
estudios y perspectivas

44

La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio

Ana Sojo



Unidad de Desarrollo Social

México, D.F., febrero del 2006

Este documento fue preparado por Ana Sojo, quien hasta el 15 de enero de 2006 se desempeñó como Jefa de la Unidad de Desarrollo Social de la Sede Subregional de la CEPAL en México.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1680-8800

ISSN electrónico 1684-0364

ISBN: 92-1-322867-8

LC/L.2484-P

LC/MEX/L.708

Nº de venta: S.06.II.G.9

Copyright © Naciones Unidas, febrero del 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, México, D. F.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 7 |
| I. La garantía de prestaciones básicas en sistemas de salud rezagados | 9 |
| 1. Guatemala: la atención primaria como foco de la reforma | 10 |
| 2. Bolivia: garantías respecto de la atención materno-infantil | 12 |
| II. Chile: la garantía de prestaciones avanzadas como rearticulación del sistema dual de salud | 15 |
| 1. Los orígenes del sistema dual de salud..... | 16 |
| 2. El plan original de garantías del AUGE del 2002 | 17 |
| 3. El régimen general de garantías en salud del 2004: una versión viable del AUGE..... | 25 |
| III. La garantía de prestaciones básicas y los retos de la segmentación de servicios en México | 27 |
| 1. Algunos paquetes de prestaciones básicas que precedieron al Seguro Popular de Salud..... | 27 |
| 2. Los sentidos del SPS y sus potenciales tensiones..... | 30 |
| IV. Conclusiones | 41 |
| Bibliografía | 43 |

| | |
|---|----|
| Anexos: | 47 |
| I La garantía de prestaciones en Chile..... | 49 |
| II Chile: enfermedades seleccionadas en 2005 por el Régimen de garantías en salud | 52 |
| Serie Estudios y perspectivas: números publicados | 53 |

Índice de cuadros

| | | |
|----------|---|----|
| Cuadro 1 | Guatemala: Población sin seguro médico (público y privado), según categorías de ingreso per cápita respecto de la línea de pobreza, alrededor del año 2000..... | 11 |
| Cuadro 2 | Chile: Ocupación, afiliación de aseguramiento en salud e ingresos de mujeres que se atendieron por situaciones relativas al parto en los 12 meses previos a la encuesta, 2000 | 22 |
| Cuadro 3 | Recursos del presupuesto federal transferibles al SPS al cierre de 2004 | 34 |
| Cuadro 4 | Seguro popular de salud en México: Porcentaje de cuota familiar vigente a abril de 2005 respecto del ingreso promedio. Deciles de ingreso | 35 |

Índice de diagramas

| | | |
|------------|--|----|
| Diagrama 1 | Asignación de fondos a los servicios de salud para el SPSS, según fuentes y usos del financiamiento..... | 39 |
|------------|--|----|

Resumen

Los cuasimercados en salud buscan introducir competencia en el ámbito público mediante la separación de funciones, en aras de mejorar su eficiencia y calidad. En las diversas combinaciones público-privadas, y de acuerdo con la morfología de los sistemas de salud, pueden regir distintas reglas del juego del aseguramiento, del financiamiento y de la prestación. Se trata de vincular el financiamiento con productividad, cobertura, rendimiento y cumplimiento de metas. Al especificar la garantía de prestaciones de aquellos servicios a los que tienen derecho determinados beneficiarios, se crea una función de compra con sentido estratégico, ya que implica tres tipos de decisiones en torno al financiamiento: cuáles intervenciones van a ser compradas, cómo van a ser compradas, y a qué proveedores.

Algunos sistemas de salud de la región han establecido una separación de funciones y mecanismos iniciales de financiamiento basados en resultados que permiten considerarlos como cuasimercados en ciernes. En algunos de ellos se han introducido garantías para diversas prestaciones de salud. Si bien en todos los casos dichas garantías procuran incrementar la equidad en el disfrute de la salud, esta reforma tiene repercusiones muy distintas respecto de la organización general de los sistemas de salud, según el grado de desarrollo y los rasgos de cada uno y la cobertura de que ya disfruta la población.

Este estudio considera en primer lugar la introducción de garantías en países que se caracterizan por grandes rezagos en la cobertura de salud, y trata con más detalle el caso de Guatemala y muy

brevemente Bolivia. En segundo término se analiza minuciosamente Chile, mostrando la superación parcial de la dualidad de su sistema de salud que las garantías implican. Finalmente se considera la reciente experiencia de México, a fin de mostrar el sentido de las garantías del seguro popular de salud en un sistema de aseguramiento que ha adolecido de una gran segmentación. Como se aprecia en todos los casos, tanto los procesos de descentralización como la combinación público-privada de cada país son importantes respecto de la organización de la garantía de prestaciones.

Introducción¹

Los cuasimercados en salud promueven una competencia de proveedores y/o de aseguradores, pero difieren de los mercados convencionales en algunos aspectos. En cuanto a la demanda, el poder de compra se expresa mediante un presupuesto que establece y pacta el ente comprador público, y los precios se negocian o administran en un marco presupuestario. Los consumidores están representados por agentes, es decir, por la entidad compradora, cuyo carácter está determinado por la organización del cuasimercado y por las reglas del juego del aseguramiento y del financiamiento asociado a éste. En cuanto a la oferta, ésta puede comprender una variedad de formas de propiedad —estatal, municipal, *trusts*, consorcios y organizaciones sin fines de lucro— que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiamiento (Bartlett y Le Grand, 1993, pp. 23 y 24).

Los elementos de competencia pueden introducirse en diferentes planos: ampliando la participación privada en la combinación público-privada; o al cambiar el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato; también al posibilitar que éstas se acojan al derecho privado. Diversos mecanismos sirven para promover la competencia entre los prestadores, como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.

¹ Versión revisada de la ponencia presentada en el V Congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud: Invirtiendo en Salud; en sesión sobre “Reforma de la salud en países de ingreso medio de América Latina”, Barcelona, julio de 2005. Agradezco los valiosos comentarios y sugerencias de Juan Carlos Moreno-Brid.

Los cuasimercados buscan introducir competencia en el ámbito público mediante la separación de funciones, en aras de mejorar su eficiencia y calidad. En las diversas combinaciones público-privadas, y de acuerdo con la morfología de los sistemas de salud, pueden regir diversas reglas del juego del aseguramiento, del financiamiento y de la prestación. Se trata de vincular el financiamiento con productividad, cobertura, rendimiento y cumplimiento de metas.

Al especificar la garantía de prestaciones de aquellos servicios a los que tienen derecho determinados beneficiarios, se crea una función de compra con sentido estratégico, ya que implica tres tipos de decisiones en torno al financiamiento: cuáles intervenciones van a ser compradas, cómo serán compradas, y a qué proveedores (Figueras y otros, 2005, p. 45).

Algunos sistemas de salud de la región han establecido una separación de funciones y mecanismos iniciales de financiamiento basados en resultados que permiten considerarlos como cuasimercados en ciernes. En algunos de ellos se han introducido garantías para diversas prestaciones de salud. Si bien en todos los casos dichas garantías buscan incrementar la equidad en el disfrute de la salud, esta reforma tiene repercusiones muy distintas respecto de la organización general de los sistemas de salud, según el grado de desarrollo y los rasgos de cada uno y la cobertura de que ya disfruta la población.

En este estudio se considera en primer lugar la introducción de garantías en países que se caracterizan por grandes rezagos en la cobertura de salud, por lo que se analiza con mayor detalle el caso de Guatemala y muy brevemente Bolivia. En segundo término se expone un estudio minucioso de Chile, mostrando la superación parcial de la dualidad de su sistema de salud que las garantías implican. Finalmente, se considera la reciente experiencia de México, para mostrar el sentido de las garantías del seguro popular de salud en un sistema de aseguramiento que ha adolecido de una gran segmentación. Como se verifica en todos los casos, tanto los procesos de descentralización como la combinación público-privada específicos de cada país son importantes respecto de la organización de la garantía de prestaciones.

I. La garantía de prestaciones básicas en sistemas de salud rezagados

Como un todo, la región muestra un virtual equilibrio de las eras epidemiológicas. Por otra parte, considerando los singulares perfiles epidemiológicos y desigualdades de salud, sus países enfrentan en diversos grados una transición epidemiológica polarizada, en la cual se traslapan las enfermedades transmisibles y degenerativas, y el bienestar en salud se distribuye desigualmente en detrimento de los más pobres (Bobadilla y otros, 1990). Los países que tradicionalmente no han proporcionado a su población una adecuada cobertura de salud, tanto en términos horizontales (población cubierta) como verticales (prestaciones efectivas), son precisamente aquellos donde se muestran de manera más acusada los problemas asociados a esta polarización.

En la última década, algunos de los países de la región más rezagados en cuanto a la cobertura de salud de la población y al desarrollo de formas solidarias de financiamiento han establecido una separación de funciones propia de los cuasimercados, y han enfatizado el establecimiento de paquetes básicos de prestaciones de salud para los sectores más pobres de la población. En cada caso, la política adquiere características acordes con las singularidades de los sistemas de salud, sus formas de financiamiento y articulaciones con los sistemas políticos.

1. Guatemala: la atención primaria como foco de la reforma

El proyecto de reforma de la salud en Guatemala fue diseñado en el marco de los Acuerdos de paz firmados en 1996, e inicialmente era de gran alcance. Se apuntaba a introducir transformaciones radicales que, de llevarse a la práctica, hubiesen modificado sustancialmente el equilibrio político y los incentivos de los prestadores públicos, bajo una concepción en la que el Estado, el sector no gubernamental y los mecanismos de mercado habrían desempeñado papeles muy importantes. Diversos factores políticos impidieron la marcha exitosa de componentes fundamentales como la separación de las funciones prestadora, compradora y aseguradora, el impulso a la descentralización, la modificación de los servicios hospitalarios, y el incremento de recursos destinados a la salud (González, 2005).²

En el marco de esas restricciones políticas, la garantía de prestaciones de un paquete de atención primaria de la salud terminó convirtiéndose en el eje de la reforma a inicios del milenio.³ En un país donde la pobreza aqueja a más de la mitad de la población, la extensión de la cobertura mediante la garantía de un paquete básico de atenciones en el nivel primario ha sido un eje que ha tenido una relativa continuidad, pese a los cambios de gobierno, y la ampliación evidencia ciertos logros, como la reducción de la mortalidad materna en zonas como Alta Verapaz.⁴ Se amplió también el acceso de la población a medicamentos. Algunos aducen, sin embargo, que tradicionalmente en los centros de salud las medicinas eran gratis, no así en el caso de algunas entidades prestadoras, y critican que algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) cobren intereses sobre deudas de medicamentos.

Por el contrario, elevar los bajos niveles de aseguramiento propios del país, que van de la mano de los bajos ingresos (véase el cuadro 1), mediante una reforma del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) u otros mecanismos, no ha sido un objetivo prioritario. Pero el IGSS ha participado en la ejecución coordinada de programas de extensión de cobertura para el sector informal rural y urbano (Slowing, s/f). Por su parte, las medidas para desarrollar el segundo y tercer nivel de atención han sido incipientes.

El paquete básico, que se estableció en el 2000, abarca 26 intervenciones obligatorias en el primer nivel de atención, de carácter curativo, preventivo, de promoción, de detección temprana y de nutrición, con énfasis en enfermedades transmisibles. La mitad de ellas están centradas en la madre y el niño, y el resto en atención de urgencias y enfermedades prevalentes, así como en medidas de higiene del hogar y ambiental (Guatemala, 2001). Se plantearon como sujetas a revisión anual, pero tres años después no habían sido modificadas, ya que el ministerio no lo había planteado, ni había sido solicitada su revisión.

² Para un detallado análisis político de las etapas de la reforma, véase González (2005).

³ Para caracterizar el caso de Guatemala resultó muy útil el intercambio de ideas con Zoel Leonardo, Miguel Angel Pacajó y Jean-Marie Tromme. Asimismo, la reunión sobre la reforma de salud que organizara el PNUD el 12 de mayo del 2001, durante una misión de la autora en la Ciudad de Guatemala, fue de gran utilidad, ya que permitió discutir con los participantes Edgar Barilla, Pastor Castell, Joel Cical, Miguel Garcés, Luis Lara, Iván Mendoza, Jacobo Meléndez, Patricia O'Connor, Luis Ovidio Ortiz, Ángel Sánchez, Karin Slowing y Carmen de Vásquez.

⁴ Las tasas de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en esta zona siguen siendo muy altas, pero muestran efectivamente un descenso. Del 2000 al 2004 son respectivamente las siguientes: 254,28, 214,40, 196,73, 239,62 y 233,72. Estos datos fueron proporcionados por Edgar Hidalgo, director técnico de la Encuesta nacional de salud materno infantil (ESEMI) y están ajustados corrigiendo el subregistro de la línea basal del 2000.

Cuadro 1

**GUATEMALA: POBLACIÓN SIN SEGURO MÉDICO (PÚBLICO Y PRIVADO),
SEGÚN CATEGORÍAS DE INGRESO PER CÁPITA RESPECTO
DE LA LÍNEA DE POBREZA, ALREDEDOR DEL AÑO 2000**

| | Porcentajes |
|--------------------------|-------------|
| Población total | 89,0 |
| Lpe o menos | 98,2 |
| Más de Lpe a Lp | 92,6 |
| Más de Lp a 1,25 Lp | 86,9 |
| Más de 1,25 Lp a 1,50 Lp | 85,0 |
| Más de 1,50 Lp a 1,75 Lp | 84,9 |
| Más de 1,75 Lp a 2 Lp | 84,0 |
| Más de 2 Lp a 3 Lp | 76,9 |
| Más de 3 Lp | 67,6 |

Fuente: CEPAL (2003), cuadro 30 elaborado con tabulados especiales de la Encuesta nacional de ingresos y gastos familiares, 1998-1999.

Nota: Lpe = línea de pobreza extrema, Lp = línea de pobreza.
a/ Incluye solamente el seguro público (Caja Costarricense de Seguro Social).

El financiamiento para el paquete básico es reducido: en 2001 se destinaron 8 dólares anuales por prestación, que se elevaron a 12 dólares, y fue polémica la reasignación de recursos desde otros niveles (Slowing s/f; Sánchez, s/f, p. 49), aspecto complejo dado el limitado financiamiento con que tradicionalmente ha contado la totalidad del sector. En ese contexto, el Colegio Médico ha señalado la importancia de invertir también en hospitales, así como la necesidad de resolver las carencias de personal en enfermería y de insumos para el diagnóstico y tratamiento (Sánchez, 2001, p. 9).

Se dispuso que el equipo básico a cargo de las prestaciones estuviera constituido por un facilitador institucional, cinco facilitadores comunitarios y 100 vigilantes de salud (que es personal comunitario que trabaja con carácter voluntario), comadronas tradicionales, un médico ambulatorio o enfermera, además de un centro comunitario dotado en lo posible de un botiquín de 20 medicamentos básicos, y apoyado por colaboradores para el control de vectores. La población a cubrir por cada equipo es muy grande, ya que cada jurisdicción comprende un promedio de 10.000 habitantes; a cada vigilante de salud se le asignan 20 familias. Según el sistema, la planificación de las actividades, la capacitación, la prestación cotidiana de los servicios básicos y su registro, y la vigilancia epidemiológica recaen, de manera diversa, en los facilitadores, vigilantes y comadronas. Se determina que los médicos o enfermeras brinden atención médica en los centros comunitarios “una vez al mes como mínimo” (Sánchez, 2001).

La extensión de cobertura se ha dado en el marco de una separación de funciones que distingue las administradoras de servicios de salud (ASS) —a cargo de la administración de los fondos— de las prestadoras de servicios de salud (PSS), con quienes el ministerio de salud establece convenios anuales. Los contratos contemplan registros de las principales prestaciones, administrativas y contables. La conducción y evaluación de la extensión de cobertura está a cargo de equipos técnicos de las ASS y las PSS. La capacitación de los vigilantes de salud, los facilitadores comunitarios e institucionales, las comadronas tradicionales y los médicos recae en las prestadoras de servicios. La evaluación general del proceso y sus etapas, con criterios establecidos por el ministerio del sector, está a cargo de niveles subnacionales, como municipios, direcciones departamentales y distritos municipales de salud (Guatemala, 2000; Guatemala, s/f; Guatemala, 2001).

Hasta septiembre del 2000 se habían firmado 136 convenios con 88 organizaciones. Resalta la diversidad de las organizaciones involucradas: cooperativas, municipalidades, el IGSS, iglesias, la cooperación médica cubana, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras. Ello plantea interrogantes respecto de la efectiva capacidad técnica de entidades tan disímiles, mas aún cuando en el período 1997-1999 éstas fueron “habilitadas de manera implícita”, es decir, sin un proceso riguroso de evaluación. Esta ausencia inicial de supervisión de los prestadores y administradores privados se modificó en 2002, y se establecieron estándares que deben satisfacerse en las diversas etapas de formalización (Guatemala, s/f). A lo largo del proceso han surgido resistencias a la supervisión de parte de las ONG.

La normativa y el financiamiento del paquete básico se definieron de manera uniforme, con ciertos ajustes y prioridades de acuerdo con las enfermedades prevalecientes en las localidades, como el dengue y la malaria en la costa y las infecciones respiratorias en el altiplano. Sin embargo, la disponibilidad efectiva de recursos y las disímiles capacidades técnicas para su prestación han llevado a un desarrollo heterogéneo, y en ocasiones se ha incurrido en un descuido del programa de enfermedades transmitidas por vectores. Además, el paquete no tiene una inserción integral efectiva con respecto a otros niveles de atención y se ha criticado una desatención del aspecto institucional, en cuanto a ampliar y mejorar el personal e infraestructura en puestos y centros de salud, o que se involucre a ONG que carecen de las capacidades técnicas requeridas (Sánchez, 2001, pp. 5 y 7). Se juzga como positivo que se haya ampliado el uso de protocolos clínicos y de normas de atención.

Entre las vulnerabilidades de la propuesta se ha señalado que su sustentabilidad está en juego debido a varios factores: a que los promotores comunitarios de la salud, justamente pobres o indigentes, no reciben remuneraciones; al poco acompañamiento técnico, y a la gran dependencia del voluntariado cubano, cuya sustitución futura no ha sido planificada (Sánchez, Ángel, s/f). De hecho, al inicio se advertía mayor responsabilidad por parte de personal más calificado, como enfermeras, lo cual se modificó con la relevancia posterior de los denominados “vigilantes de la salud”.

Con relación a los progresos logrados en localidades como Escuintla, donde el paquete oficial es más amplio e incluye salud mental, se señala la importancia de considerar diversos factores. Entre éstos, los recursos económicos de la zona, la iniciativa del seguro social de participar, el pago de un estipendio económico a los promotores de salud, y la mayor presencia de personal calificado, entre los cuales se halla un contingente importante de personal cubano.

2. Bolivia: garantías respecto de la atención materno-infantil⁵

Otro país cuya reforma de salud se centró en brindar un paquete básico de atenciones es Bolivia. En 1996 el Ministerio de Salud creó el Seguro nacional de maternidad y niñez, que en 1999 se amplió al Seguro básico de salud (SBS). Atendiendo al perfil epidemiológico eminentemente pretransicional y la restricción de recursos destinados a salud, éste consiste en un paquete de 75 prestaciones centrado en las causas principales de muerte materna e infantil y en las enfermedades transmisibles.

A partir de 1994, con las leyes de participación popular y de descentralización administrativa, se fraccionaron las responsabilidades entre los diferentes niveles de gobierno, en circunstancias en que el sistema público era responsable de un 85% de las prestaciones de salud. En ese contexto, la propiedad de los establecimientos de salud, el mantenimiento de la infraestructura e inversión y el financiamiento del SBS se descentralizaron, adjudicándolos al municipio; la administración de los recursos humanos pasó a los servicios departamentales de salud (SEDES), en tanto que los nuevos distritos de salud, dependientes de ellos, quedaron a cargo de las políticas locales de salud.

⁵ Síntesis realizada a partir de Lavadenz y otros, 2001. En Rovira y otros (2003) también hay una síntesis del caso.

Se han identificado diferentes problemas acarreados por esta distribución de responsabilidades: duplicación de funciones debido a su distribución imprecisa; personal de salud que no se nombra de acuerdo con criterios técnicos y a las necesidades, cuyos niveles de remuneración son los mismos en los diferentes niveles de responsabilidad; ausencia de incentivos para estimular la producción y la demanda de servicios; estrechísima autonomía financiera, ya que los recursos generados por los establecimientos eran depositados en la cuenta municipal y sólo se reinvertían parcialmente en éstos; inversión municipal en infraestructura y equipo, que muchas veces no asigna prioridad al sector salud, que se realiza sin coordinar con el nivel departamental para velar por la disponibilidad de recursos humanos; no existe una red de servicios integrada porque el distrito de salud en los hechos es responsable sólo del primer nivel y no tiene las competencias para desarrollar redes de referencia y contrarreferencia en coordinación con los hospitales.

El cálculo de costos del SBS no distingue tarifas diversas según diferentes niveles de complejidad. El SBS es financiado por los municipios con recursos de asignación específica de la coparticipación tributaria que reciben del tesoro general de la nación. Por lo demás, la red de servicios puede incluir múltiples proveedores, como ONG, iglesia, seguridad social y privados.

La reforma persigue establecer una reorganización de los prestadores para mejorar la calidad, eficiencia y administración de los servicios. Se han realizado a tal fin algunas experiencias piloto, mediante establecimiento de metas y resultados que deben ser cumplidos en el marco de compromisos de gestión con prestadores públicos y privados; sus impactos iniciales han sido positivos en términos de ampliación de cobertura, incremento de las atenciones y mayor integración entre los niveles de atención.

Cumplir con las metas del SBS requiere de sistemas de supervisión de la conducta de los funcionarios. Es así como un estudio de 30 hospitales municipales detectó que, aunque se supone que el SBS debe brindarse gratuitamente, 40% de los 301 pacientes entrevistados afirmó haber hecho pagos por estos servicios, lo cual es ilegal (Gray-Molina y otros, 2001, p. 44).

II. Chile: la garantía de prestaciones avanzadas como rearticulación del sistema dual de salud

La garantía de prestaciones avanzadas de salud se puso en vigencia en Chile en el año 2005, tras un complejo proceso de negociaciones políticas. A la luz de los rasgos del sistema de salud chileno, se analizarán los elementos más destacados del planteamiento original del proyecto de reforma de garantía de prestaciones que se inicia en 2002 y la ley aprobada en 2004 que, aun cuando tiene un menor alcance que el proyecto original, modifica la morfología básica del sistema de salud, al disminuir la dualidad que lo caracteriza.

Como se verá, los desafíos en Chile a inicios del presente siglo atañen a temas muy diversos relacionados con la cobertura, el financiamiento y la eficiencia del sistema: los grados deseables y posibles de solidaridad; el financiamiento de la solidaridad, en cuanto a la relación cotizaciones e impuestos generales de la nación; la determinación de prestaciones garantizadas en una combinación público-privada con lógicas contradictorias; cómo incrementar la eficacia global del sistema; cómo fortalecer la reforma de gestión en el subsistema público; cómo fortalecer la regulación.

A diferencia de los países de la región rezagados en salud que buscan avanzar garantizando a las poblaciones más pobres paquetes de atención básica, la garantía de prestaciones —que constituye el eje de

los proyectos enviados al Congreso en Chile desde el año 2002—⁶ es un instrumento que modifica parcialmente la morfología dual del sistema de salud⁷ y que no comprende prestaciones básicas, sino fundamentalmente prestaciones avanzadas y de alto costo. La ley aprobada en 2005, aunque refleja las restricciones políticas que impidieron una reforma de más envergadura vinculada con dichas garantías, constituye un paso adelante que imprime solidaridad al sistema de salud.

1. Los orígenes del sistema dual de salud

La dualidad del sistema de salud chileno fue establecida por la reforma de salud de los años ochenta, cuya radicalidad —posibilitada por el contexto autoritario— no tiene parangón en el mundo. *Contrario sensu*, los conservadores del Reino Unido, que impugnaban la forma de financiamiento, el ámbito de prestaciones y la combinación público-privada del sistema nacional de salud británico (NHS, por sus siglas en inglés), no pudieron poner aquello en práctica debido a variadas circunstancias políticas (Porter, 1999, pp. 236-259). Si bien se redujo el ritmo de crecimiento del gasto, el NHS no sufrió modificaciones de fondo bajo los gobiernos de Thatcher y Major, sino que se profundizó la separación de funciones para promover la competencia.⁸

El aseguramiento compulsivo es propio de los llamados seguros sociales, públicos o nacionales, que buscan una diferenciación de riesgos estable en el seno de variadas combinaciones público-privadas. De ahí que la lógica dual del sistema de salud chileno sea única en el plano internacional, ya que la cotización obligatoria, a cargo exclusivo del trabajador, le permite afiliarse al sistema público de salud mediante el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), cuya racionalidad de reparto favorece la solidaridad, o bien a las instituciones de salud previsional (Isapres) que, a pesar del carácter compulsivo del aseguramiento, funcionan bajo una lógica de seguro privado asociada al riesgo individual. Por ejemplo, las mujeres en edad fértil han tenido que pagar planes de salud más costosos o, en su defecto, adquirir los llamados “planes sin útero” que excluían las prestaciones de embarazo y maternidad.

El Fonasa da acceso a prestaciones públicas en la llamada modalidad institucional o a las privadas mediante la modalidad de libre elección, que está sujeta a diversos “copagos” y, además de las contribuciones de sus afiliados, se nutre también de otros aportes con cargo al presupuesto público. Al contrario de la lógica solidaria propia del aseguramiento compulsivo, las cotizaciones obligatorias que se canalizan a las Isapres se plasman en un aseguramiento mediante planes individuales que, al renovarse cada año, permiten una selección de riesgo mediante el ajuste de los precios y la cobertura de los planes a la edad, riesgo en salud y sexo del asegurado. Las Isapres cubren a cerca del 30% de la población y sus precios han experimentado una elevación que supera con creces la de otros sectores de la economía.⁹ El sector público, desprovisto de barreras de entrada, atiende a la población de menores ingresos y a la de mayores riesgos, y cumple una función de reaseguro global del sistema.

Antes de que en 2002 se planteara el proyecto de garantía de prestaciones en salud denominado AUGE, ya se advertían en las Isapres algunos cambios que compensaban levemente la selección de riesgo ejercida en los planes. Ellos están asociados al efecto de demostración que había sido causado por el incremento de la cobertura de enfermedades de alto costo por parte del sistema público, al descontento de sus afiliados con los “copagos” y exclusiones, y a los fenómenos de

⁶ Los proyectos de ley completos se pueden obtener en http://www.tercera.cl/documentos/reforma_salud.

⁷ Véase <http://www.minsal.cl/sitionuevo/AUGE>.

⁸ Ya existía la contratación de la atención ambulatoria con los médicos generales (General Practitioners, GP), después se introdujo la autonomía de los hospitales para funcionar bajo contrato del sistema público de salud, lo cual dio paso a la agrupación de prestadores en “trusts”.

⁹ Algunas cifras ilustran esta afirmación: mientras que en 1990 la cotización adicional promedio para las cotizantes de las Isapres era del 0,7% de la remuneración promedio del sistema, en 1996 había aumentado al 1,3%. Entre 1990 y 1996, el valor de las consultas médicas privadas aumentó 55% en términos reales (Baeza y otros, 1998, pp. 18 y 19).

desafiliación¹⁰ y migración hacia el sector público ocurridos en los últimos años. De ahí que las Isapres habían comenzado a establecer espontáneamente ajustes en los planes de aseguramiento que, por su carácter opcional, no modificaban, sin embargo, la cobertura base donde se efectúa la selección de riesgo. Fue el caso del llamado Plan garantizado de salud (PGS) y de la Cobertura adicional de enfermedades catastróficas (CAEC), ambos de carácter optativo.¹¹

2. El plan original de garantías del AUGE del 2002

a) La ampliación de la cobertura

Sabida es la dificultad política inherente a la exclusión explícita de prestaciones por parte del asegurador público en salud, razón por la que emerge el éxito relativo de una experiencia participativa y que ha considerado criterios clínicos estrictos para racionar prestaciones y expandir cobertura, como es el plan de salud de Oregón (Ham, 1998). Chile resulta también bastante singular en este ámbito, ya que el Fonasa cuenta con un catálogo explícito de prestaciones, medida que, siendo polémica por naturaleza, se vio facilitada por el contexto autoritario del gobierno militar. Pero hay que destacar que el catálogo de prestaciones se ha aumentado sustancialmente desde la década de 1990, incluyendo prestaciones de alto costo.

En 2002, algunos proyectos de ley plantearon por vez primera algunas modificaciones de la lógica dual del sistema de salud. Su principal componente era el llamado plan AUGE, que consistía en dar acceso universal, con garantías explícitas, al tratamiento de 56 enfermedades consideradas prioritarias desde el punto de vista sanitario debido a su incidencia y a sus altos costos monetarios y para la salud (Lagos, 2002).

Por la dualidad del sistema de salud, el AUGE tenía implicaciones diversas para el sistema público y para las Isapres. En el caso del sistema público, una revisión del listado evidenciaba que ninguna de las prestaciones contempladas era nueva, ya que todas estaban incluidas en el catálogo de Fonasa (véase el anexo 1). Muchas de ellas se venían realizando desde 1994 en el marco de nuevos mecanismos de asignación de recursos por parte de Fonasa, usados en los llamados programas especiales de prestaciones específicas, como el Programa del adulto mayor o el Programa de oportunidad en la atención (POA), que canalizan recursos a prestadores públicos y subsidiariamente a privados.

¹⁰ El número máximo de beneficiarios de las Isapres se alcanzó en diciembre de 1997, con 3,9 millones. Desde entonces hasta diciembre del 2000, los beneficiarios disminuyeron en aproximadamente 790.000, lo que representa una disminución del 20,4% de aquella cartera. (Véase <http://www.minsal.cl/sitionuevo/AUGE/reformaley2.htm>).

¹¹ En el caso de la cobertura catastrófica del PGS, según los ingresos del afiliado se establecía un copago mínimo de 600.000 pesos y un máximo de 2 millones, después de haber completado desembolsos por copagos iguales a un deducible bienal de 30 veces la cotización mensual. Las prestaciones del llamado programa de medicina curativa del PGS se realizaban mediante una red definida de prestadores y se agrupaban en ocho grupos de prestaciones y en 19 copagos. Se reguló que todas las Isapres cobraran lo mismo por las prestaciones y que cada una determinaba la red de atención. En el caso de la CAEC, a partir del momento en que al paciente se le diagnosticaba su enfermedad, éste podía mantenerse en su plan de salud u optar por la Cobertura de enfermedades catastrófica, que se debía efectuar mediante una red de prestadores especializados preestablecida. Algunas Isapres ofrecieron la cobertura en todos sus planes, dando la oportunidad de rechazarla expresamente por parte del asegurado; otro grupo la retiró de sus planes y la ofrece a quienes la soliciten expresamente, y otras evalúan caso por caso si ofrecen la CAEC. El copago bienal ascendía a un mínimo de 60 unidades de fomento (UF) y a un máximo de 126 UF, dependiendo del ingreso del asegurado y se llegó a reducir el copago mínimo a 30 UF. Cabe aclarar que las unidades de fomento son una unidad monetaria cuyo valor se ajusta diariamente en razón del índice de inflación; los precios pactados en UF se protegen así del efecto inflacionario (véase <http://www.isapres.cl/mostrat-actenero00.htm>; <http://actualidad.elarea.com/documentos/impimir.asp?dc=1099463>).

Por ejemplo, con el POA, creado en 1997, los recursos que el Fonasa otorga a cada servicio de salud se basaban en la actividad adicional comprometida para reducir listas de espera,¹² mediante la resolución de algunas patologías en determinados plazos. Esa actividad adicional acordada se valoraba de acuerdo con un pago asociado a diagnóstico (PAD), que agrupa costos estandarizados por paquetes quirúrgicos. Es relevante destacar que estos compromisos se fueron estableciendo de acuerdo con la capacidad resolutoria de los establecimientos, y no en relación con la demanda total no resuelta de la población. La capacidad resolutoria ha impedido incluir más patologías en los programas, o cubrir patologías locales más específicas (Jaramillo y Bidot, 1999).

No obstante que todas las enfermedades consideradas para las prestaciones garantizadas del AUGE formaban parte del catálogo de Fonasa, el planteamiento del AUGE introducía un giro radical, al garantizar un conjunto de prestaciones universales, varias de las cuales eran de alta complejidad y costo. Universales, porque no se discriminaba por edad, sexo, condición económica, o sistema de salud al que estuvieran afiliadas las personas, ya que era de carácter obligatorio para todos los afiliados a Fonasa y a las Isapres. Asimismo, la propuesta contemplaba tres garantías de protección financiera: se fijaba un valor per cápita para las prestaciones; se definían copagos máximos entre 0% y 20% para los usuarios de ambos sistemas, con topes según el ingreso familiar, siendo gratuito para los indigentes.

También consideraba garantías de acceso y de oportunidad. En el caso del sistema público, se definían tiempos de espera para la resolución de las atenciones, lo cual implicaba resolver la demanda total de su población asegurada respecto de 56 enfermedades. Se trataba, por tanto, de una ampliación horizontal de la cobertura —es decir, de prestaciones— a sus afiliados. Si bien estas prestaciones ya constaban en el catálogo de Fonasa, se garantizaba su realización efectiva, que hasta entonces había estado constreñida por restricciones financieras o resolutorias del sistema, lo cual se manifestaba en listas de espera, que son una forma implícita de racionamiento de recursos. Por eso es que atender las necesidades efectivas de la población en determinados plazos y calidad implica aumento de recursos.

En el sector público, algunas garantías consideradas por el proyecto del plan AUGE en cuanto a oportunidad se venían cumpliendo hasta entonces en pocos casos, como el plan de salud familiar, enfermedades respiratorias agudas, y para tramos de edad como los niños y el adulto mayor y, según el proyecto, se ampliarían a los otros tramos. Pero para la mayoría de las 56 patologías, las garantías de oportunidad habían sido inexistentes.

El proyecto establecía garantías de acceso y de calidad para prestaciones que serían universales y que venían siendo brindadas únicamente por programas que presentaban, todos ellos, una serie de restricciones. Es el caso de algunas que se brindaban de forma aislada, como la atención odontológica integral; que tenían una cobertura insuficiente (30% de los partos institucionales se hacían sin anestesia); que se prestaban sólo en el marco de programas especiales como el POA, como la cirugía de cáncer de mama; o que tenían una baja o bajísima cobertura, como tratamientos de enfermedad isquémica e infarto del miocardio; cáncer de mama, cáncer gástrico; cuidado paliativo del cáncer terminal; VIH/SIDA, neumonías del adulto mayor, depresión, hipertensión arterial.¹³

¹² Previamente, en 1992 se había puesto en práctica un Plan de reducción de listas de espera, que entregó recursos adicionales a los servicios de salud para aumentar su capacidad resolutoria, exitosa en sus comienzos. En 1994 se creó un nuevo programa piloto de reducción de listas de espera en los servicios de salud de la Región Metropolitana y de Viña del Mar-Quillota, que vinculó el financiamiento de estos SS con el cumplimiento de la actividad adicional comprometida para resolver la lista de espera de algunas patologías (Jaramillo y Bidot, 1999). Durante el gobierno de Lagos ha habido un esfuerzo por reducir las colas en los consultorios de salud municipales.

¹³ Estas apreciaciones se pudieron realizar al contar con un cuadro que establecía un año base para el plan AUGE y lo comparaba con la situación actual en el sector público, el cual nos fue proporcionado en el año 2002 por Hernán Sandoval, de la Comisión Ejecutiva de la Reforma a la Salud.

Por su parte, las Isapres, debido a la ausencia de regulaciones, habían practicado desde su origen una selección de riesgo, prácticamente sin restricciones, usando como mecanismo la renovación anual de los planes individuales de salud, momento en el cual el precio y la cobertura son ajustados a la edad, al riesgo en salud y al sexo del asegurado.¹⁴ Por ese motivo, el plan AUGE, al garantizar determinadas prestaciones, repercutía en la ampliación de la cobertura horizontal y vertical de los planes de las Isapres. Horizontal, es decir, en términos de las prestaciones, porque estipulaba un núcleo básico de prestaciones universales para todos los asegurados. Vertical, es decir, referente al número de asegurados, porque se ven beneficiados fundamentalmente quienes por sus niveles de riesgo o por sus ingresos son excluidos de esas prestaciones mediante tres mecanismos principales: bajas coberturas, altos precios o altos copagos de sus planes.

En ese sentido, la versión original del plan AUGE pretendía restringir la selección de riesgo de las Isapres. Además, con sus garantías en cuanto a las enfermedades de alto costo que abarcaba, de hecho invalidaba para éstas la noción de enfermedades preexistentes. Sin embargo, habría que tener en la mira un aspecto crucial, que es difícil de regular por el carácter individual de estos seguros: en qué medida tales prestaciones nuevas garantizadas pueden conducir a que las Isapres disminuyan otro tipo de prestaciones en los planes, a fin de compensar los costos nuevos en que incurren al brindarlas.

b) La solidaridad del sistema de salud

La solidaridad en salud puede expresarse fundamentalmente por dos vías. Por una parte, mediante el presupuesto público, cuando el financiamiento que asegura la solidaridad entre grupos de ingreso o de riesgo, o establece subsidios específicos para determinados grupos, como los indigentes, proviene de impuestos directos e indirectos de la nación o de entidades subnacionales.

La otra vía son las contribuciones obligatorias a formas de aseguramiento universal, ya que establecen subsidios cruzados entre diferentes estratos de ingreso y entre diferentes grupos de riesgo: de las personas de altos ingresos a las de bajos ingresos; de las de bajo riesgo a las de alto riesgo; de las jóvenes a las mayores; y de la comunidad toda a grupos específicos. Considerando los individuos y las familias, estos subsidios cruzados son dinámicos a lo largo del ciclo vital: en el caso de la salud, por ejemplo, el grado de aseguramiento en etapas que involucran menor riesgo de salud o baja morbilidad representa, para el sistema y las personas, un ahorro para aquellas etapas en las cuales el uso de los servicios curativos es más intenso.

Como se ha reiterado, a pesar de que el sistema de salud se nutre de cotizaciones obligatorias, el sistema público es solidario, mientras que las Isapres operan con la lógica de un seguro privado e individual, por lo que efectúan selección de riesgo.

Por tanto, este modelo difiere sustancialmente del colombiano, que busca lograr tanto la cobertura universal de la prestación de servicios como la competencia entre aseguradores y prestadores en un sistema solidario y descentralizado, cuyos beneficios y obligaciones están consolidados en dos regímenes: el contributivo, que se nutre de contribuciones obrero-patronales, y el subsidiado, enfocado hacia los más pobres, regulados, respectivamente, por el plan obligatorio de salud (POS) y el plan subsidiado (POS), cuya convergencia gradual se pretende. El aseguramiento de ambos regímenes es responsabilidad de las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS), respectivamente; las instituciones prestadoras de salud (IPS) se encargan de prestar los servicios. Todas ellas pueden tener carácter privado o público. Por su parte, el Fondo de solidaridad y garantía (Fosyga) vela por el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad del régimen contributivo mediante un pago per cápita, ajustado para

¹⁴ La ley faculta a las Isapres a revisar anualmente el precio de cada plan de salud y a “proponer” al afiliado nuevas condiciones de precio y/o de beneficios. Los cambios también pueden ocurrir porque el asegurado cambia de tramo de edad, variación que está contenida en la llamada Tabla de factores del plan, y en cuyo caso la Isapre no requiere notificar previamente la adecuación de contrato.

evitar selección de riesgos en las prestaciones. Posee cuatro subcuentas acorde con sus funciones: compensación, solidaridad, promoción y eventos catastróficos y accidentes de tránsito; transfiere el 1% de la cotización de ese régimen al subsidiado, que se suma a la solidaridad fiscal por medio de impuestos generales de que se nutre aquél.

La introducción de prestaciones garantizadas mediante el AUGE tenía implicaciones en términos de los grados de solidaridad del sistema de salud. En el caso del sector público, existen actualmente brechas considerables entre las necesidades de la población y las prestaciones efectivas. Ello requiere incrementar la eficiencia y eficacia de los actuales recursos con que cuenta el sistema, y más financiamiento. Debido a que se trata de garantías universales, que se suman a la lógica del aseguramiento en Fonasa, el financiamiento del AUGE en el ámbito público tenía una vocación solidaria. Precisamente, la discusión acerca de la eficiencia del sector público y sobre las formas pertinentes de financiamiento del plan es la que acaparó la atención desde que se presentó el proyecto.

Como se ha dicho, el aseguramiento compulsivo propio de los seguros sociales, públicos o nacionales, tiene principios solidarios y busca una diferenciación de riesgos estable. Pero cuando opera en mercados con planes de salud competitivos, surgen problemas de selección de riesgo que deben enfrentarse, ya que inhiben cumplir el objetivo central de garantizar una buena salud (Van de Ven y Ellis, 2000; Cutler y Zweckhauser, 2000). Las modificaciones que implicaba el AUGE en cuanto a la morfología del sistema de salud, en términos de modificar la solidaridad del financiamiento a escala del sistema, son modestas, ya que no pretendía superar la dualidad en el nivel de las contribuciones y de las dos lógicas del aseguramiento: la cotización obligatoria seguía siendo transferida en su totalidad a las Isapres o al Fonasa, a fin de seguir operando con una lógica diversa en términos de la solidaridad o de la selección de riesgo.

En ese sentido, no se planteaba ningún vaso comunicante entre ambos componentes del sistema que modificara la lógica del aseguramiento, como sí lo hace el Fosyga en Colombia. No se trataba, por tanto, de crear un sistema de salud organizado de manera solidaria para la totalidad de las cotizaciones que los asegurados canalizan al Fonasa o a las Isapres, en cuyo caso se hubiese tratado de un fondo que reuniera todas las cotizaciones obligatorias pagadas a los prestadores públicos y privados para lograr un equilibrio de todos los recursos y evitar una selección de riesgo, mediante transferencias a los aseguradores acordes con un pago ajustado a los riesgos de sus beneficiarios y a las prestaciones efectivas que cubran.

De ahí que el “fondo de compensación solidario” planteado debía captar exclusivamente los recursos específicos para financiar el AUGE, tanto del Fonasa como de las Isapres, calculados de acuerdo con una prima universal. El Fondo debía compensar a cada una de las aseguradoras, en términos de un ajuste de riesgos de sus respectivos beneficiarios. Su denominación no debe llamar a confusión por su radio de acción estrictamente acotado a las prestaciones del AUGE, con lo cual no se cuestionaba de manera radical la dualidad del sistema en términos de las lógicas diversas del Fonasa y de las Isapres y de la cotización obligatoria que fluye hacia ellas, con excepción de las prestaciones garantizadas por el AUGE.

Sin embargo, aunque la morfología básica dual del sistema de salud no se pretendiera transformar a fondo, no deben desestimarse las modificaciones de la solidaridad del financiamiento que planteaba el AUGE y que se hacían principalmente en dos planos. Por una parte, incrementar la solidaridad al elevar el financiamiento del sector público para brindar estas prestaciones de manera universal a sus afiliados e indigentes, recursos que provendrían de impuestos generales o específicos de la nación, según se resolviera finalmente la polémica en torno a cómo debían financiarse. Es decir, se acrecentaba la solidaridad en tanto aumentara el presupuesto público para nutrir el plan AUGE, pero de una manera extrasistema de aseguramiento, en términos de que las cotizaciones obligatorias no se veían afectadas en su inserción en un sistema dual.

La otra modificación de los grados de solidaridad se daría respecto de las cotizaciones obligatorias en manos de las Isapres. El AUGE implicaba, aunque de manera exclusiva para un paquete de prestaciones, imprimir rangos de solidaridad a la lógica de las Isapres. Para limitar la selección de riesgo a escala del sistema de Isapres se redistribuirían recursos mediante el Fondo de compensación solidario, mecanismo de compensación de riesgo que opera como un seguro colectivo.¹⁵

Aun considerando su carácter polémico, paradójicamente el impacto de las prestaciones garantizadas del AUGE para las Isapres no fue mayormente comentado en la prensa. La discusión pública sobre el financiamiento del AUGE hasta septiembre del 2002 se centró en cómo financiar el plan para los beneficiarios del sector público, para lo cual el proyecto de ley finalmente planteaba una serie de impuestos indirectos con uso específico. Para las Isapres el principal punto en la polémica sobre financiamiento ha sido mantener incólumes las cotizaciones de sus afiliados y que el sector público obtenga un financiamiento independiente para el AUGE.

El Plan consideraba, por otra parte, modificar las prestaciones de licencia por maternidad o por permisos de enfermedad grave del hijo menor de un año, que hasta entonces habían sido universales para toda trabajadora afiliada al seguro de salud público o privado, y con cargo al presupuesto nacional; se excluía a las mujeres que trabajan sin contrato o por honorarios, así como a las que carecían de trabajo en el período de embarazo. En el caso de las mujeres de mayores ingresos, se les reconocía una remuneración con un tope máximo de 60 unidades de fomento (UF).

Como alternativa a esas prestaciones, se constituía un “fondo maternal solidario” para pagar tales gastos al Fonasa y a las Isapres, que se financiaría con un 0,6% de la remuneración imponible de sus afiliados, con aportes fiscales de la ley de presupuesto y con el llamado subsidio compensatorio de los aportes a este fondo, al cual tendrían derecho los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible inferior a 24,5 unidades de fomento. El financiamiento del fondo maternal solidario además se planteaba como progresivo, ya que los cotizantes aportarían de manera diferenciada según sus remuneraciones.

Dicha propuesta fue criticada aduciendo que al modificarse las prestaciones de licencia por maternidad o por permisos de enfermedad grave del hijo menor de un año, ello podía acarrear mayor selección adversa en contra de las mujeres en sus planes de salud, o mayores barreras en su integración al mercado de trabajo. Este argumento, sin embargo, no sería muy sólido si se considera que tanto hombres como mujeres deben cotizar para el fondo. Este planteamiento resultó tan polémico que, inicialmente, distrajo excesivas energías de la discusión sustancial en cuanto a los objetivos de salud que se perseguían.

Para considerar la distribución efectiva que tendría el subsidio maternal selectivo se construyó un “proxy” del subsidio, utilizando la Encuesta de caracterización económica nacional (Casen) de noviembre del 2000. Según se observa indirectamente (cuadro 1), hay un espacio para que el subsidio se brinde de manera focalizada a tramos de menores ingresos. El cuadro muestra, de acuerdo con los rangos de ingreso que se expresan en unidades de fomento (UF), una clara concentración de las mujeres que se atendieron por situaciones relativas al parto con mayores ingresos en el aseguramiento privado, así como mujeres con menores ingresos en el aseguramiento público en sus diferentes modalidades. El asunto decisivo se refiere a los criterios respecto de la conveniencia o no de transformar una prestación universal en una selectiva.

¹⁵ Véase <http://www.minsal.cl/sitioNuevo/AUGE/reformaley2.htm> Según Mario Marcel, Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda de Chile, en seminario sobre Política social realizado por la CEPAL y el Ministerio de Planificación en la CEPAL en Santiago de Chile, el día 24 de mayo de 2002, se estima de acuerdo con simulaciones que el financiamiento era viable y que permitía mantener excedentes.

Cuadro 2

**CHILE: OCUPACIÓN, AFILIACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD E INGRESOS DE MUJERES
QUE SE ATENDIERON POR SITUACIONES RELATIVAS AL PARTO EN LOS
12 MESES PREVIOS A LA ENCUESTA, 2000**

(Porcentajes)

| Entidad de salud a la que está afiliada | Total mujeres atendidas | Entre las mujeres atendidas | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|----------|--------------------|--------------|-------------------------------|-----------|
| | | No ocupadas | Ocupadas | Entre las ocupadas | | | |
| | | | | Sin contrato | Con contrato | Entre las que tienen contrato | |
| | | | | | | 24,5 UF o más | < 24,5 UF |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Sistema público Grupo A (indigentes) | 36,7 | 46,7 | 13,8 | 43,9 | 2,0 | 0,0 | 2,4 |
| Sistema público Grupo B | 18,7 | 18,1 | 20,1 | 11,8 | 23,3 | 1,9 | 27,1 |
| Sistema público Grupo C | 8,6 | 8,5 | 8,9 | 7,8 | 9,3 | 0,0 | 10,9 |
| Sistema público Grupo D | 8,9 | 6,4 | 14,6 | 1,7 | 19,6 | 3,6 | 22,4 |
| Sistema público (no sabe) | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Fuerzas Armadas | 3,6 | 4,0 | 2,8 | 7,6 | 0,9 | 0,0 | 1,1 |
| Isapre | 19,4 | 11,3 | 37,9 | 21,3 | 44,3 | 94,5 | 35,4 |
| Otro sistema | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| No sabe | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Ninguno (particular) | 3,7 | 4,6 | 1,6 | 5,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fuente: Elaboración propia realizada en CEPAL con tabulados de encuesta Casen 2000.

Nota: Los ingresos se calcularon con el valor de las unidades de fomento (UF) del 30 de noviembre de 2000, equivalentes a 15.708,2 (pesos chilenos).

c) Restricciones adicionales a la selección de riesgo

El proyecto de reforma del 2002 contemplaba una restricción importante para la selección de riesgo que inhibe la equidad en el sistema de Isapres, a saber, la regulación de precios de los planes de los denominados “cotizantes cautivos”. Como los planes se ajustan anualmente según la edad, sexo y condición de salud, y las Isapres fijan los precios de planes de nuevos asegurados acorde con su declaración exigida de enfermedades preexistentes, se consideran cotizantes cautivos a quienes por su edad o deteriorada salud tienen muy limitada la posibilidad de rechazar las condiciones de contrato que les ofrece anualmente su Isapre, y su elección de migrar a otra está restringida ya que tendrían que declarar condiciones preexistentes.

Por tanto, se planteaba regular el alza de precios de los contratos de los cotizantes por edad o por antecedentes de salud de los cotizantes o de sus beneficiarios, limitando el alza a un índice máximo a ser definido por la superintendencia de Isapres. También, en otro ámbito de selección de riesgo, se plantea que la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante debe ser mantenida sin restricciones, sin que importen sus antecedentes de salud.

Otro aspecto relevante del proyecto que aspiraba a brindar transparencia al sistema de Isapres consistía en instaurar aranceles uniformes, reforma que pretendía ser un primer paso en la trayectoria hacia un arancel único. Actualmente, la multiplicidad de aranceles es un mecanismo de

selección de riesgo que opera dificultando su comprensión por parte de los asegurados, que complica la regulación de la superintendencia de Isapres y también eleva los costos administrativos del sistema.

d) ¿Nuevos espacios para reformar la gestión?

Las reformas de salud emprendidas en Chile desde los años noventa han dejado la ejecución —que constituye el núcleo de la gestión— al libre albedrío de los prestadores, ya que este ámbito no ha sido integrado plenamente, ni siquiera en los compromisos de gestión. En ese sentido, han sido marginales los objetivos organizativos o la definición de productos intermedios a ser comprados, la introducción o mejora de sistemas de información, la optimización de procesos que no venían funcionando adecuadamente, o el desarrollo de nuevos procesos que eleven la eficacia y permitan sistematizar la prestación de servicios. La mejora de los registros como instrumento para fortalecer la capacidad gerencial tampoco ha sido relevante. Los compromisos de gestión parecen confundirse con una planificación por objetivos, cuyos indicadores relacionados con el cumplimiento de tareas especificadas en metas y coberturas son múltiples y sin jerarquía. El cambio de procesos y el uso de sistemas de información no se han fundamentado claramente, y los cambios parecen denotar que no se contemplan períodos que permitan consolidar su puesta en marcha (Sojo, 1998 y 2001).

Los compromisos de gestión, por ejemplo, podrían cumplir un papel en ámbitos que han constituido obstáculos fundamentales para cambios sustanciales. Por ejemplo, en la política arancelaria y de costos, la información base de los hospitales es deficiente; en el programa de patologías complejas no se contaba con una red nacional de derivación explícita. O bien, si incluyeran innovación de procesos posibilitarían acopiar información relevante sobre la calidad y los costos de la atención o implantar criterios de eficiencia y efectividad en la decisión clínica. De ahí que la débil integración de los aspectos de gestión en los contratos limite su impacto, porque coarta interacciones beneficiosas y eficientes con la reforma sectorial. Por ejemplo, respecto del pago asociado a diagnóstico (PAD), que no ha sustituido a la asignación histórica del presupuesto, sino que se ha usado en forma paralela y con un carácter experimental en programas específicos, como el de prestaciones complejas y el de oportunidad de la atención. Consolidar el ámbito de gestión, ya sea mediante los contratos con los servicios de salud o con otras formas, permitiría avanzar con los PAD, con el apoyo de procesos tales como acordar el uso de protocolos clínicos.

Por otra parte, están pendientes de modificarse las modalidades de contratación y remuneración vigentes para incrementar la productividad de los recursos humanos y superar diferentes rigideces de gestión de recursos humanos que dificultan innovar la gestión. Los gremios han impedido modificar la ley No. 15076, que rige las modalidades de contratación y remuneración de los profesionales de los servicios de salud, en términos como los que fueron contemplados por el proyecto de ley que en 1995 pretendía flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las plantas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales, y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Sojo, 1996).

Cabe destacar en tal contexto que las garantías contempladas por el proyecto del AUGGE del 2002 ponían sobre el tapete la reforma de gestión, dado que no se trataba únicamente de agregar recursos, sino de optimizar su uso y de encarar problemas estructurales postergados, como la creciente deuda hospitalaria.

En términos de gestión, la reforma planteaba diversos aspectos. Por una parte, uno que atañe claramente al carácter de cuasimercado del sistema, en términos de una profundización de la separación de funciones. La función de autoridad sanitaria y de regulación en ese ámbito quedaba afincada en el ministerio de salud y en el fortalecimiento de sus autoridades regionales; los servicios

de salud se organizaban para cumplir estrictamente funciones prestadoras. Se trataba además de incrementar la capacidad resolutive del nivel primario y secundario, y de optimizar la red de referencias y contrarreferencias.

En el caso de los directores de los servicios de salud, si bien continuaban siendo funcionarios de confianza del presidente, se planteaba que serían seleccionados tras un concurso público, de acuerdo con requisitos de experiencia y capacidades acreditadas. Los directores coordinarían las acciones de salud de su red asistencial y velarían especialmente por el fortalecimiento del nivel primario de atención, elemento nuevo tras la municipalización de ese nivel.

Además, se disponía una potestad muy importante para el director de los servicios: el disponer el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la red asistencial, sin limitación de tiempo. También proponer al ministerio la creación, modificación o fusión de los establecimientos del servicio y su clasificación. El presidente de la república era facultado para que, mediante decretos en el plazo de un año, ordenara el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con los mismos grados y remuneraciones.

La movilidad de funcionarios hubiese permitido cambios fundamentales, dado que la potencial elevación de la productividad del sector salud con el incremento de recursos de los últimos años se ha visto coartada por diversos elementos, siendo uno fundamental la expansión irracional de las plantas de personal y su inadecuada estructura. En ese sentido, la disociación del crecimiento de horas médicas respecto de la actividad como un fenómeno global ha puesto de manifiesto importantes problemas, entre otros: contratación excesiva en áreas donde no se veló adecuadamente por la combinación de insumos requerida; inflexibilidad en el manejo de los recursos humanos y en su contratación, que lleva a que los cambios deban hacerse por aumento; inadecuación de los recursos a los cambios en el perfil epidemiológico y a las nuevas técnicas de intervención (escasos especialistas en unidades de tratamiento intensivo y dotación redundante de otros profesionales); necesidad de rejuvenecer las plantas imponiendo los 65 años como edad de jubilación (Sojo, 1996, p. 139).

Ahora bien, cabe destacar que en el acuerdo logrado con los sindicatos del sector salud en mayo del 2002, tras huelgas y movilizaciones pocos días antes del anuncio presidencial del plan AUGE, en uno de sus puntos se afirma que “la reforma no significará atentar contra la estabilidad laboral, necesaria para todos los trabajadores, lo que no significa inmovilidad en el empleo”.¹⁶

Se creaba además la figura del “hospital de autogestión en red”, a la que se postula una vez que se satisfagan varias condiciones estrechamente relacionadas con modificaciones de la gestión, entre las que sobresalen: mejoras en gestión clínica, de personal, de atención al usuario, de manejo de recursos financieros de acuerdo con indicadores y estándares; lograr un equilibrio financiero; obtener determinados niveles de satisfacción de los usuarios. Entre otros aspectos, este estatus facultaba a los hospitales para administrar y disponer de ingresos propios provenientes de la facturación y venta a privados, de donaciones y otros, celebrar convenios con el Fonasa para realizar programas de prestaciones valoradas; establecer convenios con personas naturales o jurídicas para prestaciones, especialmente relacionadas con el AUGE; que sus directores tengan atribuciones en materia de gestión y administración interna de sus recursos. Debido a que estos hospitales deben lograr un equilibrio financiero, una condición previa es una solución estructural de la enorme deuda hospitalaria, que en parte importante se funda en servicios impagos que representan subsidios cruzados a las Isapres.

¹⁶ Contenido en “La reforma solidaria de salud: acuerdo por una mejor salud y atención de salud para todos los habitantes de Chile”, documento fotocopiado de circulación restringida.

3. El régimen general de garantías en salud del 2004: una versión viable del AUGE¹⁷

Finalmente, tras muchas polémicas desatadas por las propuestas del AUGE tanto en relación con las Isapres como con los gremios vinculados al sector público, se promulgó en el año 2004 la ley que establece un régimen general de garantías en salud. Se trata de una versión más acotada del plan AUGE, que excluye sustanciales aspectos polémicos cuyas razones de fondo ya se precisaron en los apartados anteriores. Por estas razones, el paquete de prestaciones es más reducido, se prescinde del fondo de compensación solidario y las reformas de gestión del sector público ya no están entre sus propósitos. Sin embargo, las garantías explícitas en salud (GES), a pesar de su limitada cobertura, representan un importante paso adelante en la superación de la dualidad del sistema de salud chileno, ya que aseguran el acceso efectivo, uniforme y obligatorio a algunas prestaciones, tanto para el sistema público como para el privado de aseguramiento en salud.

Para el asegurado del sistema público, se incrementa y se garantiza la cobertura efectiva de algunas prestaciones. Así, hay mayor certeza del asegurado en cuanto al logro de las prestaciones, que están sujetas además a cumplirse en condiciones de oportunidad y calidad.

En el caso de las Isapres, éstas tienen la facultad de fijar precios de acuerdo con el tipo de prestadores elegidos, lo cual evidentemente estratificará las prestaciones según la capacidad de pago, y los precios reflejan diferencias de calidad y de hotelería.

Las GES representan un plan de salud único, con las mismas coberturas, con una reglamentación de copagos y de las obligaciones. Consideran el acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad: el acceso, ya que es obligación de Fonasa y las Isapres otorgarlas; calidad, ya que deben otorgarse por un prestador registrado o acreditado; oportunidad, ya que se fija plazo máximo para disfrutarlas; protección financiera, ya que se regulan los copagos y la gratuidad. Se estipulan reglas de responsabilidad del Estado en materia sanitaria, y los órganos de la administración deben responder por “falta de servicio”.

Tanto las Isapres como Fonasa deben brindar coberturas estipuladas a sus afiliados, proceso que será supervisado por la Superintendencia de Salud. Además, ningún plan de las Isapres podrá, en adelante, otorgar una cobertura inferior a las prestaciones consideradas en la llamada modalidad de libre elección de Fonasa. Las Isapres no pueden denegar estas coberturas aduciendo preexistencias, aunque puedan determinar una red de prestadores y las condiciones en que ésta brindará las atenciones. Ello es fundamental como superación parcial de la selección de riesgo que tradicionalmente ejercían las Isapres al suscribirse los planes anuales.

Los indigentes y carentes de recursos que sean beneficiarios de Fonasa (grupos A y B) gozarán de gratuidad en las atenciones que reciban. Todos los demás asegurados, tanto de Isapres como de Fonasa, sólo contribuirán hasta con un 20% en el pago de las prestaciones de acuerdo con el arancel que establezcan las garantías explícitas. Se fijan por ley una amplia gama de copagos, que son progresivos respecto de los ingresos y que consideran la severidad del gasto en que se incurre según el tipo y gama de enfermedades, teniendo en consideración al grupo familiar.

Para tener derecho a las garantías explícitas, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deben acceder a la red asistencial en el nivel de la atención primaria, salvo casos de urgencia o emergencia calificados; pero los beneficiarios podrán acceder al nivel de atención correspondiente cuando el diagnóstico se efectúe en un prestador fuera de la red pública y en convenio con el Fonasa. Los beneficiarios de la ley N° 18.933, deberán atenderse en la red convenida con la Isapre.

¹⁷ Véanse algunos documentos relacionados en http://www.bcn.cl/pags/home_page/muestra_documentos.ph?p?id=30.

De las 56 enfermedades que fueron consideradas inicialmente para ser cubiertas por el AUGE, el régimen GES establece actualmente que tanto el Fonasa como las Isapres deben asegurar a sus beneficiarios la cobertura de 25 condiciones de salud; éstas incluyen 17 que funcionaron en calidad de piloto en el sistema público, a las que se agregaron ocho. Entre éstas se contemplan algunas respecto de las cuales se había señalado que la cobertura en la atención pública era muy baja, como infarto del miocardio, cáncer de mama, cáncer gástrico, cuidado paliativo del cáncer terminal, sida, neumonías del adulto mayor e hipertensión arterial. De acuerdo con la ley, las enfermedades, tras un proceso participativo de diversos sectores respecto de cuál debe ser su gama, se especifican mediante un decreto. Serán revisadas y modificadas cada tres años, salvo que por circunstancias calificadas y fundadas sea necesario modificarlas antes de dicho plazo.

El Régimen general de garantías tiene, además, algunas repercusiones en términos de la gestión, ya que se han establecido protocolos para cada uno de los tratamientos, lo cual evita su dispersión y refuerza que se basen en evidencia, según la formulación propia de la jerga profesional. Se establecen disposiciones respecto de las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad y sistemas de reclamos, lo cual también traerá serias repercusiones en términos de nuevas exigencias de gestión.

Los beneficios entraron en vigencia el 1 de julio de 2005, y se trata de derechos irrenunciables, es decir, que ningún afiliado puede oponerse a que les sean incorporados a sus contratos de salud. Las 25 condiciones de salud explícitamente garantizadas serán exigibles a partir de tal fecha, y deben estar incorporadas en los nuevos contratos de salud que entren en vigencia en esa fecha. Por otra parte, los contratos de salud previamente vigentes deben ajustarse a las nuevas normas antes del 30 de agosto de 2005. Las Isapres debieron informar a todos los asegurados cuál es la red de prestadores médicos hasta el 30 de junio de 2005. Destaca también que el precio a cobrar por los nuevos beneficios por parte de cada Isapres deberá ser uniforme para todos los beneficiarios y será publicado por la superintendencia de Isapres en el diario oficial, con una anticipación de 30 días a la entrada en vigencia de las garantías.

Asimismo, se ha modificado el examen gratuito de medicina preventiva que tradicionalmente debían brindar las Isapres. Se amplía con acciones de salud para adolescentes y adultos. Entre ellos, examen de colesterol total, de control de hipertensión arterial, de detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, y exámenes para detectar problemas de obesidad, tabaquismo y alcoholismo. También se identifican posibles patologías como la tuberculosis y la sífilis, priorizando la obligatoriedad de control en las mujeres embarazadas de diabetes y sida.

III. La garantía de prestaciones básicas y los retos de la segmentación de servicios en México

1. Algunos paquetes de prestaciones básicas que precedieron al Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular de Salud (SPS) en México tiene como antecedentes disposiciones para ampliar la cobertura y el aseguramiento en salud que se emprendieron desde la década de 1980 y que también explicitaron un paquete de prestaciones básicas. Estas ampliaciones de cobertura representaron ajustes en un sistema de salud con serios problemas de equidad, condicionados ciertamente por su segmentación básica, que se remonta a la década de 1940, cuando se fundaron la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SSA) y el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS). La cobertura de la primera abarcaba la población en general, y el IMSS prestaba un aseguramiento en salud y pensiones exclusivo para los trabajadores formales, mediante contribuciones compulsivas de carácter tripartito (gobierno, patrones y empleados). Al constituirse el IMSS en piedra angular del arreglo corporativista entre el Estado y grupos sociales políticamente organizados, su burocracia y sindicato adquirieron relevancia como intermediarios de esa relación, y las asignaciones de recursos públicos favorecieron desproporcionadamente a sus afiliados.

Desde su fundación, diversos gobiernos apoyaron al instituto e incluso protegieron su equilibrio financiero en épocas de crisis económica, en tanto que la SSA sufría recortes importantes de su presupuesto (González, 2005).

A lo largo de las dos últimas décadas es notoria la postulación de paquetes de prestaciones básicas,¹⁸ que cuando finalmente se introdujeron, debido a diversas restricciones políticas, constituyeron finalmente medidas “*path-oriented*”, es decir, que aunque hicieron viable ampliar determinadas coberturas de prestaciones de salud a sectores desprotegidos, no acarrearón modificaciones de fondo de las reglas del aseguramiento público en salud que, entre otros aspectos, imposibilitaban el aseguramiento universal. Las modificaciones mayores, como se verá, ocurren recién en 2004, cuando se introduce el SPS.

En la trayectoria reciente destaca en 1995 el Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS), inserto en el Plan Nacional de Desarrollo, cuyas principales metas fueron establecer instrumentos para promover la calidad y eficiencia en la provisión pública de servicios de salud y ampliar la cobertura de la seguridad social mediante mecanismos de afiliación para la población no asegurada y para los trabajadores informales. En cuanto a la provisión de servicios de salud de la Secretaría de Salud y Asistencia Social, se pretendía consolidar el proceso de descentralización hacia los estados que, habiéndose iniciado a mediados de los años ochenta con la creación de los sistemas estatales de salud que debían atender a la población no asegurada por el IMSS, había sido coartado por la crisis económica de 1986. Además, se pretendía reformar la gestión y provisión de servicios del IMSS, introduciendo la elección médica en el primer nivel y creando incentivos a la productividad. Por su parte, se proponía la llamada opción de reversión de cuotas (“*opting-out*”) para aquellos empresarios que contrataran servicios de salud privados para sus empleados¹⁹ (González, 2005). Este último dispositivo, virtualmente, podía modificar de manera radical las reglas del juego del aseguramiento al eliminar el carácter compulsivo de las cotizaciones al IMSS.

La participación de proveedores privados representaba para el sindicato del IMSS el inicio del desmantelamiento de la institución y un peligroso precedente, ya que acarrearía modificaciones del contrato colectivo. Evidenciada la inviabilidad política de la propuesta inicial, más tarde la reforma de los servicios médicos del IMSS incluyó sólo algunos elementos relacionados con la racionalización del uso de los recursos. Aquellos que requerían modificaciones al contrato de trabajo colectivo del IMSS o que podrían tener un impacto en las condiciones de trabajo del personal, como la introducción de un modelo de atención y los bonos a la productividad basados en el desempeño del personal y en la satisfacción de los pacientes, fueron retirados de la iniciativa o bien quedaron en una fase piloto, como en el caso de la elección médica por parte del usuario y de los incentivos a la productividad. No se alteró la legislación de la reversión de cuotas, y apenas se sugirió que como condición para su puesta en práctica se elaborara su regulación. Por su parte, el Seguro Médico Familiar (SMF), que debía brindar acceso a los servicios del IMSS a la población sin empleo formal, se inició como experiencia piloto con una cobertura limitada, prescindiendo de mecanismos que permitieran una incorporación significativa de excluidos al esquema de aseguramiento.

En cuanto a la ampliación de cobertura de salud asociada a paquetes explícitos de prestaciones, un antecedente importante del SPS es que el PRSS 1995-2000 abarcaba el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), cuya meta era proveer un paquete de servicios básicos de salud (PBSS) a 10 millones de personas sin acceso regular a dichos servicios, ocho millones de ellos, además de que su instrumentación fuera factible, de bajo costo y alto impacto. Para establecerlas se

¹⁸ Las propuestas de paquetes mínimos de prestaciones formuladas en diversas latitudes de la región se inspiran en las posiciones del Informe sobre el desarrollo mundial del Banco Mundial de 1993, y su contenido se aborda en Bobadilla y Saxenian (1993) y Bobadilla y otros (1994).

¹⁹ Con la reversión de cuotas, la empresa que demostrara que había contratado un aseguramiento privado no tenía la obligación de afiliarse a sus trabajadores al IMSS.

consideraron tanto las causas de muerte, enfermedad o discapacidad más importantes localizados en las zonas más pobres y poco pobladas de 18 estados. En 1996 se explicitaron sus alcances, que incluían un conjunto de intervenciones prioritarias de carácter clínico, de salud pública y de promoción de la salud, establecidas en función de factores de riesgo, lesiones y enfermedades, como la efectividad y el bajo costo. El paquete, destinado a grupos de extrema pobreza con poco o ningún acceso a servicios de salud, se definió como complementario de acciones esenciales de salud que los estados descentralizados debían brindar a la población no asegurada. Se financiaba mediante transferencias federales a los organismos públicos de descentralización (OPD) a cargo de su operación en los estados. La descentralización de los servicios de salud, tanto de la Secretaría de Salud como del programa IMSS-Solidaridad, debía dotar al sistema de mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud propias de cada región, y evitar duplicidades en la atención (Rovira y otros, 2003).

Por su parte, una propuesta teórica de paquete de prestaciones que marcó un hito fue realizada por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y constituyó un esfuerzo pionero por definir y cuantificar el costo de un paquete de servicios esenciales de salud denominado Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud (Puses), usando indicadores de resultado de salud.²⁰ El Puses se definía como "los servicios (de salud) a los que todo mexicano debería tener acceso, independientemente del lugar de su residencia, ocupación o ingreso". Se proponía financiarlo mediante un seguro universal de salud, cuyas primas bien podrían administrarse afiliando progresivamente a esta población o por medio del propio IMSS, que recaudaría las cuotas respectivas y recibiría el subsidio correspondiente del Estado. Se contemplaban tres tipos de servicios: de salud pública, que se dirigen a poblaciones o al medio ambiente; de extensión comunitaria, que se ofrecen a grupos de población y se centran en los lugares donde esos grupos realizan sus principales actividades (hogar, escuela, fábrica); los clínicos, que requieren personal médico. Se consideraban intervenciones aisladas, como el tratamiento de la tuberculosis, al igual que conglomerados de múltiples intervenciones requeridas para controlar una o varias enfermedades, lesiones o factores de riesgo. Comprendía 24 intervenciones o conglomerados de intervenciones: cuatro de salud pública, cinco de extensión comunitaria y 15 servicios clínicos. Los servicios prioritarios de salud pública estaban relacionados con los tres factores de riesgo que causan la mayor pérdida de años de vida saludables o ajustados por discapacidad (Avisa)²¹ en México: abuso de alcohol, inseguridad vial y anemia en niños y mujeres. Los servicios de extensión comunitaria abarcaban principalmente actividades de prevención.

Se calcularon los costos de más de 100 intervenciones, suponiendo eficiencia técnica en la producción de servicios y efectividad de las intervenciones de acuerdo con la literatura científica internacional;²² se consideraron precios de mercado, con excepción de los medicamentos y otros insumos que se obtuvieron por las compras consolidadas del sector salud. Los datos de efectividad se convirtieron en Avisa ganados y las prioridades se establecieron de acuerdo con las razones costo-efectividad de las intervenciones y la eficacia para controlar una enfermedad o grupo de enfermedades de relevancia epidemiológica para el país, es decir, aquellas que en 1991 tenían un peso igual o superior al 1%. Una vez seleccionadas las intervenciones, se calculó el costo incremental de su implantación respecto de la cobertura entonces vigente. Los costos per cápita se calcularon sumando los de cada una de las intervenciones que se habían obtenido dividiendo su costo incremental entre el total de la población mexicana de 1991.

Teniendo en cuenta la eficacia, la efectividad y la cobertura presente y esperada para el año 2000 (90% de población en el medio urbano y entre 80% y 85% en el medio rural), se calculó que

²⁰ La siguiente exposición de la propuesta de Funsalud se basa en Rovira y otros (2003).

²¹ Concepto que contabiliza la calidad de la vida midiendo los años de vida saludables (Avisa) ajustados por muertes prematuras y discapacidad. Es una traducción del concepto DALYS (discapacity adjusted life years) planteado originalmente en Banco Mundial (1993).

²² Resonancias de los planteamientos de la medicina basada en evidencia.

aproximadamente 2,5 millones de Avisa podrían evitarse anualmente con la prestación de los servicios del paquete. Con las coberturas esperadas para el año 2000, éstos equivalían al 20% de los Avisa observados en 1991. Con respecto al número de personas que se han de tratar o intervenir, el costo por persona y año y la cobertura presente y esperada para el año 2000, se estimó que el costo marginal del paquete sería de 100 pesos por persona, aproximadamente 28% del gasto público y 14% del gasto total en salud en 1991. Esto es, con un incremento del gasto en salud de 14% se podría evitar anualmente 20% de los Avisa.

2. Los sentidos del SPS y sus potenciales tensiones

Según la Ley General de Salud vigente, la protección social en salud debe permitir al Estado garantizar a toda la población el acceso a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para cubrir sus necesidades de salud mediante intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación. Ello debe realizarse de manera efectiva, oportuna, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización, y sin discriminación. A principios de 2004 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que pretende avanzar hacia una mayor cobertura de servicios de salud universales y hacia una distinción e integración horizontal de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios. Se considera fundamental fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud. En esos términos, el SPSS complementa los servicios de salud dirigidos a la comunidad, así como aquellos servicios personales con beneficios a terceros que forman parte de los programas de salud pública (México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2004).

Las desigualdades financieras del Sistema Nacional de Salud (SNS) se han analizado en tres niveles. En cuanto a las desigualdades entre asegurados y no asegurados, el gasto público promedio per cápita de quienes están cubiertos por la seguridad social es 85% mayor que aquel de los no asegurados. El IMSS recibe un subsidio directo por afiliado en forma de una cuota federal similar a la cuota social (CS) del SPSS, lo que no sucede en el caso de los no asegurados y de las demás instituciones de seguridad social. La proporción de la población cubierta por la seguridad social es mucho más alta en los estados más ricos que en los más pobres, lo que acentúa la desigualdad en el nivel del gasto total en salud para la seguridad social. La cobertura de salud es regresiva. Por otra parte, el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) es también desigual: las entidades más ricas tienden a contar con mejores prestadores de servicios estatales de salud. La fuente principal de financiamiento de los Sesa son transferencias del gobierno federal con destino específico establecidas en 1998 como parte del proceso de descentralización, pero por las dotaciones iniciales de recursos, se han catalizado en diferencias de 5 a 1 entre los estados en el monto de las transferencias federales por familia no asegurada. En cuanto al financiamiento adicional de los servicios de salud mediante recursos presupuestarios propios de los estados, éste evidencia diferencias del gasto per cápita en salud que varía entre entidades en una proporción de más de 100 a 1 y en general, los estados más pobres gastan menos, pues cuentan con menores recursos fiscales (Frenk y otros, 2004, citado en OCDE, 2005).

Se diseñó un Catálogo de servicios esenciales de salud (CASES), sustentado en criterios epidemiológicos, cuyas intervenciones seleccionadas se estima que cubren 90% de la atención médica que se registra en el Sistema único de información para vigilancia epidemiológica (SUIVE) y también en el Sistema de información en salud para población abierta (SISPA). Para los servicios de hospitalización y cirugía, la oferta actual del catálogo cubre 66% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reportados como motivo de egreso hospitalario a través el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). Considerando aquellos que no se duplicaban, también se revisaron el paquete básico de intervenciones que actualmente se oferta en la SSA bajo el Programa de ampliación de cobertura (PAC); el paquete esencial que extiende el

Programa de calidad, equidad y desarrollo en Salud (Procedes) tanto en el área rural como urbana; las intervenciones incluidas en los programas del nivel federal (Salud del adulto y anciano, Salud reproductiva, Enfermedades transmitidas por vector, microbacteriosis, Salud de la infancia y la adolescencia, VIH/SIDA e ITS, Salud bucal, accidentes, cólera y rabia, Arranque parejo en la vida y Promoción a la salud; y el Paquete familiar del SPS). Las intervenciones fueron objeto de discusión para lograr un amplio consenso con diversos grupos de trabajo del Sistema Nacional de Salud, equipos de profesionales de aquellos estados que participan en la implementación del SPSS, responsables de los programas federales implicados, en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud.

Esta consolidación de prestaciones hace evidente lo que ya aludimos respecto de la profusa presencia en México de diversos paquetes de prestaciones de salud, introducidos a lo largo del tiempo. El catálogo establece breves protocolos clínicos y en varios casos funciones de producción. Las intervenciones seleccionadas se describen en forma explícita para cada uno de los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento que conforman los conglomerados de servicios. Se describen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para cada una de las intervenciones, incluyendo la elaboración de árboles de decisiones en aquellos padecimientos donde fuera posible, lo cual permitió establecer las funciones básicas de producción de servicios y establecer insumos y recursos para cada intervención. A tal fin se consultaron las normas vigentes, los manuales técnicos de aquellos programas que los usan, literatura médica y especialistas en el tema. Se trata de privilegiar la prevención con acciones como el examen médico anual para adultos, la prevención y promoción de la salud en la línea de vida y la detección de tuberculosis.

Se elaboró un listado de medicamentos a los que tienen derecho los afiliados del sistema y formularios de medicamentos, cuyos costos pueden definirse claramente y que facilitan el análisis de los diferentes esquemas de compra en farmacia para la prestación de servicios. Se incluye el cuadro básico de medicamentos para el primer nivel de atención, clasificado de acuerdo con los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General. Para el segundo nivel de atención el SPSS sólo presenta algunas claves de importancia, para incentivar la autonomía de gestión hospitalaria y permitir que los hospitales, con sus comités de adquisición y clínicos, definan cuáles son los insumos y medicamentos más convenientes para el tipo de población y de acuerdo con las intervenciones que atienden.

a) Los alcances del Seguro Popular de Salud (SPS)

EL SPS nace en 2002 como plan piloto, y en 2003 se inicia oficialmente, a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, que reúne la función de compra. Se implanta para ampliar la cobertura de aseguramiento público, reducir el pago de bolsillo y fomentar una atención oportuna de la salud de quienes, por su condición laboral y socioeconómica, no están cubiertos por las instituciones de seguridad. De carácter voluntario y sin barreras de acceso, tiene como población objetivo la población denominada abierta, es decir, la que no cuenta con ningún tipo de seguridad social y que en 2004 ascendía a 58 millones de personas. Para garantizar que toda la población carente de aseguramiento, especialmente la más pobre, tenga acceso a servicios de salud a un costo viable, las aportaciones de las familias son progresivas respecto del ingreso.

El seguro tiene “portabilidad” (*portability*) y comprende una cobertura estandarizada, mediante un paquete explícito de intervenciones de salud que reúnen criterios de costo-efectividad, incluidos medicamentos. Cubre al asegurado directo, al cónyuge, los hijos hasta los 18 años de edad y a los padres mayores de 65 años de edad que sean dependientes económicos. Las personas solteras mayores de 18 años de edad son consideradas como una familia de un solo miembro.

Desde su implantación en enero de 2004, la cobertura de atenciones del SPS comprende vacunas, consultas de medicina en general, exámenes físicos de hombres y mujeres, diagnóstico y tratamiento de 39 enfermedades, atención dental, métodos de planificación familiar, atención en salud reproductiva en las distintas etapas de la vida, diagnóstico y tratamiento de fracturas, y 16 procesos quirúrgicos de distinta naturaleza. Se destaca que el paquete supera los criterios minimalistas de extensión de cobertura característica de programas previos, que incluye atenciones de segundo nivel y el tratamiento de algunas enfermedades catastróficas (Nigenda, 2005, p. 18).

La atención se brinda en los centros de salud del sistema de la Secretaría de Salud que estén en capacidad de proporcionar el servicio con determinados estándares y que cuenten para ello con recursos humanos e infraestructura, lo cual requiere una acreditación obligatoria de los prestadores de servicios. Además, las instituciones que provean atención bajo el Fondo de servicios catastróficos (FPGC), que se expondrá más adelante, también necesitarán estar certificadas.

Se ha señalado que persiste en la población una falta de comprensión o aceptación de que el seguro cubra únicamente determinadas intervenciones, aspecto siempre polémico en políticas de racionamiento de prestaciones. Aunque el paquete contiene intervenciones de primer y segundo niveles, en algunos estados el acceso a prestaciones del segundo nivel no es efectivo. Informaciones de campo también evidencian desconocimiento del seguro por parte de médicos y gerentes, lo cual origina rechazo de pacientes referidos desde el primer nivel. Estos aspectos evidencian cuán importante es que, más allá del establecimiento estandarizado del paquete, se establezcan garantías adicionales que aseguren el acceso efectivo.

Se ha puesto en práctica un plan maestro indicativo que contiene la oferta de servicios disponibles, en el cual deben inscribirse todas las instituciones que presten servicios a los asegurados en el SP. Se han identificado 10 zonas de captación de servicios y hospitales de segundo y tercer niveles, en función de las necesidades de servicios de salud y sus características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas. En caso de no reunir éstos el nivel adecuado, se asigna un presupuesto para mejorar equipo e infraestructura, o bien los servicios se pueden contratar con entidades tales como el IMSS. Los nuevos prestadores de servicios y la inversión en tecnología nueva de costo alto tendrán que contar con un certificado de necesidad por parte de las autoridades federales, y se dará prioridad a las zonas del país donde los servicios de salud actuales sean más deficientes.

Superar las carencias históricas de infraestructura, de médicos y medicinas que han sido propias del sistema de atención a población abierta destacan entre los retos para la implementación del SPS, particularmente en las zonas rurales.²³

b) Cambios virtuales de la combinación público-privada

Es importante resaltar que las diversas propuestas o la introducción de garantías de prestaciones mediante paquetes tendientes a ampliar la cobertura en salud han estado inmersas en la región con propósitos de reformas de salud más globales y en cuyo meollo se puede identificar, entre otros aspectos, la modificación de la combinación público-privada en el aseguramiento, o bien en la provisión de servicios.

En tal sentido, ya fue analizado cómo en el marco de la reforma del IMSS de los años noventa se pretendía incrementar la participación del sector privado en el aseguramiento y la provisión de servicios mediante la reversión de cuotas, e introduciendo la elección médica en el primer nivel de atención por parte de los usuarios. Estas propuestas se abandonaron por ser muy polémicas y para asegurar la factibilidad política de la reforma del sistema de pensiones (González, 2005).

²³ Clara Brugada Molina (coordinadora), *Seguro Popular, ideas para el debate*, Grupo parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, Congreso de la Unión, LXI Legislatura; OECD (2005), p. 160.

El SPS también tiene implicaciones respecto de la combinación público privada del sistema de salud mexicano. De acuerdo con la normativa, los estados pueden adquirir servicios del sector privado; con la ampliación de cobertura provista por el nuevo aseguramiento virtualmente se posibilita una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios. Con el SPS, el IMSS también se convierte, según las circunstancias, en un posible proveedor de servicios.

Teniendo como horizonte tanto las eventuales modificaciones de la combinación público-privada en la prestación de servicios, como el apuntalar la mejora de la calidad de las prestaciones públicas, resultarán fundamentales los mecanismos que certifiquen la calidad de los servicios acorde con determinadas normas. La capacidad de regulación se fortalecería si los procesos de certificación de cumplimiento de estas normas fuera compulsivo y no voluntario. La certificación podría considerarse como un programa de mejora continua de la calidad y, en aras de la transparencia, sería auspicioso que los prestadores de servicios especializados pertenecientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos estuvieran certificados y acreditados (OECD, 2005).

Se ha señalado un aspecto de la reforma que evidencia incentivos contradictorios respecto de la combinación público-privada, debido a que muchos médicos del sector público brindan también consultas privadas. Por ese motivo, la regulación debería velar por que este elemento no conduzca a conductas de riesgo moral que vayan en detrimento de la amplitud y calidad de las prestaciones públicas para ampliar la participación privada (OECD, 2005).

Es importante considerar también la posibilidad de que surja alguna competencia por la afiliación entre el SPS y el IMSS. A raíz de que los costos totales del seguro social son mucho más altos que la contribución familiar al SPS, aunque el primero cubra una gama más amplia de riesgos de salud y en otros ámbitos como las pensiones, tanto a los empleadores como a los trabajadores podría resultar atractivo unirse al SP y elegir un arreglo laboral no sustentado en salarios; en ese caso se encuentran empleados remunerados por comisión o trabajadores en zonas rurales remunerados bajo otros esquemas de pago, o bien jóvenes con buena salud que no valoren tanto la cobertura más completa del IMSS o sus otros componentes. También podrían disminuir las presiones a los empleadores del sector informal para que afilien al IMSS a sus empleados.

Si bien con el seguro popular se amplía y garantiza una cobertura importante de prestaciones, el paquete aún deja sin cubrir un número importante de padecimientos que representan una proporción importante de la mortalidad en México, a diferencia de la cobertura global de riesgos de la seguridad social, con lo cual la segmentación del aseguramiento, aunque se estreche, continúa. De ahí que, siendo un paquete más de aseguramiento puede tender a incrementar la segmentación del sistema de salud en el plano del aseguramiento (OECD, 2005).

c) El complejo financiamiento del SPS

El SPS pretende inyectar recursos frescos al sistema de servicios de salud del gobierno y corregir desigualdades entre los estados.²⁴ Los recursos provendrán principalmente del presupuesto federal, que hará una aportación denominada la cuota social (CS) a los estados por cada familia inscrita (véase el cuadro 3), que es equivalente a la cuota federal que se paga al IMSS por cada trabajador asegurado. Por su parte, tanto las entidades federativas como las estatales también deberán realizar aportaciones por cada familia que se integre, denominadas respectivamente la Aportación solidaria federal (ASF) y la Aportación solidaria estatal (ASE).²⁵

Las familias pagan la cuota familiar (CF) según sus ingresos. El cálculo se efectúa agrupando a las familias en deciles y, en consonancia con las disposiciones de la ley en su artículo 77, bis 21, las que se ubican en los dos deciles más bajos disfrutan de un régimen no contributivo. El SPS tiene como uno de sus más importantes objetivos ofrecer protección financiera a todos los mexicanos y

²⁴ La descripción del financiamiento se toma de OECD (2005).

²⁵ Véanse precisiones de los montos en OECD (2005), recuadro 3.1.

evitar gastos catastróficos. De acuerdo con estimaciones de la OCDE, las cuotas fueron reducidas a la mitad de aquellas que se utilizaron previamente en el programa piloto del SP, en función de encuestas realizadas a las familias sobre su disponibilidad de pago (OCDE, 2005, pp. 139-140). La cobertura abarca a todos los dependientes económicos de quien suscribe el seguro. En cuanto a posibles problemas de equidad, se ha planteado que familias que no califican como pobres pueden verse excluidas al tener dificultades para pagar anticipadamente la cuota familiar anual. La relación de la cuota respecto del ingreso promedio de los contribuyentes (cuadro 4) muestra que la cuota es progresiva, excepto para el decil con mayores recursos, para el cual puede asumirse que operará un mecanismo de autoselección respecto de este seguro, en términos de que no despertará su interés.

Cuadro 3
RECURSOS DEL PRESUPUESTO FEDERAL TRANSFERIBLES AL SPS
AL CIERRE DE 2004

(Número de familias aseguradas y miles de pesos corrientes)

| Entidad federativa | Cierre familias 2004 | Recursos transferibles cierre 2004 | | |
|---------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| | | Cuota Social | Aportación Solidaria Federal (ASF) | Total |
| Total | 1 563 572 | 1 718 900 | 1 244 945 | 2 963 845 |
| Aguascalientes | 64 234 | 52 054 | - | 52 054 |
| Baja California | 50 000 | 68 803 | 62 735 | 131 538 |
| Baja California Sur | 12 674 | 17 282 | - | 17 282 |
| Campeche | 35 000 | 43 042 | - | 43 042 |
| Chiapas | 60 000 | 74 297 | 66 795 | 141 092 |
| Chihuahua | - | - | - | - |
| Coahuila | 9 769 | 7 732 | - | 7 732 |
| Colima | 67 479 | 81 852 | - | 81 852 |
| Distrito Federal | - | - | - | - |
| Durango | - | - | - | - |
| Guanajuato | 119 888 | 71 142 | 94 691 | 165 832 |
| Guerrero | 12 000 | 17 473 | 17 864 | 35 337 |
| Hidalgo | 43 838 | 46 767 | 29 911 | 76 677 |
| Jalisco | 94 825 | 104 385 | 92 469 | 196 854 |
| México | 78 425 | 71 811 | 70 931 | 142 741 |
| Michoacán | 10 000 | 10 758 | 11 241 | 21 999 |
| Morelos | 24 997 | 28 766 | 26 893 | 55 659 |
| Nayarit | 34 974 | 20 772 | 6 711 | 27 483 |
| Nuevo León | 26 000 | 21 575 | 8 840 | 30 415 |
| Oaxaca | 52 530 | 57 336 | 44 871 | 102 208 |
| Puebla | 112 912 | 60 447 | 72 874 | 133 321 |

Cuadro 3 (Conclusión)

| Entidad federativa | Cierre familias 2004 | Recursos transferibles cierre 2004 | | |
|--------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------|
| | | Cuota Social | Aportación Solidaria Federal (ASF) | Total |
| Querétaro | 9 749 | 4 045 | - | 4 045 |
| Quintana Roo | 7 976 | 13 306 | 2 172 | 15 478 |
| San Luis Potosí | 52 211 | 84 349 | 74 526 | 158 875 |
| Sinaloa | 95 000 | 156 947 | 97 749 | 254 696 |
| Sonora | 29 038 | 45 715 | 2 006 | 47 720 |
| Tabasco | 187 726 | 262 410 | 26 5219 | 527 629 |
| Tamaulipas | 150 000 | 177 903 | 79 479 | 257 383 |
| Tlaxcala | 16 855 | 13 358 | 8 737 | 22 094 |
| Veracruz | 73 836 | 61 624 | 76 748 | 138 372 |
| Yucatán | 10 000 | 9 174 | - | 9 174 |
| Zacatecas | 21 636 | 33 776 | 31 484 | 65 260 |

Fuente: Secretaría de Salud, Sitios de salud, Programas prioritarios, Seguro popular de Salud, Cobertura, en <http://www.salud.gob.mx>, mayo 2005.

Cuadro 4
SEGURO POPULAR DE SALUD EN MÉXICO: PORCENTAJE DE
CUOTA FAMILIAR VIGENTE A ABRIL DE 2005
RESPECTO DEL INGRESO PROMEDIO.
DECILES DE INGRESO
(Pesos corrientes)

| Deciles de ingreso | Ingreso corriente anual por hogar promedio A | Cuota familiar anual B | (B/A)*100 |
|--------------------|--|------------------------|-----------|
| I | 4 716 | 0 | 0 |
| II | 8 212 | 0 | 0 |
| III | 11 192 | 640 | 5,71 |
| IV | 14 276 | 1 255 | 8,79 |
| V | 17 712 | 1 860 | 10,50 |
| VI | 22 012 | 2 540 | 11,53 |
| VII | 27 480 | 3 270 | 11,89 |
| VIII | 34 944 | 5 067 | 14,50 |
| IX | 50 000 | 6 740 | 13,48 |
| X | 120 296 | 10 200 | 8,47 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos consultados en http://www.isea.gob.mx/inicio_sp.asp, septiembre del 2005.

La ASF se asignará a partir de una fórmula que considera al mismo tiempo el número de familias suscritas al SPS, las necesidades de servicios de salud o los rezagos en cada estado y, tal vez en una etapa posterior, la magnitud de los esfuerzos estatales en el ámbito de los servicios de salud, el desempeño de sus sistemas y los montos que ya obtienen por medio de las transferencias

etiquetadas²⁶ registradas en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).²⁷ Los estados que actualmente perciben sólo una pequeña transferencia del presupuesto federal recibirán más, y los que más reciben, menos. Por su parte, la ASE dependerá de si los recursos asignados a los servicios de salud antes de la creación del SPS no son suficientes para cubrir a las familias inscritas en el SP.

La introducción gradual del programa entre 2004 y 2010 pretende que sea sustentable. Su carácter voluntario y la vinculación del financiamiento adicional a los estados con el número de familias afiliadas al SPS, deben incentivar conjuntamente que los estados mejoren sus servicios para retener y atraer nuevos afiliados, y que el sistema esté más centrado en el asegurado.

Por su parte, el Fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad (FASC) financia la prestación de servicios de salud pública y servicios comunitarios de salud que se definen como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica. Al contar con recursos así especificados se pretende que ciertas actividades, como las de medicina preventiva, estén relativamente protegidas de recortes presupuestarios. Este fondo se nutre de la porción del FASSA, ramo 33, empleada para financiar servicios de salud pública y servicios comunitarios en los estados (el llamado FASSA-C)²⁸ y es posible que se complemente con el presupuesto de la Secretaría de Salud del ramo 12, cuando los servicios tengan calidad de "bien público" en el nivel nacional o regional.

En ese sentido, el nuevo fondo FASC se alimenta de recursos que ya eran condicionados, y que ahora se asignarán a los estados mediante una fórmula que contempla las siguientes variables: población, requerimientos de salud pública y riesgos sanitarios y la eficiencia de los programas de salud pública de los estados, por lo cual sus recursos debieran ser canalizados primordialmente hacia los estados de menores ingresos. Sin embargo, aún no se ha establecido cómo se evaluará el uso de estos fondos en el nivel estatal (OECD, 2005).²⁹

Además, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) cubre servicios que no son bienes públicos y abarca prestaciones de salud de naturaleza privada en cuanto a sus beneficios pero que, como deberían ser objeto de aseguramiento, lo serán mediante el seguro popular. Este fondo abarca los recursos de la Cuota social (CS), la Aportación solidaria federal (ASF) y la Aportación solidaria estatal (ASE) ya mencionadas. Se subdivide en tres componentes que, a su vez, también se denominan fondos.

Un primer componente, financiado con el 89% del total de recursos del FASP, constituye un fondo mancomunado y descentralizado en el nivel estatal para gastos en servicios de salud de bajo

²⁶ En México se denomina etiquetados a los recursos que tienen determinado un destino específico.

²⁷ Desde 1998, los principales bienes y servicios públicos en México son provistos por los gobiernos estatales y municipales dentro de un rubro de transferencias descentralizadas conocidas como transferencias del ramo 33. Los recursos transferidos desde la federación a estados y municipios se dividen en transferencias no condicionadas (participaciones) y transferencias condicionadas (aportaciones). Estas últimas se incluyen dentro del ramo 33 del presupuesto federal y están constituidas por siete programas, uno de los cuales es el FASSA. En términos presupuestarios, el FASSA utiliza el 12% de los recursos del ramo. La mayor parte del ramo 33 son fondos creados para transferir recursos hacia los gobiernos estatales, junto con responsabilidades administrativas que antes correspondían a la federación. La creación del FASSA en 1998 fue la formalización de un proceso descentralizador iniciado previamente (Díaz-Cayeros y Silva, 2004, p.15).

²⁸ Con la Ley de coordinación fiscal de 1998, se racionalizaron bajo el ramo presupuestal 33 las características, la distribución y operación de las transferencias condicionadas. La ley dispone que según la recaudación federal se asignen recursos para cada uno de los fondos en el presupuesto anual del gobierno federal y establece criterios específicos para distribuir los recursos de educación, salud y seguridad pública entre los estados y también a los dos principales fondos municipales. Esas transferencias, que de ahí en adelante se denominarían aportaciones, pasaron de ser programas y fondos descentralizados del gobierno federal a formar parte del pacto federal entre estados y federación. Al quedar inscritas en una ley ordinaria, distinta del presupuesto, el Senado de la República adquirió un veto sobre subsecuentes cambios (siendo que en México sólo la cámara de diputados y no el senado tiene autoridad sobre el presupuesto federal). En segundo término, a partir de ese momento los estados concibieron las aportaciones como recursos rígidos garantizados por el pacto federal, en lugar de entenderlos de fuentes presupuestales sujetas a la discreción del ejecutivo federal (Díaz-Cayeros y Castañeda, 2004).

²⁹ Ello resulta crucial, si se consideran además las afirmaciones de que en México no existen evaluaciones claras de la eficiencia del gasto descentralizado (Díaz-Cayeros y Silva, 2004, p.8).

riesgo y ocurrencia alta. Financia un paquete esencial, que se considera costo-efectivo para la atención primaria y secundaria ambulatoria y en hospitales generales. Tal atención es gratuita en el punto de prestación del servicio.

En segundo lugar, el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que representa 3% del total de los recursos del FASP, debe facilitar la operación del sistema y las relaciones entre estados, ejerciendo funciones compensatorias: financia excesos de demanda por servicios, garantiza el pago entre estados por atención a personas de otras entidades y contribuye a financiar infraestructura con oferta restringida de servicios básicos de salud.

En tercer lugar, el Fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC), que se financia con el 8% de los recursos del FASP, debe permitir la diversificación de riesgos a escala nacional, al reunir en ese nivel riesgos de aseguramiento que no son diversificables (*risk pooling*) para las poblaciones en el ámbito estatal, debido a que involucra tratamientos de alto costo. Se abarcará gradualmente a enfermedades de alto costo que requieren tratamiento especializado en hospitales de tercer nivel, hasta un total de 58 padecimientos agrupados en nueve categorías. Se seleccionarán según su costo-efectividad, aceptación social, tecnología, y disponibilidad de oferta y de recursos financieros. En la actualidad se incluyen tratamientos para seis padecimientos, y la cobertura se ampliará de manera progresiva, dependiendo de los recursos disponibles.³⁰

Se debe puntualizar además que se le atribuye también naturaleza de bien público a la función rectora del sistema del seguro popular a cargo de supervisar su arquitectura, regulación y el seguimiento y la evaluación del desempeño. Esto será financiado mediante un fondo específico, cuyo monto aún no se ha fijado.

La sola nomenclatura del financiamiento, aquí brevemente sintetizada, resalta ya la complejidad del financiamiento del SPS, debido a que los recursos se canalizan mediante distintos fondos, que son asignados de manera específica (véase el diagrama en la página 35).

La complejidad del financiamiento plantea un asunto no trivial, que constituye un reto en términos institucionales y organizativos: a saber, cómo los prestadores logran usar y combinar eficientemente diversos recursos para los que rigen singulares mecanismos de acceso, criterios de asignación, regímenes presupuestarios, tipo de transferencias, programación y ejecución de los flujos de recursos, e incentivos implícitos o explícitos en términos de la gestión que deben conciliarse. Ello es tanto más crítico cuando además se considera la relativa indivisibilidad de las prestaciones de salud y la heterogeneidad en la capacidad de gestión de los prestadores ante tal diversidad de fuentes de financiamiento. Son relevantes además los costos de transacción asociados a la diversidad de fuentes de financiamiento, que pueden resultar más altos o más difíciles de afrontar precisamente para los prestadores que atienden a la población más carente y que usualmente gozan de menores economías de escala en el uso de recursos y adolecen de precarias capacidades de gestión. Por ello es importante contar con mecanismos de coordinación de estos recursos en una escala superior a la de los prestadores y la reflexión sobre la consistencia interna de sus incentivos (Sojo, 2001).³¹

Respecto de la traducción efectiva de las necesidades de salud y de los objetivos de políticas en las funciones estratégicas de compra, la experiencia internacional muestra la conveniencia de que los objetivos de salud estén sustentados también en los sistemas de gestión (Figueras y otros 2005,

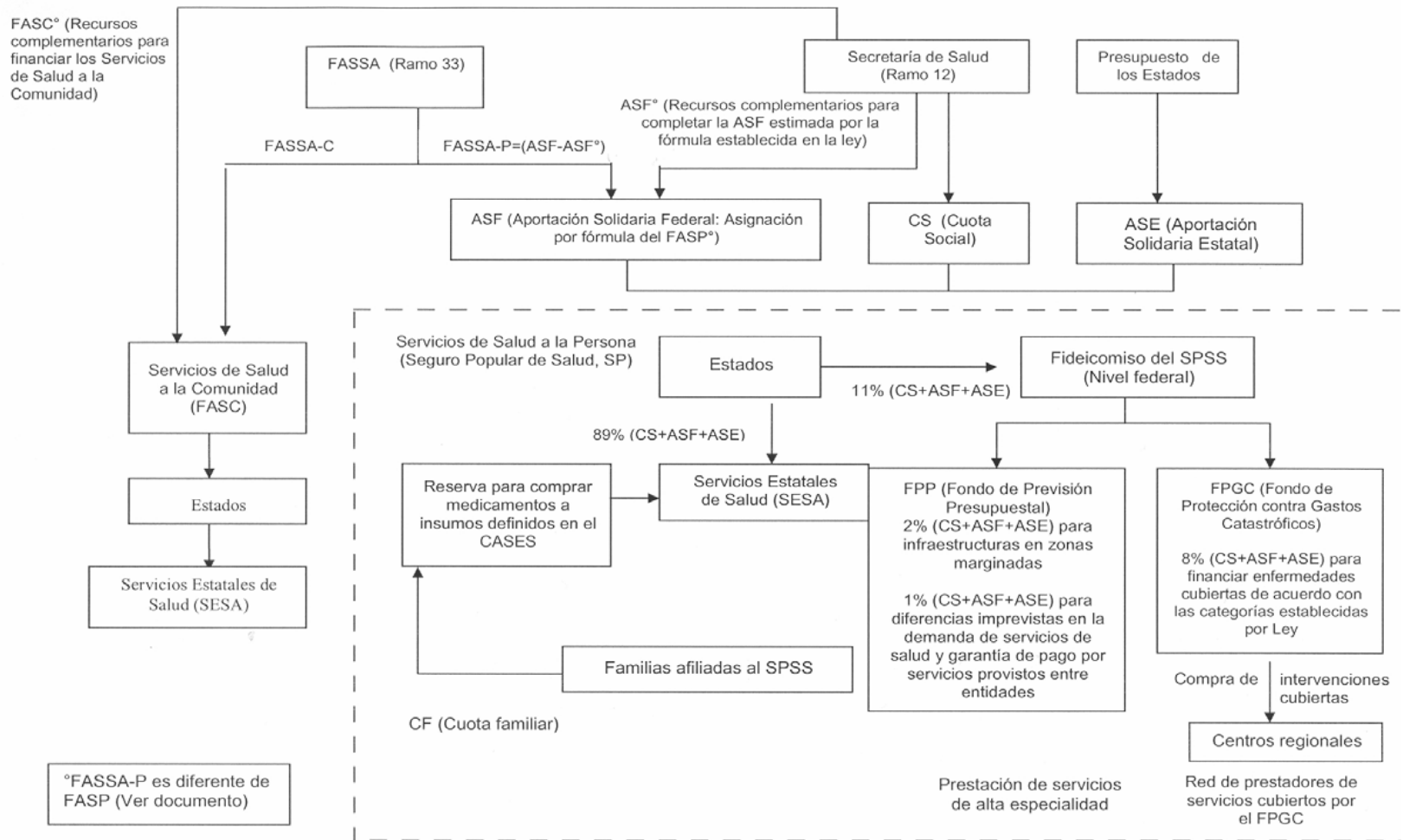
³⁰ En la región se han ensayado diversas formas para financiar enfermedades catastróficas a sectores con menores niveles de aseguramiento. En Colombia, las entidades promotoras de salud (EPS), que cumplen una función financiera y aseguradora, deben contraer un reaseguro para cubrir riesgos catastróficos tanto del régimen contributivo como del subsidiado. De allí que este reaseguro haya promovido la convergencia de ambos regímenes, al financiar prestaciones más caras y complejas para los beneficiarios del subsidiado (Sojo, 1999).

³¹ Estas reflexiones retoman y amplían algunas ideas que se plantean inicialmente en torno al alambicado financiamiento hospitalario propio de la reforma colombiana (Sojo, 2001). Obviamente, se hacen a partir de dos experiencias distintas que no son, de manera alguna, comparables. Pero en ambos casos, la reflexión sobre la complejidad permite abstraer elementos para realizar planteamientos más generales.

p. 57). El financiamiento del seguro popular, por ahora, parece dejar eso en segundo término, al regirse casi exclusivamente por la magnitud de las necesidades de salud que deberán ser cubiertas y por la estructura de riesgos.

La fragmentación de la función de compra causada por la multiplicidad de fondos es un elemento institucional que podría ser tempranamente considerado; se trataría de una fragmentación que se avizora potenciada, y que en este caso no se da a escala del sistema de salud, sino en una escala menor, vinculada con el aseguramiento del nuevo seguro popular.

Diagrama 1
ASIGNACIÓN DE FONDOS A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL SPSS,
SEGÚN FUENTES Y USOS DEL FINANCIAMIENTO



°FASSA-P es diferente de FASP (Ver documento)

Fuente: OCDE (2005), *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud* – México.

IV. Conclusiones

La riqueza que se crea en una sociedad, su distribución y el manejo de las variables macroeconómicas constituyen el marco económico fundamental para la viabilidad de la capacidad redistributiva del Estado. Ese marco económico, aunado con la racionalidad política, determina tanto la capacidad fiscal del Estado, como el monto y el uso de los recursos. En el caso de los sistemas de salud solidarios, ello puede ir también de la mano de sistemas contributivos de carácter compulsivo.

Los objetivos e instrumentos de la política social remiten a un acuerdo acerca del bienestar socialmente deseable y de los medios óptimos para alcanzarlo, que puede cristalizar en la formulación de derechos sociales. Las garantías, desde el punto de vista jurídico, son prácticas idóneas para asegurar la efectividad de las normas que reconocen los derechos. En el caso de los derechos de propiedad y de libertad, su goce está claramente establecido por garantías. Por el contrario, los derechos sociales generalmente carecen de un sistema de garantías equiparable en cuanto a su capacidad de regulación y de control, y que sea adecuado a su naturaleza. Por eso, el desarrollo de los derechos sociales, incluso en los estados europeos de bienestar, ha tenido lugar en gran medida gracias a la ampliación de la discrecionalidad de los aparatos burocráticos (Ferrajoli, 2002).

Esta carencia se constituye en un factor de ineficacia de los derechos sociales. En ese sentido, la ausencia de garantías sociales o positivas adecuadas puede conducir a prácticas burocráticas propias del Estado asistencial y del orientado a beneficiar a clientelas políticas, lo cual es un terreno fértil para la corrupción y las decisiones arbitrarias. Algunas reformas recientes de la política social, como las

cartas de derechos de los usuarios, cobran sentido respecto de las garantías jurídicas que sustentan estos derechos. La garantía de prestaciones de salud, que cubre una variada gama de experiencias en la región, puede analizarse justamente en esa perspectiva. A su manera, cada una de ellas está claramente determinada por el derrotero propio de cada sistema de salud en que ellas se insertan y por las restricciones políticas encaradas, y evidencia los retos pendientes.

En países con sistemas de salud poco desarrollados, con muy bajos niveles de aseguramiento para la población de bajos ingresos, y que sufren procesos de transición epidemiológica polarizada, la garantía de prestaciones se ha abocado eminentemente a la atención primaria en salud y a la atención materno-infantil. Estas prestaciones, si bien en términos relativos son de bajo costo, representan un esfuerzo con respecto del punto de partida. Dichas experiencias se caracterizan porque la garantía de prestaciones tiene un efecto muy acotado en términos de la reorganización global del sistema de salud; en el caso de Guatemala se prescindió de la separación de funciones planteada al inicio. En Guatemala y Bolivia las garantías se dan en el marco de un paquete de prestaciones, pero sin especificar garantías de oportunidad y de acceso, y sin repercusiones con relación al aseguramiento.

De los casos analizados, Chile es la experiencia donde se va más allá, en el sentido de que las prestaciones garantizadas que se introdujeron en 2005 comprenden prestaciones de alto costo e incluyen garantías de oportunidad, acceso, protección financiera y calidad. Además, tiene repercusiones respecto de la articulación de la combinación público privada, en tanto se impugna parcialmente la dualidad básica del sistema de aseguramiento, acotando las prácticas de selección adversa de las Isapres e incrementando la transparencia de las coberturas. La trayectoria de la reforma evidencia las dificultades políticas que impidieron implantar dimensiones que le hubiesen otorgado mayor solidaridad al sistema dual de aseguramiento.

En México, con el fin de avanzar hacia la cobertura universal, la garantía de prestaciones se introduce mediante una reforma al sistema de aseguramiento que, sin embargo, no modifica la segmentación de que éste adolece, ya que se adiciona un seguro con nuevos recursos, que tiene algunos vínculos con el resto en cuanto a los prestadores, pero no con el financiero. Llama la atención la complejidad del financiamiento, debido tanto a la diversidad de los fondos de que se nutre el SPS, como a los diversos mecanismos financieros asociados a ellos. Implica modificaciones de la combinación público-privada en términos de ampliar la participación de prestadores privados. A diferencia de Chile, la cobertura no está reforzada por garantías adicionales.

Bibliografía

- Baeza, Cristián y otros (1998), "El sector de la salud en Chile: un diagnóstico compartido", inédito, diciembre.
- Banco Mundial (1993), *Investing in Health*, World Development Report 1993, Nueva York: Oxford University Press.
- Bartlett, Will y Julian Le Grand (1993), "The theory of quasimarkets", en Julian Le Grand y Will Bartlett, *Quasimarkets and Social Policy*, The Macmillan Press, Londres.
- Bobadilla, J. L., J. Frenk y R. Lozano (1990), "The epidemiologic transition and health priorities", *The World Bank/Health Sector Priorities Review*, julio.
- Bobadilla J. L. y Helen Saxenian (1993), "Designing an essential national health package", *Finance and Development* 30, septiembre.
- Bobadilla J. L., P. Cowley, P. Musgrove y H. Saxenian (1994), "Design, content and financing of an essential national package of health services", *Bulletin of the World Health Organisation* No. 72.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2003), *Pobreza y vulnerabilidad social: mercado de trabajo e inversión social en el Istmo Centroamericano a inicios del milenio* (LC/MEX./L.586), México, diciembre.
- Cruz, Carlos, Gabriela Luna y Rolando Rivera (2004), "Equidad social y protección financiera en salud", en Banamex, 25 años de desarrollo social en México, *Estudios económicos y sociopolíticos*, México.
- Cutler, David y Richard Zweckhauser (2000), "The anatomy of health insurance", en A. J. Culyer y J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Elsevier Science, Amsterdam.
- Díaz-Cayeros, Alberto y Sergio Silva (2004), "Descentralización a escala municipal: la inversión en infraestructura social", en CEPAL, *Serie estudios y perspectivas No. 15*, México D. F., abril.
- Ferrajoli, Luigi (2002), *Derechos y garantías: la ley del más débil*, Editorial Trotta, Madrid, tercera edición

- Figueras, Joseph, Ray Robinson y Elke Jakubowski (2005), "Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons", *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Reino Unido.
- González, Alejandra (2005), "La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina", documento elaborado para la Unidad de estudios especiales y la Unidad de desarrollo social de la CEPAL en México, en proceso de edición
- Gray-Molina, George, Ernesto Pérez de Rada y Ernesto Yáñez (2001), "Does voice matter? participation and controlling corruption in Bolivian hospitals", en Rafael Di Tella y William Savedoff (editores), *Diagnosis Corruption. Fraud in Latin America's Hospitals*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D. C.
- Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (s/f), "Plan estratégico institucional 2001-2006", Guatemala, inédito.
- Guatemala, Ministerio de Salud, Sistema Integral de Atención de Salud (2001), "Extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de organizaciones prestadoras y administradoras de servicios de salud", Guatemala, presentación en Power Point.
- _____ (2000a), "Habilitación, adjudicación, certificación y acreditación de prestadoras y administradoras de servicios de salud", inédito, Guatemala, octubre.
- Guatemala, Ministerio de Salud, Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud (2000b), "Formularios de habilitación, adjudicación, certificación y acreditación de prestadoras y administradoras de servicios de salud", Guatemala, inédito.
- Ham, Chris (1998), "Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan", *British Medical Journal* 316: 1965-1969, 27 de junio, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7149/1965>.
- Isapres de Chile (2002), "Plan garantizado de salud (PGS). Un diseño revolucionario" Newsletter, edición 8, abril.
- Jaramillo, María Fernanda y Alexandra Bidot (1999), "Programa oportunidad en la atención. El caso del servicio de salud de la Araucanía Sur", Borrador de práctica de investigación efectuada en la CEPAL, inédito.
- Knaul, Felicia, Héctor Arreola, Christian Borja, Óscar Méndez, y Ana Cristina Torres (2003), "El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares", en F. Knaul y G. Nigenda, *Caleidoscopio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), México D. F.
- Lagos, Ricardo (2002), Mensaje al país del Presidente de la República de Chile, Valparaíso, 21 de mayo.
- Lavadenz, Fernando, Nicole Schwab y Hendrik Straatman (2001), "Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia", *Revista panamericana de la salud* 9(3), Washington.
- México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2004), *Catálogo de servicios esenciales de salud*.
- Nigenda, Gustavo (2005), "El seguro popular en México. Desarrollo y retos para el futuro", Banco Interamericano de Desarrollo, *Nota técnica de salud No. 2/2005*, abril.
- OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2005), *Estudios de la OECD sobre los sistemas de salud*, México.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1998), *Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano*, Edición 1998, Guatemala
- Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilization and the State, A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge, Londres y Nueva York.
- Rovira, Joan, Rosa Rodríguez-Monguió y Fernando Antoñanzas (2003), *Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D. C.
- Sánchez, Ángel (2001), "Análisis político de la reforma del sector salud en Guatemala", ponencia en encuentro del mismo nombre, convocado por el Programa de Acciones Concertadas de la Dirección General de Investigaciones de la Comisión Europea, Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo y Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud (CES), inédito.
- _____ (s/f) "La práctica de la reforma del sector salud en Guatemala: lecciones para el futuro", *Publicación científica No. 1*, Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud (CES), Ciudad de Guatemala.
- Sin autor (s/f), "Equidad de género en la reforma de salud: planes para las mujeres en las Isapres y financiamiento del salario por maternidad", inédito.
- Slowing, Karin (s/f), "El sistema de salud en Guatemala. Problemas y perspectivas de reforma", inédito.

- Sojo, Ana (2001), “Reformas de gestión en salud en América Latina”, en *Revista de la CEPAL No. 74*, Santiago de Chile, agosto, disponible en http://www.cepal.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/5/LCG2135 PE/lcg2135e_Sojo.pdf
- _____ (1999), “Derechos y beneficios de los ciudadanos en las reformas de los sistemas de salud en América Latina”, en APRESAL y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Foro Internacional la Reforma del Sector Salud*, Guatemala.
- _____ (1998), “Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa”, *Revista de la CEPAL No. 66*, diciembre, Santiago de Chile, Versión electrónica como *Serie de Políticas Sociales de la CEPAL No. 27*
- _____ (1996), “Posibilidades y límites de la reforma en la gestión de la salud en Chile”, *Revista de la CEPAL No. 59*, Santiago de Chile, agosto.
- Superintendencia de Isapres de Chile (2001), “Cobertura de enfermedades catastróficas (CAEC) en el sistema Isapre”, presentación en Power Point en sitio web.
- Van de Ven, Wynand y Randall Ellis (2000), “Risk adjustment in competitive health plan markets”, en A. J. Culyer y J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics, Vol. 1A*, Elsevier Science, Amsterdam.

Anexos

Anexo I

La garantía de prestaciones en Chile

I. Chile, contenidos del AUGE según planteamiento inicial

1. Beneficios fundamentales de la etapa inicial del AUGE, para usuarios de FONASA e ISAPRES:

Todas las mujeres tendrán garantizada la atención profesional del parto con anestesia o analgesia inhalatoria (si lo desean), con derecho a ser acompañadas por el padre de su hijo (a) o algún familiar.

Los pacientes diabéticos, hipertensos y epilépticos tendrán derecho a un tratamiento integral que les significará controlar el avance de su enfermedad y reducir sus secuelas y discapacidad.

Todos los niños, embarazadas y pacientes que viven con VIH/SIDA, tendrán derecho a tratamiento antirretroviral según indicación clínica. La atención se brindará en un plazo máximo de siete días después de solicitada. Será gratuita para los niños y embarazadas, con un copago de cero a 20% para los adultos, según su ingreso familiar.

Los mayores de 60 años con cataratas serán intervenidos antes de tres meses, luego de su diagnóstico.

Se garantizan marcapasos para todos los pacientes que lo requieran.

Todos los niños que nacen con fisura palatina y labio leporino, tendrán derecho a cirugía, fonoaudiología, odontología y rehabilitación total hasta los 15 años.

Se asegura atención inmediata y neurocirugía, según gravedad, para los quistes y tumores del sistema nervioso central. Operación oportuna para hernias del núcleo pulposo (ciática) que presentan cuadros persistentes de dolor o déficit motores o sensitivos urgentes.

Los pacientes con aneurisma tendrán acceso a angiografía cerebral, neurocirugía y procedimientos endovasculares.

Los pacientes tendrán derecho a tratamiento paliativo en caso de cánceres terminales y a programas de alivio del dolor, los que deberán iniciarse antes de 15 días después de definida esta condición.

Los trastornos isquémicos del corazón tendrán atención integral inmediata, incluyendo los fármacos que hoy permiten prevenir el infarto y mejorar el pronóstico vital cuando se administran oportunamente

2. Dolencias para las que se establece atención prioritaria

Atención del parto con analgesia

Todos los cánceres infantiles

Cáncer cérvicouterino

Cáncer de mama

Leucemia (adultos)

Linfoma (adultos)

Cáncer de testículo

Cáncer de próstata
Cáncer gástrico
Cáncer de vesícula y vías biliares
Cánceres terminales (cuidados paliativos)
Enfermedad isquémica (infarto miocardio)
Trastornos de conducción
Cardiopatía congénita operable
Defectos del tubo neural
Labio leporino y fisura palatina
Insuficiencia renal crónica
VIH / SIDA
Cataratas
Gran quemado
Politraumatizado con y sin lesión medular
Hernia núcleo pulposo
Tumores y quistes SNC
Aneurismas
Retinopatía diabética
Vicios de refracción
Pérdida de dientes en el adulto mayor
Cirugía que requiere prótesis
Hipoacusia
Hiperplasia benigna de la próstata
Neumonías en el adulto mayor
Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros)
Hemofilia
Fibrosis quística
Escoliosis
Depresión
Dependencia al alcohol y drogas
Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
Asma bronquial
EPOC
Hipertensión arterial
Accidente vascular encefálico

Diabetes mellitas, tipo I y II
Prematurez
Retinopatía del prematuro
Dificultad respiratoria del recién nacido
Accidente que requieren UTI
Artritis reumatoidea
Artrosis
Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
Trauma ocular
Desprendimiento de retina
Estrabismo (menores de nueve años)
IRA (menores de 15 años)
Salud oral integral
Urgencias odontológica

Fuente: <http://www.minsal.cl/>

Anexo II

Chile: enfermedades seleccionadas en 2005 por el Régimen de garantías en salud

Cardiopatías congénitas operables

Insuficiencia renal crónica terminal

Cánceres infantiles (menores de 15 años)

Cáncer cervicouterino

Alivio del dolor y cuidados paliativos en cánceres avanzados *

Infarto agudo del miocardio*

Defectos del tubo neural - disrrafias espinales abiertas y cerradas

Cáncer de mama*

Diabetes mellitus, tipo I

Esquizofrenia primer episodio

Cáncer de testículo en adultos (15 años y más)

Linfomas en adultos (15 años y más)

Cataratas: resolución quirúrgica en mayores de 65 años

Endoprótesis total de cadera en mayores de 65 años

Labio leporino y fisura palatina

Escoliosis: resolución quirúrgica en menores de 25 años

VIH/SIDA: Triterapia hasta el tercer esquema, con exámenes y controles, para todos los niños y adultos con criterios clínicos de tratamiento*

Diabetes mellitus, tipo II

IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años

Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más

Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más

Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años

Salud oral integral para niños de 6 años

Prematurez: Prevención del parto prematuro, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar del prematuro e hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro

Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

estudios y perspectivas

 OFICINA
 SUBREGIONAL
 DE LA CEPAL
 EN
 MÉXICO

Números publicados

1. Un análisis de la competitividad de las exportaciones de prendas de vestir de Centroamérica utilizando los programas y la metodología CAN y MAGIC, Enrique Dussel Peters (LC/L.1520-P; (LC/MEX/L.458/Rev.1)), N° de venta: S.01.II.G.63, 2001. [www](#)
2. Instituciones y pobreza rurales en México y Centroamérica, Fernando Rello (LC/L.1585-P; (LC/MEX/L.482)), N° de venta: S.01.II.G.128, 2001. [www](#)
3. Un análisis del Tratado de Libre Comercio entre el Triángulo del Norte y México, Esteban Pérez, Ricardo Zapata, Enrique Cortés y Manuel Villalobos (LC/L.1605-P; (LC/MEX/L.484)), N° de venta: S.01.II.G.145, 2001. [www](#)
4. Debt for Nature: A Swap whose Time has Gone?, Raghendra Jha y Claudia Schatan (LC/L.1635-P; (LC/MEX/L.497)), Sales N° E.01.II.G.173, 2001. [www](#)
5. Elementos de competitividad sistémica de las pequeñas y medianas empresas (PYME) del Istmo Centroamericano, René Antonio Hernández (LC/L.1637-P; (LC/MEX/L.499)), N° de venta: S.01.II.G.175, 2001. [www](#)
6. Pasado, presente y futuro del proceso de integración centroamericano, Ricardo Zapata y Esteban Pérez (LC/L.1643-P; (LC/MEX/L.500)), N° de venta: S.01.II.G.183, 2001. [www](#)
7. Libre mercado y agricultura: Efectos de la Ronda Uruguay en Costa Rica y México, Fernando Rello y Yolanda Trápaga (LC/L.1668-P; (LC/MEX/L.502)), N° de venta: S.01.II.G.203, 2001. [www](#)
8. Istmo Centroamericano: Evolución económica durante 2001 (Evaluación preliminar) (LC/L.1712-P; (LC/MEX/L.513)), N° de venta: S.02.II.G.22, 2002. [www](#)
9. Centroamérica: El impacto de la caída de los precios del café, Margarita Flores, Adrián Bratescu, José Octavio Martínez, Jorge A. Oviedo y Alicia Acosta (LC/L.1725-P; (LC/MEX/L.517)), N° de venta: S.02.II.G.35, 2002. [www](#)
10. Foreign Investment in Mexico after Economic Reform, Jorge Máttar, Juan Carlos Moreno-Brid y Wilson Peres (LC/L.1769-P; (LC/MEX/L.535-P)), Sales N° E.02.II.G.84, 2002. [www](#)
11. Políticas de competencia y de regulación en el Istmo Centroamericano, René Antonio Hernández y Claudia Schatan (LC/L.1806-P; (LC/MEX/L.544)), N° de venta: S.02.II.G.117, 2002. [www](#)
12. The Mexican Maquila Industry and the Environment; An Overview of the Issues, Per Stromberg (LC/L.1811-P; (LC/MEX/L.548)), Sales N° E.02.II.G.122, 2002. [www](#)
13. Condiciones de competencia en el contexto internacional: Cemento, azúcar y fertilizantes en Centroamérica, Claudia Schatan y Marcos Avalos (LC/L.1958-P; (LC/MEX/L.569)), N° de venta: S.03.II.G.115, 2003. [www](#)
14. Vulnerabilidad social y políticas públicas, Ana Sojo (LC/L.2080-P; (LC/MEX/L.601)), N° de venta: S.04.II.G.21, 2004. [www](#)
15. Descentralización a escala municipal en México: La inversión en infraestructura social, Alberto Díaz Cayeros y Sergio Silva Castañeda (LC/L.2088-P; (LC/MEX/L.594/Rev.1)), N° de venta: S.04.II.G.28, 2004. [www](#)
16. La industria maquiladora electrónica en la frontera norte de México y el medio ambiente, Claudia Schatan y Liliana Castilleja (LC/L.2098-P; (LC/MEX/L.585/Rev.1)), N° de venta: S.04.II.G.35, 2004. [www](#)
17. Pequeñas empresas, productos étnicos y de nostalgia: Oportunidades en el mercado internacional, Mirian Cruz, Carlos López Cerdán y Claudia Schatan (LC/L.2096-P; (LC/MEX/L.589/Rev.1)), N° de venta: S.04.II.G.33, 2004. [www](#)
18. El crecimiento económico en México y Centroamérica: Desempeño reciente y perspectivas, Jaime Ros (LC/L.2124-P; (LC/MEX/L.611)), N° de venta: S.04.II.G.48, 2004. [www](#)
19. Emergence de l'euro: Implications pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, Hubert Escaith, y Carlos Quenan (LC/L.2131-P; (LC/MEX/L.608)), N° de venta: F.04.II.G.61, 2004. [www](#)
20. Los inmigrantes mexicanos, salvadoreños y dominicanos en el mercado laboral estadounidense. Las brechas de género en los años 1990 y 2000, Sarah Gammage y John Schmitt (LC/L.2146-P; (LC/MEX/L.614)), N° de venta: S.04.II.G.71, 2004. [www](#)
21. Competitividad centroamericana, Jorge Mario Martínez Piva y Enrique Cortés (LC/L.2152-P; (LC/MEX/L.613)), N° de venta: S.04.II.G.80, 2004. [www](#)
22. Regulación y competencia de las telecomunicaciones en Centroamérica: Un análisis comparativo, Eugenio Rivera (LC/L.2153-P; (LC/MEX/L.615)), N° de venta: S.04.II.G.81, 2004. [www](#)

23. Haití: Antecedentes económicos y sociales, Randolph Gilbert (LC/L.2167-P; (LC/MEX/L.617)), N° de venta: S.04.II.G.96, 2004. [www](#)
24. Propuestas de política para mejorar la competitividad y la diversificación de la industria maquiladora de exportación en Honduras ante los retos del CAFTA, Enrique Dussel Peters (LC/L.2178-P (LC/MEX/L.619)), N°. de venta: S.04.II.G.105, 2004. [www](#)
25. Comunidad Andina: Un estudio de su competitividad exportadora, Martha Cordero (LC/L.2253-P; (LC/MEX/L.647)), N° de venta: S.05.II.G.10, 2005. [www](#)
26. Más allá del consenso de Washington: Una agenda de desarrollo para América Latina, José Antonio Ocampo (LC/L.2258-P (LC/MEX/L.651)), N° de venta: S.05.II.G.10, 2005. [www](#)
27. Los regímenes de la inversión extranjera directa y sus regulaciones ambientales en México y Chile, Mauricio Rodas Espinel (LC/L.2262-P (LC/MEX/L.652)), N° de venta: S.05.II.G.18, 2005. [www](#)
28. La economía cubana desde el siglo XVI al XX: Del colonialismo al socialismo con mercado, Jesús M. García Molina (LC/L.2263-P (LC/MEX/L.653)), N° de venta: S.05.II.G.19, 2005. [www](#)
29. El desempleo en América Latina desde 1990, Jaime Ros (LC/L.2265-P (LC/MEX/L.654)), N° de venta: S.05.II.G.29, 2005. [www](#)
30. El debate sobre el sector agropecuario mexicano en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, Andrés Rosenzweig (LC/L.2289-P (LC/MEX/L.650/Rev.1)), N° de venta: S.05.II.G.40, 2005. [www](#)
31. El efecto del TLCAN sobre las importaciones agropecuarias estadounidenses provenientes de México, José Alberto Cuéllar Álvarez (LC/L.2307-P (LC/MEX/L.649/Rev.1)), N° de venta S.05.II.G.56, 2005. [www](#)
32. La economía cubana a inicios del siglo XXI: Desafíos y oportunidades de la globalización, Jesús M. García Molina (LC/L.2313-P (LC/MEX/L.659)), N° de venta: S.05.II.G.61, 2005. [www](#)
33. La reforma monetaria en Cuba, Jesús M. García Molina (LC/L.2314-P (LC/MEX/L.660)) N° de venta: S.95.II.G.62, 2005. [www](#)
34. El Tratado de Libre Comercio Centroamérica-Estados Unidos: Implicaciones fiscales para los países centroamericanos, Igor Paunovic (LC/L.2315-P (LC/MEX/L.661)), N° de venta: S.05.II.G.63, 2005. [www](#)
35. The 2004 hurricanes in the Caribbean and the Tsunami in the Indian Ocean, Lessons and policy challenges for development and disaster reduction, Ricardo Zapata Martí (LC/L.2340-P (LC/MEX/L.672)), N° de venta: E.05.II.G.106, 2005. [www](#)
36. Reformas económicas, régimen cambiario y choques externos: Efectos en el desarrollo económico, la desigualdad y la pobreza en Costa Rica, El Salvador y Honduras, Marco Vinicio Sánchez Cantillo (LC/L.2370-P (LC/MEX/L.673)), N° de venta: S.05.II.G.111, 2005. [www](#)
37. Condiciones generales de competencia en Panamá, Marco A. Fernández B. (LC/L.2394-P (LC/MEX/L.677)), N° de venta: S.05.II.G.137, 2005. [www](#)
38. Agir ensemble pour une gestion plus efficace des services de l'eau potable et l'assainissement en Haïti, Lilian Saade (LC/L.2395-P (LC/MEX/L.680)), N° de venta: F.05.II.G.138, 2005. [www](#)
39. La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina, Alejandra González-Rossetti (LC/L.2412-P (LC/MEX/L.684)), N° de venta: S.05.II.G.159, 2005. [www](#)
40. Cooperación ambiental en el NAFTA y perspectivas para el DR-CAFTA, Claudia Schatan y Carlos Muñoz Villarreal (LC/L.2413-P (LC/MEX/L.689)), N° de venta: S.05.II.G.160, 2005. [www](#)
41. Los mercados en el Istmo Centroamericano: ¿qué ha pasado con la competencia?, Claudia Schatan y Eugenio Rivera (LC/L.2478-P (LC/MEX/L.695)), N° de venta: S.06.II.G.5, 2005. [www](#)
42. Mexico: Economic growth, exports and industrial performance after NAFTA, Juan Carlos Moreno-Brid, Juan Carlos Rivas Valdivia y Jesús Santamaría (LC/L.2479-P (LC/MEX/L.700)), N° de venta: E.06.II.G.6, 2005. [www](#)
43. Income inequality in Central America, Dominican Republic and Mexico: Assessing the importance of individual and household characteristics, Matthew Hammill (LC/L.2480-P (LC/MEX/L.701)), N° de venta: E.06.II.G.7, 2005. [www](#)
44. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio, Ana Sojo (LC/L.2484-P (LC/MEX/L.708)), N° de venta: S.06.II.G.9, 2006. [www](#)

-
- Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Biblioteca de la Sede Subregional de la CEPAL en México, Presidente Masaryk No. 29 – 4° piso, 11570 México, D. F., Fax (52) 55-31-11-51, biblioteca.cepal@un.org.mx
 - **www** : Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org.mx>

Nombre:.....

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país:.....

Tel.: Fax: E.mail: