consejo Nacional presidido por el Ministro de Salud. Este Consejo tiene la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de los tres subsectores. Al Ministerio de Salud le corresponde atender a todas las personas no cubiertas por instituciones de los otros subsectores, en especial a la población de escasos recursos y/o que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad. Se calcula que alrededor de un 60% a 65% de la población total del país se encuentra en estas condiciones y que de ellos, un 40% no posee ningún tipo de cobertura de salud y se concentra en el área rural y periurbana. La siguiente tabla muestra la distribución de la cobertura de salud de la población:

DISTRIBUCION DE LA COBERTURA DE ACUERDO A INSTITUCION

SUBSECTOR	INSTITUCION	% DE LA POBLACION TOTAL CUBIERTA
Público	Ministerio de Salud	63%
Público	Sanidad Militar	3%

Público	Sanidad Policial	1%
Público	Hosp. Clínicas U. Asunción	5%
Paraestatal	Instituto de Previsión Social	13%
Privado	Diversas	15%

Fuente: tabla elaborada por la autora basándose en información de OPS en “La salud de las Américas” Vol. II, 1998

Se puede apreciar que el sector público en su conjunto tiene bajo su responsabilidad a un 72% de la población total. El Instituto de Previsión Social (IPS) otorga cobertura de salud y también en relación con los riesgos asociados a las enfermedades ocupacionales, la vejez y la invalidez. Tanto el IPS como el Ministerio de Salud están organizados en forma regionalizada con distintos niveles de complejidad y no tienen separadas las funciones de aseguramiento, compra y provisión. Por su parte, el Ministerio de Salud carece de sistemas adecuados de información y tiene serios problemas de cobertura de servicios básicos como la atención del parto, así como de oportunidad y calidad de la atención. A la Sanidad Municipal le corresponde la provisión de bienes públicos relacionados con la salud ambiental, tales como recolección de residuos domiciliarios y desinfección de locales públicos.

Financiamiento del sistema

Las fuentes y destinos de los recursos se pueden resumir en los siguientes esquemas:

■ **Fuentes de Financiamiento**

- Presupuesto general de la nación 20%
- Contribuciones al Instituto de previsión social 26%
- Gasto directo de bolsillo 54%

■ Financiamiento Ministerio de Salud

- Tesoro público 64%
- Pagos Central hidroeléctrica de Itaipú 14%
- Recursos propios 6%
- Otros 10%

■ Financiamiento Instituto de Previsión Social

- Aporte empleadores: 14% salario de sus trabajadores
- Aporte trabajadores: 8% - 9% salario mensual¹¹
- Aporte fiscal: 1,5% sobre el monto de los salarios sobre los que imponen las empresas
- Ingresos de las rentas de reserva
- Aportes de pensionados y jubilados
- Recaudación de multas y otros
- Aporte al régimen especial

¹¹ En un régimen especial, los profesores del sector público y privado de colegios y universidades así como los trabajadores independientes y de servicio doméstico, aportan el 8% de sus remuneraciones mensuales. Todos los otros trabajadores aportan un 9%

De todas esas fuentes, las tres primeras son las más importantes.

Las reformas planteadas y/o implementadas

Existe un plan de reforma del sector salud que tiene como principios equidad, calidad, eficiencia y participación social. En teoría, su implementación debería comenzar mediante un proceso de descentralización al nivel de los departamentos y direcciones regionales del Ministerio de Salud y con el desarrollo de dos proyectos apoyados por el Banco Mundial y el BID, con el objetivo de fortalecer los servicios de salud en los 11 Departamentos donde se concentra el 71% de la población. Para el Ministerio de Salud, las estrategias son:

- a) Establecer un Sistema Nacional de Salud que complemente y coordine a las instituciones responsables de proveer acciones de salud, con el fin de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención. La promulgación en 1996 de la ley del Sistema Nacional de Salud, es parte de esta iniciativa
- b) Apoyar la formación de Consejos de Salud en los niveles departamental y distrital, como parte de la política de descentralización
- c) Fortalecer los sistemas locales de salud que permitan la autogestión de los diferentes niveles de atención
- d) Crear el Centro Nacional de Datos en Salud, dependiente del Ministerio de Salud, cuya misión será recopilar y analizar datos estadísticos para facilitar la gestión sectorial

Como se ha mencionado, en 1996 el Congreso sancionó la ley que crea el Sistema Nacional de Salud. La misión del Sistema es prestar servicios de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ningún tipo, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. El sistema incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de realizar acciones de salud y a través de él se establecen conexiones intra e intersectoriales.

A pesar de estos planes sin embargo, en la práctica no se verifica su implementación y al parecer existe un grado de disenso importante entre actores importantes del sistema. El hecho de que el Instituto de Previsión Social no sea partícipe del diseño de la reforma, constituye un serio factor de riesgo para su éxito.

En todo caso, una síntesis de los principales elementos de las reformas planteadas al sistema se puede encontrar a continuación:

Las reformas planteadas al sistema paraguayo

Objetivo: Fortalecer servicios de salud en los lugares de mayor concentración de población

- Establecer un Sistema Nacional de Salud (Ley del SNS, 1996)
- Promover formación de Consejos de Salud en niveles locales (distrital, departamental)

- Crear el Centro Nacional de Datos en Salud (apoyo estadístico)

Desafíos pendientes

El sistema paraguayo debe enfrentar aún grandes desafíos, en especial en el área de desarrollo y consolidación del propio sistema. Entre dichos desafíos, los principales son:

- Falta de cobertura básica de salud para la mayor parte de la población
- Inequidad, segmentación por ingresos
- Precios no regulados: de prestaciones, de medicamentos e insumos
- Debilidad de Autoridad sanitaria
- Inexistencia de marco regulatorio para el sistema en su conjunto, tanto en provisión como en aseguramiento
- Falta de sistemas de información adecuados
- Elevado gasto directo en salud

Uruguay

El sector salud uruguayo está formado por dos subsectores: el subsector público y el privado, los cuales a su vez, son conformados por diversas instituciones, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO

Subsector Público	Subsector Privado
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública • Sanidad de la Fuerzas Armadas • Sanidad Policial • Hosp. de Clínicas U. de la República • Banco de Previsión Social • Fondo Nacional de Recursos • Gobiernos departamentales • Entes autónomos • Servicios descentralizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de Asistencia Médica Colectiva • Sanatorios privados • Emergencias móviles • Clínicas médicas • Seguros parciales • Seguros integrales • Empresas privadas de diagnóstico y tratamiento

Fuente: cuadro elaborado por la autora basándose en información del documento “Evolución y reforma de los seguros de salud en el Mercosur y Chile, caso uruguayo”, del equipo de representación de los trabajadores en el Banco de Previsión Social, 2.000

En general, el sistema posee las siguientes características:

- Sistema mixto, tanto para el aseguramiento como para la provisión, de larga trayectoria en el país
- Cobertura :
 - Sector público 40%

- Sector privado 48% (principalmente las IAMC)
- Sin cobertura formal 12%

Como se puede apreciar, es el subsector privado el responsable del mayor porcentaje de cobertura en salud. Este hecho forma parte de la historia del país, ya que en Uruguay se definió, casi al inicio de la república, una estructura de prestadores de salud que se mantiene hasta hoy - aún cuando ha sufrido cambios- y que consiste en un fuerte sector privado, integrado por instituciones mutualistas –las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, IAMC-, Cooperativas, seguros específicos y algunas cajas privadas. A 1998 existían 53 IAMC, 68 seguros parciales de salud, varios institutos de medicina especializada, una cantidad no definida de consultorios médicos particulares de pago por servicio, sanatorios privados y algunas compañías de seguros transnacionales.

Dentro del sector privado, las instituciones más relevantes en términos de cobertura son las IAMC. Una particularidad de estas instituciones es que brindan cobertura a un número importante de adultos mayores y tienen una estructura de afiliados más envejecida que el conjunto de la población, lo cual implica mayores costos promedio en atención de salud y un pool de riesgo donde las enfermedades crónico degenerativas tienen mayor probabilidad de ocurrencia. Por otra parte, existe un 5,6% de la población que declara no tener cobertura de salud de ningún tipo. En el tramo de menores ingresos un 17,1% declara no tener cobertura, en tanto que en el tramo de mayores ingresos sólo un 2,0% declara encontrarse en esta situación. Resulta interesante destacar que la cobertura en salud que brinda el ex-Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social –la seguridad social que ofrece el sector público- cae en forma importante en el tramo de 60 años y más, pero esta caída es compensada por un incremento equivalente en el número de afiliados al sistema en forma individual –en el sector privado- lo cual constituye una fortaleza del sistema, ya que en la mayoría de los países de la región, los pensionados y adultos mayores tienen una mala cobertura en los sistemas de salud. La seguridad social sólo cubre, desde 1996, a un porcentaje menor de pensionados y/o jubilados con ingresos muy bajos.

Se debe hacer notar sin embargo, que existe una brecha entre la cobertura formal y real de las IAMC, principalmente porque ellas han incrementado significativamente los copagos a partir de 1991. Ello ha inducido a que personas que están afiliadas a una IAMC terminen atendándose en el sector público debido a incapacidad económica para asumir el copago, lo cual su vez recarga a este sector y constituye un subsidio no explícito desde el sector público hacia las IAMC. Un hecho curioso es que en el origen del aumento de los copagos se encuentra un mecanismo regulatorio, cual es que el Ejecutivo fija los montos de las cuotas de prepago a las IAMC. Por lo tanto, ante un aumento del gasto, las IAMC ajustan incrementando los copagos, lo cual conduce en la práctica a una auto-exclusión de las IAMC de muchos trabajadores y jubilados, que aún siendo cotizantes del sistema, deben recurrir al sector público. Sería interesante saber si el aumento del gasto tiene relación con un incremento neto de los costos de las prestaciones – debido, por ejemplo a una mayor incidencia de enfermedades crónico degenerativas, dada la concentración de adultos mayores- o si se debe a un aumento de los costos de administración del sistema, debido, por ejemplo, a un incremento en los costos de captación y ventas, o si se trata simplemente de un alza de los precios para mantener el nivel de utilidades del sistema. En todos esos casos se debería revisar la eficacia del mecanismo regulatorio en uso, ya sea para aumentar

los montos de las cuotas de prepago, intervenir en los costos de administración del sistema o intervenir en los precios, ya que, en las actuales condiciones, el aumento del gasto recae sobre los usuarios del sistema y constituye un factor de inequidad.

Los principales elementos de los sistemas privados de protección de la salud en Uruguay se resumen a continuación:

Sistemas privados de protección en Uruguay

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC): tradición mutualista
- Cooperativas
- Seguros específicos
- Cajas privadas

- IAMC: cobertura importante de adultos mayores. Sin embargo, existe brecha entre cobertura formal y real, por aumento de los copagos, que constituyen gastos directos del bolsillo del afiliado
- Niños: pobres, sin cobertura

El sistema público

Por su parte, el sector público posee una red de servicios que operan bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública, orientados fundamentalmente al segmento de la población que por motivos económicos no puede adherirse al sector privado, además de establecimientos para la atención de militares y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), donde cabe destacar la existencia del Fondo Nacional de Recursos, que ofrece cobertura para prestaciones médicas de alta complejidad. En el ámbito del aseguramiento cuenta con el Banco de Previsión Social, que cubre la atención del embarazo y el parto a trabajadoras o esposas de trabajadores y la atención pediátrica hasta los seis años de edad y el Banco de Seguros del Estado, que cubre los accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales de los trabajadores adscritos a la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad.

Los organismos autónomos y servicios descentralizados, estatales y paraestatales, ofrecen servicios médicos diversos, desde hospitalización hasta el pago de la cuota de afiliación a un seguro privado.

El fenómeno de infantilización de la pobreza

Un aspecto importante de analizar en términos de la protección que ofrece el sistema de salud en Uruguay, es la falta de cobertura para los menores de 18 años. Esto tiene que ver, por un lado, a que en este estrato etéreo un porcentaje importante es pobre –de hecho, representan el 46% del total de pobres de la población del país, de acuerdo a la Encuesta

Continua de Hogares -. Sin embargo, la pobreza no explica totalmente esta situación, ya que el porcentaje de niños que no cuentan con ninguna protección de salud es similar entre el segmento de niños pobres¹² y el de niños no pobres, alrededor de un 6% para ambos grupos. Lo que sí varía entre ambos segmentos es el tipo de cobertura, ya que los niños pobres que tienen cobertura están cubiertos por el sistema público, en tanto los no pobres con cobertura están afiliados predominantemente a las IAMC. Resulta interesante reflexionar acerca de los acuerdos tácitos que subyacen a este arreglo social, en el cual los niños se encuentran en una situación de desprotección, en tanto que para los ancianos la situación es más ventajosa.

Afiliación y financiamiento del sistema

La afiliación al sistema de protección de salud es obligatoria bajo ciertas condiciones para los trabajadores de la actividad privada de la industria, el comercio, rurales y domésticos, así como para los beneficiarios del subsidio de desempleo –excepto para los empleados bancarios activos y desempleados- a través del seguro de enfermedad que administra el Banco de Previsión Social, quien contrata con las IAMC la atención médica para sus afiliados. La afiliación es voluntaria para el resto de los ciudadanos del país incluyendo los trabajadores independientes, los empresarios rurales y los jubilados dependientes de bajos ingresos.

En relación con el financiamiento del sistema en su conjunto, lo primero que llama la atención es la existencia de una gran cantidad de fuentes de financiamiento de origen público, privado o mixto, sin una clara diferenciación respecto del destino de los recursos. A su vez, existe una gran cantidad de modalidades de financiamiento tales como impuestos, aportes de los trabajadores y de los usuarios en general, primas, cuotas y pagos directos de bolsillo. Todo ello hace que el financiamiento del sistema de protección de salud sea poco claro y difícil de comprender para los afiliados. Asimismo, la complejidad que caracteriza a la actual estructura a través de la cual fluyen los recursos desde las familias hacia los prestadores –es decir, el sistema de aseguramiento- y la cobertura que éstos otorgan a cambio a la población, no permite identificar si este modelo responde a las demandas de salud en forma proporcional a los aportes que recibe y si contribuye a mejorar la equidad entre la población. En todo caso, sí se puede afirmar que la principal fuente de financiamiento para el sector público son los impuestos, que representan un 88% del total de sus fuentes de ingresos. Para el sector privado, la principal fuente de financiamiento son las cotizaciones y los copagos.

Por otra parte, el gasto en salud en Uruguay ha crecido desde comienzos de la década del noventa, ascendiendo en 1995 a US\$ 1.745, lo que representaba para ese año, alrededor del 10% del PIB. Este porcentaje es similar al que se observa en los países desarrollados. Sin embargo, si se analiza el gasto per cápita, se encuentran grandes diferencias entre el sector público y el sector privado, siendo para ese año de alrededor de US\$930 para el sector privado y US\$ 260 en el sector público. Esto es concordante con el aumento del gasto en las IAMC y permite observar que más de dos tercios del gasto en salud tiene lugar en el sector privado. Efectivamente el gasto privado, que incluye el gasto de las IAMC, los

¹² Que se encuentran bajo la línea de pobreza

seguros privados parciales e integrales, el gasto de bolsillo en medicamentos y la compra directa de servicios de salud por parte de los individuos o las familias, equivalía a 1995 al 71,4% del gasto total en salud del país. Dentro de él el gasto de las IAMC representaba a ese mismo año, un 49,6% del gasto total en salud del país. Este incremento sostenido del gasto en salud en el sector privado constituye una situación difícil de sostener en el tiempo y puede conducir a una fuga masiva de los afiliados hacia el sector público, en un escenario en que no es claro que el sector público tenga la capacidad de asumir el aumento de la demanda. Por todo ello parece recomendable identificar las causas del aumento del gasto e implementar estrategias de reducción de dicho gasto en el corto o mediano plazo.

Con relación a lo anterior, se debe hacer notar que no existe en el sistema una entidad regulatoria claramente distinguible que pudiera establecer reglas del juego más claras en términos del flujo de recursos que entra al sistema y los servicios que el sistema debe proveer a cambio a sus afiliados, así como un plan de derechos en salud exigible a todas las instituciones, públicas y privadas, que operan en el lado del aseguramiento. Esta carencia de regulación constituye un serio problema del sistema.

A continuación se resumen las principales características en cuanto al financiamiento del sistema:

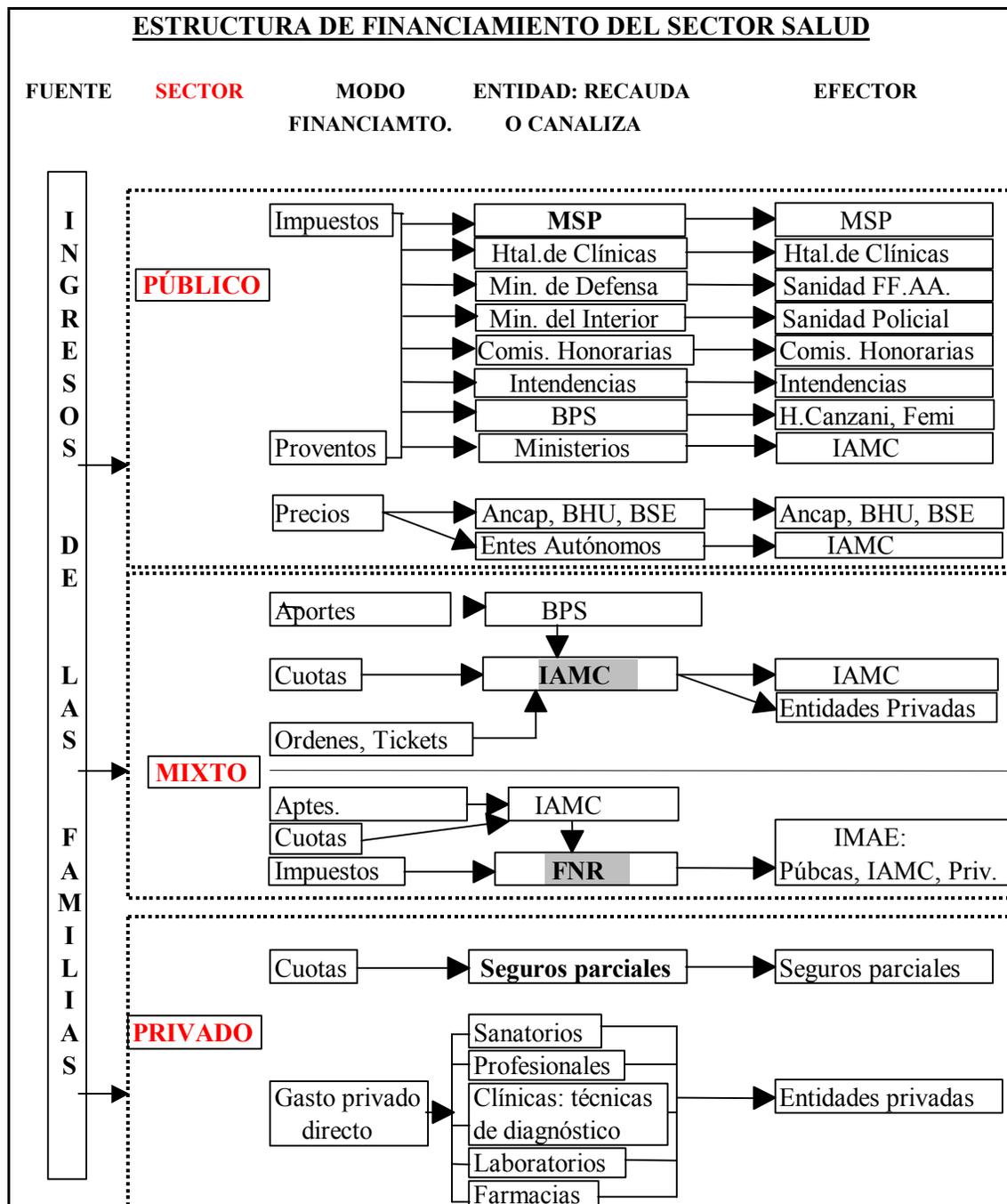
Financiamiento del sistema uruguayo:

- Gran cantidad de fuentes públicas y privadas, sin una clara diferenciación en cuanto al destino de los recursos
- Diversas modalidades de financiamiento: impuestos, aportes de trabajadores, primas, cuotas y pagos directos de bolsillo: Poco claro para los afiliados
- Impuestos: 88% del total para sector público
- Cotizaciones y copagos: principal fuente para sector privado

La evolución del sistema por su parte muestra signos preocupantes en cuanto a aumento del gasto en salud y plantea dudas respecto de la sostenibilidad financiera del sistema, en especial de la IAMC, como se puede observar a continuación:

Evolución del sistema

- Gran aumento del gasto (10% PIB en 1995)
 - Gasto per cápita: US\$930 sector privado, US\$260 sector público
 - Aumento del gasto privado: 71% del gasto total de salud en 1995
 - Gasto IAMC: 49.6% del total del gasto en salud 1995
 - Ausencia de marco regulador claro en cuanto a los flujos de recursos en el sistema
- En el esquema siguiente se muestra la estructura de financiamiento del sistema de salud uruguayo y los roles de las instituciones en el sistema.



Fuentes: Lazarov-Grau, en documento "Evolución y reforma de los sistemas de salud en el Mercosur y Chile. Caso Uruguayo" del equipo de representación de los trabajadores en el Banco de Previsión Social. Junio,2000.

Las reformas planteadas y/o implementadas

A mediados de la década del 80, el gobierno uruguayo definió la implementación de cambios en el sistema de salud como parte de una reforma más global del Estado orientada a mejorar la gestión pública. Dicha reforma está actualmente en curso. La estrategia definida para el sector salud se basa en los siguientes objetivos:

- a) Revalorización de la atención primaria
- b) Mejoramiento de la coordinación entre los subsectores público y privado
- c) Modernización del sistema de información, orientado a implementar un registro único de cobertura asistencial formal
- d) Descentralización y autonomía de los hospitales públicos
- e) Fortalecimiento del nivel central del Ministerio de Salud en su rol rector

El proceso de descentralización de la gestión de los hospitales públicos comenzó en 1987, con la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En 1995, el gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE. Este artículo no fue aprobado, debido a la presión del sector privado, que veía en la ASSE un competidor potencial. El Ministerio de Salud ha continuado con la política de descentralización, en especial en lo referente a lograr la gestión descentralizada de los hospitales públicos.

En cuanto al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud, éste está orientado a mejorar la capacidad del nivel central ministerial en los siguientes aspectos:

- a) La formulación de planes y programas
- b) El establecimiento de normas técnicas, administrativas y financieras
- c) La supervisión, auditoría y evaluación del cumplimiento de las políticas

Un aspecto que ha resultado de difícil manejo para la autoridad en el proceso de reforma dice relación con las remuneraciones de los médicos, quienes, agrupados en asociaciones gremiales poderosas y a través de diversas medidas de presión, han logrado impedir las reformas tendientes a establecer topes de remuneraciones y a introducir modalidades de pago distintas del pago por servicio o acto médico.

En síntesis, se puede decir que en Uruguay han existido intentos de reforma del sistema de salud que no se han concretado a cabalidad, pero que sí existe un intenso debate acerca del deber ser del sistema, aún cuando esta discusión no ha abordado aspectos centrales acerca de la regulación y estructura del sistema de aseguramiento en salud.

A continuación se resumen los principales hitos del proceso de reformas del sistema uruguayo:

Reformas planteadas al sistema uruguayo

- **1980:** cambios en el sistema de salud en el marco de un proyecto global de mejoramiento de la gestión pública

Objetivos:

- Revalorizar atención primaria
 - Mejorar coordinación entre subsectores público y privado
 - Modernizar sistemas de información
 - Descentralización y autonomía hospitales públicos
 - Fortalecimiento rol rector Ministerio de Salud
- **1987:** Se inicia descentralización de la gestión de los hospitales públicos. Creación de ASSE
 - **1995:** Proyecto que incluía descentralización de ASSE. No fue aprobado en el Parlamento
-

Desafíos pendientes sistema uruguayo

- Inexistencia de una política explícita de salud capaz de ordenar las relaciones público/privadas/usuarios
- Carencia de marco regulatorio adecuado
- Fragmentación del sistema: servicios distintos, de diversa calidad
- Descapitalización creciente de las IAMC
- Aumento sostenido del gasto en salud: auto-exclusión
- Segmentación por grupos de ingresos
- Ausencia de mecanismos de protección para los menores de 18 años
- Captura de tomadores de decisión por parte de grupos de interés

Análisis general del proceso de reforma y estado actual de los sistemas de salud en los países en estudio, conclusiones y recomendaciones de política

Como se puede observar a lo largo de este documento, los países en estudio han arribado a diferentes arreglos institucionales en cuanto a sus sistemas de protección contra los riesgos de salud a partir de orígenes similares. Sin duda estos procesos han estado marcados por sus diversas contingencias históricas, políticas y económicas, así como por la influencia de los diversos grupos de poder al interior de sus sociedades. Estos elementos siguen muy presentes en los actuales intentos de reforma, que una vez más, muestran la heterogeneidad de las soluciones propuestas en los distintos países. Es así como Brasil intenta fortalecer un sistema público único y de cobertura universal de salud, donde el aseguramiento y la provisión no se encuentran diferenciados; en tanto Argentina, Uruguay y Chile buscan fortalecer la capacidad regulatoria del sector público e introducir modificaciones tendientes a mejorar la cobertura y disminuir las diferencias de calidad, acceso y oportunidad de atención en escenarios donde las instituciones privadas son actores estables y poderosos del sistema y existe una diferenciación entre los roles de aseguramiento y provisión de servicios de salud. Paraguay, por su parte, se encuentra en un

proceso de consolidación institucional tendiente a lograr un sistema único de salud, donde sin embargo no es posible predecir la dirección que tomará el proceso, debido principalmente a los serios problemas de cobertura que ofrece el sistema, al bajo gasto per cápita en salud - lo cual representa un obstáculo para el Estado en términos de la posibilidad de financiamiento del sistema – y el bajo grado de consenso y participación en el proceso de reforma.

No obstante estos diversos escenarios y las diferentes estrategias implementadas, resulta preocupante comprobar que todos los países en estudio presentan, en mayor o menor medida problemas similares, entre los cuales los más serios dicen relación con:

- a) La inequidad, expresada en la existencia de sistemas públicos - mal atendidos, con escasez de recursos, con problemas de cobertura, acceso, calidad y oportunidad de atención- orientados a los segmentos más pobres de la población y sistemas privados que ofrecen mejores condiciones de cobertura, acceso y oportunidad a aquellos que puedan pagarlos, es decir, a los segmentos más pudientes de la población
- b) La ausencia de marcos regulatorios adecuados y de instituciones capaces de supervisar el cumplimiento de dichas regulaciones
- c) La captura de las entidades que tienen la responsabilidad de introducir mejorías al sistema, por parte de grupos de interés político, gremial o económico
- d) Los costos crecientes del sistema, el incremento de los copagos y el elevado porcentaje de pago directo del bolsillo del usuario, que provocan la auto-exclusión de muchos cotizantes de los sistemas de prepago
- e) La ausencia de cobertura adecuada para los trabajadores informales
- f) La insatisfacción de los ciudadanos respecto del sistema

En este escenario, una primera conclusión que surge del estudio es que los gobiernos de estos países deben ser capaces de identificar, definir y priorizar el rol que les compete en el sector salud - y específicamente en el ámbito del aseguramiento- de acuerdo a sus reales capacidades gerenciales y económicas, considerando las condiciones del país, los actores en juego y la realidad epidemiológica, con una mirada de largo plazo. Y luego de este ejercicio, que requiere de una combinación de habilidades técnicas y políticas, deben tener la capacidad de asumir el o los roles definidos y priorizados, sin dejarse llevar por la tentación de asumir otros roles por el temor a que nadie en la sociedad sea capaz de hacerlo. Para que esto ocurra se requiere, en primer término, generar condiciones de respaldo político suficiente, lo cual a menudo supone entablar diálogo con grupos de adversarios y suscribir acuerdos que permitan cumplir el objetivo. Ello sólo es posible si se logra mirar la política de salud como una política de Estado y no como el territorio donde el gobierno de turno puede hacer lo que desea.

Otra conclusión tiene que ver con la importancia de establecer marcos regulatorios claros y conocidos por todos los actores, entendiendo la regulación como un conjunto de reglas que permiten resguardar los derechos de los actores en juego y en particular los de aquéllos que cuentan con menos información y menos poder, los cuales, en los países en estudio, corresponden a los afiliados y beneficiarios. Dichos marcos regulatorios deberían tender a homogeneizar los mínimos exigibles de cobertura, los copagos y las cotizaciones,

así como las condiciones de acceso, calidad y oportunidad de la atención a que tienen derecho los afiliados en los distintos subsistemas de aseguramiento, independientemente de su situación económica. El establecimiento del marco regulatorio constituye un rol primordial e indelegable del sector público y a él se debieran destinar importantes recursos, aún cuando ello implique sacrificar otras tareas. Es importante tener en consideración que, una vez establecido el marco regulatorio –sin perjuicio de ajustes tendientes a mejorarlo– éste debe ser respetado por todos los actores, incluyendo al propio sector público.

Una característica que aparece con frecuencia en los sistemas de aseguramiento en salud de los países en estudio, es la captura de los tomadores de decisión por grupos de interés político, gremial o económico. Resulta recomendable establecer estrategias que permitan independizar ciertas decisiones técnicas –en particular las de tipo regulatorio– de la influencia de estos grupos, ya que la experiencia demuestra que, por lo general, ellos buscan satisfacer sus propios intereses aún a costa del interés público y los costos, una vez más, los pagan los más pobres o vulnerables de la sociedad. Otra recomendación en este ámbito tiene que ver con hacer intentos serios por despolitizar los temas técnicos, ya que de otra manera se corre el riesgo de convertir herramientas valiosas en emblemas de una posición u otra impidiendo su utilización, como ha ocurrido en algunos países con la autogestión hospitalaria y el subsidio a la demanda.

Quizás una de las lecciones más difíciles de implementar que se puede extraer de este estudio de casos dice relación con la necesidad inevitable de construir confianzas entre los actores sobre la base del respeto mutuo, reglas claras y haciendo exigible el cumplimiento de dichas reglas. Esto es particularmente cierto a la hora de establecer el marco de relación entre el Estado y grupos de presión tales como los gremios de la salud, particularmente las asociaciones médicas.

Respecto de los usuarios de los sistemas de salud, cotizantes o beneficiarios de los sistemas públicos o privados de aseguramiento, algo que se olvida a menudo es que son ellos los verdaderos protagonistas del sistema, los que deben constituir el centro de las preocupaciones del Estado y de los efectores privados y que, independientemente de su poder económico y de los arreglos institucionales de cada sociedad, algo que todo sistema puede y debe brindarles es respeto por sus derechos. Respeto expresado en buen trato, información transparente y veraz, servicios de calidad homogénea y una explicitación clara en cuanto a lo que pueden esperar y exigir de su sistema de salud. El poner el tema de los derechos de las personas en salud como una prioridad en la agenda de los países es, en principio, una responsabilidad del Estado. Sin embargo, debiera constituirse en una responsabilidad de la sociedad en su conjunto. Porque una de las claves del desarrollo está en contar con ciudadanos que se reconozcan como tales con derechos y responsabilidades, que exijan ser tratados con respeto y que a su vez traten a los otros con respeto y que cuenten con la información suficiente que les permita tomar decisiones adecuadas acerca de su estado de salud, incluyendo la decisión acerca de su sistema de aseguramiento y de los recursos que pueden o desean destinar a él.

En este ámbito también es importante tener en cuenta que los procesos de reforma en general son lentos y durante el período de transición de un esquema a otro –que puede tomar años e incluso décadas– se producen perturbaciones que muchas veces profundizan

las inequidades y generan situaciones de mayor desventaja para los grupos más pobres o más vulnerables de la sociedad. Por lo tanto, es importante prever estos hechos y establecer de antemano mecanismos destinados a disminuir el impacto de las perturbaciones transicionales sobre los más pobres y más desprotegidos.

Finalmente, no se debe olvidar que la integración de los mercados requiere del desarrollo de fuerzas laborales en condiciones de poder competir y diversificar positivamente sus productos. Para ello resulta indispensable contar con individuos protegidos adecuadamente en sus necesidades de salud y contra los eventos asociados al envejecimiento y con sociedades que estén dispuestas a pagar el precio que ello implica, sacrificando si es necesario la obtención de otros bienes. En términos de los sistemas de protección en salud, esto se traduce en condiciones homogéneas de cobertura, acceso, calidad y oportunidad de la atención de salud. A esto deberían apuntar los países que desean hacer del Mercosur una alianza estable, poderosa y fructífera para todos.

A continuación se encontrará un resumen de las conclusiones y recomendaciones de política:

Conclusiones y recomendaciones generales de política

- No obstante las diversas estrategias implementadas, los países en estudio presentan problemas similares:
 - Inequidad
 - Segmentación por ingresos
 - Marcos regulatorios débiles o inadecuados
 - Captura de los administradores del sistema por parte de grupos de interés
 - Exclusión

- Al respecto:
- El Estado debe ser capaz de identificar, definir y priorizar el/los rol(es) que le corresponde en el sector salud, de acuerdo a sus reales capacidades técnicas y económicas, a la realidad epidemiológica del país y a los otros actores en juego
- Roles poco delegables y que por tanto el Estado debiera priorizar:
 - Diseño del sistema/ estrategias de largo plazo
 - Regulación
 - Provisión y financiamiento de los bienes de salud pública
 - Protección de los grupos más vulnerables de la sociedad

- Es fundamental contar con marcos regulatorios claros y conocidos por todos los actores:
 - Reglas del juego que permiten resguardar los derechos de todos los involucrados y proveen un marco de relación en condiciones justas
 - Deben tender a igualar condiciones de cobertura, acceso, calidad y oportunidad de la atención
 - Deben ser respetadas por todos los actores en juego
- Es necesario generar grados crecientes de independencia entre las decisiones técnicas e intereses políticos/gremiales
- Se deben poner las necesidades de las personas en el centro de las preocupaciones del Estado
- Es importante aprender a confiar en la capacidad de las personas para decidir qué es mejor para ellas
- Se deben generar condiciones que garanticen:
 - Buen trato
 - Información clara y veraz
 - Marco de derechos y responsabilidades mutuas

- Los sistemas de protección social son elementos importantes de estabilidad social
- Los procesos de integración requieren:
 - Condiciones homogéneas de protección de las necesidades de salud
 - Acuerdos migratorios y estrategias sanitarias acordes
 - Desarrollo de fuerzas laborales en condiciones de diversificar positivamente el producto de su trabajo