

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

5

**COBERTURA, EFICIENCIA Y EQUIDAD
EN EL ÁREA DE SALUD
EN AMÉRICA LATINA**

Problemas y propuestas de solución

Ernesto Miranda R.



NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1994

LC/L.864
Octubre de 1994

El presente documento fue preparado por el señor Ernesto Miranda R., Consultor del Proyecto conjunto CEPAL/OPS "Salud y Transformación Productiva con Equidad". Anteriormente, fue publicado en la revista Estudios Públicos (Santiago de Chile) y se reproduce aquí con la debida autorización. Las opiniones expresadas en este trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de su autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumen	5
I. INTRODUCCIÓN	7
1. Economía y salud	8
II. STATUS DE SALUD, GRADO DE DESARROLLO Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA SALUD	11
1. Status de salud	11
2. Grado de desarrollo	13
3. Disponibilidad de recursos y efectos de la crisis	14
III. COBERTURA Y EQUIDAD	17
1. Cobertura	17
2. Equidad	17
IV. OTROS FACTORES COADYUVANTES	25
1. La disminución de los recursos globales	25
2. Problemas de eficiencia	25
3. Eficiencia micro	26
4. Eficiencia macro	29
5. Creciente urbanización	32
6. Cambio de los patrones epidemiológicos	32
7. Diversificación de las demandas por atención de salud	32
V. PROPUESTA DE POLÍTICA	35
1. Propuestas macro	35
2. Propuestas micro	38
VI. CONCLUSIONES	43
Notas	44
BIBLIOGRAFÍA	45
Anexo 1: Las propuestas de solución: los SILOS (sistemas locales de salud) y las reformas al financiamiento de los servicios de salud	47
Anexo 2: Apéndice estadístico	55

Resumen¹

En América Latina la atención de la salud de las personas depende fuertemente de la acción gubernamental. La crisis económica que afectó a las economías de la región durante la década de los ochenta redujo los presupuestos del sector salud. Este deterioro económico, sin embargo, no afectó los indicadores de largo plazo que suelen relacionarse con la salud: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y mortalidad general. Con todo, los avances en estos indicadores ocultan disparidades intranacionales, entre regiones, zonas geográficas, divisiones de salud y grupos socioeconómicos, que dejan un amplio margen para mejoras en dicho campo en Latinoamérica. Ellas sólo serán posibles con una mayor eficiencia, maximizando la capacidad gerencial y permitiendo una mayor participación del sector privado en la salud. Ello significa promover, entre otras medidas, sistemas de recuperación de costos, mecanismos de seguro, instituciones descentralizadas de salud, acción gubernamental orientada a la atención preventiva y sistemas de derivación que actúen como coordinadores entre las distintas instituciones de salud.

I. INTRODUCCIÓN

Los años ochenta agregaron a las tradicionales estrecheces derivadas del subdesarrollo y los particulares esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones, impactos derivados de la crisis del endeudamiento. Esta significó no sólo la disminución de los flujos externos de capitales, sino, además, que el servicio e intereses de la deuda fueron superiores a aquéllos, generando así un flujo neto de capital negativo.

La reducida disponibilidad de recursos obligó a que los gobiernos adoptasen políticas de ajuste, persiguiendo restituir los alterados equilibrios macroeconómicos y también, en la mayoría de los casos, reestructurar las economías para elevar su capacidad de acumulación de capital, su dinamismo, eficiencia interna y competitividad internacional. Además, ha sido necesario aplicar medidas para adaptarse a la internacionalización de la economía mundial, y poder participar en el comercio internacional.

Los efectos de la crisis y las políticas de ajuste abarcaron todas las dimensiones de las sociedades de la región, haciéndose sentir intensamente en el gasto público social. Es evidente que la crisis generó mayores demandas por asistencia gubernamental, que sólo pudieron ser parcialmente atendidas, lo que guardó directa relación con el grado de endeudamiento externo de los países, su condición o no de exportador de petróleo y, por cierto, con la naturaleza procíclica y anticíclica² de las políticas económicas adoptadas.

En América Latina y el Caribe, la salud de las personas depende fuertemente de la acción gubernamental, porque importantes segmentos de la población no están cubiertos por la seguridad social y dependen de la acción pública para atender sus necesidades de salud, o porque el desempleo derivado de la crisis, los dejó fuera del ámbito de aquélla. De paso, tanto el desempleo como la reducción de los salarios reales mermaron los fondos de la seguridad social, debilitando su capacidad de acción respecto de quienes se encuentran bajo su protección.

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

Los comienzos de los años noventa encuentran a los países de la región haciendo dispares progresos en su recuperación económica. Los costos de la crisis permanecen, la recuperación no ha sido instantánea, y tomará años lograrla en la mayoría de los casos. Los recursos que requiere el sector salud, entonces, no estarán disponibles en el corto plazo, por lo que resulta imprescindible buscar otro tipo de soluciones en otras áreas.

Las alternativas para mejorar la equidad en salud giran en torno al aumento de la eficiencia tanto de los sistemas como de sus unidades componentes: búsqueda de nuevos sistemas, como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), maximización de la capacidad gerencial y creciente inserción de los subsistemas privados.

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

Pareciera entonces que el sector salud deberá acudir a la economía y a la administración, incorporando mecanismos de optimización de la asignación de recursos que han sido exitosos en otras esferas de la actividad humana.

1. Economía y salud

Tradicionalmente, el sector de salud fue percibido como un área inabordable por la economía. Tendía a confundirse el fenómeno objetivo de escasez, y la consecuente insatisfacción de las necesidades de salud, con los métodos y las técnicas de la economía. También se pensaba que las ciencias económicas proponían al mercado como la única forma de optimizar la asignación de recursos. En el límite, eran las formas de mercado más liberales y desreguladas las que servían de caricatura de las soluciones propuestas por la economía.

Hoy esas visiones están en retirada. No cabe sostener que ellas son únicas y exclusivas, pero deben ser tenidas en cuenta para maximizar la eficiencia de los sistemas de salud.

Un primer rasgo a considerar es la *aleatoriedad* de la enfermedad o ausencia de salud. Las personas poseen algunos grados de libertad para alterar sus riesgos, dentro de los cuales, sin embargo, la enfermedad puede abatirlas (Detsky, 1978, Cap. 3). Los diagnósticos (Cullis y West, 1984, Cap. 1 y Cochrane, 1972) y tratamientos (Culyer, 1976:45 y Ederer, 1977:146) adolecen de imprecisiones y variabilidades lo que involucra regularmente significativos grados de riesgo. Es claro que esta característica está presente en toda actividad humana, por lo que se han desarrollado variadas formas de enfrentar tanto la determinación de costos como la asignación de recursos bajo condiciones de incertidumbre.

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

Sin embargo, es claro que, a medida que el proceso de especialización progresa y la ciencia y tecnología se desarrollan, prácticamente todas las esferas del saber y el quehacer humanos se hacen incomprensibles en su naturaleza para todos aquellos que no son especialistas ni iniciados. La forma de abordar estos fenómenos —el uso de agentes informados, intermediarios especializados e incluso instituciones privadas o públicas que asesoran al consumidor— son perfectamente aplicables al caso de la salud y están experimentando un desarrollo creciente (Feldstein, 1983: 337-338).

También existen *restricciones a la información* sobre servicios de salud ofrecidos, precios, condiciones de financiamiento, tanto como sobre los resultados y *performance* de los proveedores al efectuar su práctica. Estas se fundamentan en normas éticas del ejercicio de la profesión que persiguen dar autonomía al proveedor y proteger la calidad de los servicios entregados a las personas. Sin embargo, estas barreras son crecientemente sobrepasadas a medida que la sociedad, como un todo, se

involucra en el financiamiento de las prestaciones de salud, y más generalmente las "terceras partes pagadoras" pierden capacidad de traspasar a sus clientes los aumentos de costos.

Un tercer rasgo característico tiene que ver con la *racionalidad* de las decisiones en el ámbito de salud. ¿Hasta qué punto, y a base de qué criterios, puede decidirse no destinar todos los medios posibles para preservar una vida? Si se respondiera que debe intentar salvarse la vida a cualquier costo, esto conduciría a priorizar la salud —por las circunstancias señaladas— por sobre cualquier otra necesidad; a emplear sólo los medios y tecnologías de máxima eficacia disponibles en cada circunstancia; a que en presencia de una morbilidad sea ineludible aplicar las terapias conocidas. Así planteadas las circunstancias, en salud no existirían alternativas ni opciones, características indispensables para maximizar la eficiencia económica. No obstante lo sugestivo y atractivo de estos argumentos, las realidades económicas son más fuertes: ni las personas, ni las sociedades, enfrentadas a la posibilidad de optar, se comportan como los argumentos sugieren.³ En la práctica, los planteamientos son parcialmente válidos cuando se trata de urgencias con peligro de muerte, y aún en esos casos están sujetos a la restricción impuesta por los recursos sociales disponibles para salud.

En definitiva, personas y sociedades destinan recursos a salud, pero esas decisiones no siempre son óptimas, debido a la insuficiente información sobre costo-efectividad de las diversas acciones. Asimismo, la actitud de privilegiar la calidad y el progreso tecnológicos por sobre todas las cosas no permite, en la mayoría de los casos, asociar adecuadamente la severidad de las patologías a la "calidad" de las terapias, lo que podría incluso resultar en que el aparato productor de salud ni siquiera logre situarse en la *frontera de costo-efectividad*. Este es el *locus* de las acciones de salud de máxima eficacia comprobada para cada nivel de gasto.

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

Debido a los problemas señalados anteriormente, la demanda por prestaciones de salud de las personas es determinada por el proveedor. Que ello refleje las "necesidades" de las personas dependerá de lo que se entienda por aquéllas.

De aceptarse el planteamiento de la naturaleza técnica y compleja del fenómeno de la salud, sólo los técnicos podrían determinar la necesidad. Entonces, la posibilidad de elegir como agentes económicos consumidores estaría seriamente amenazada, no sólo en salud sino en la mayoría de las actividades de la vida moderna.

El problema está, empero, mal planteado. Desde el momento que la sociedad pasó de la producción para el consumo a la producción para el intercambio, los productores han ofertado una variedad de productos. Los consumidores han optado según sus preferencias, sensibilizando a los productores y, en definitiva, encauzando el aparato productivo hacia la satisfacción de sus múltiples necesidades. Esto es, *los recursos han estado a disposición de las personas, y no al revés*.

La función del productor es idear y proponer alternativas de cómo atender las necesidades del consumidor. Por la misma razón, la función del productor de salud está en la eficaz detección de las carencias de salud y en la formulación y proposición de

alternativas de resolución, para que el cliente, convenientemente asesorado, resuelva según su mejor conveniencia.

Las variables de esta crítica decisión serán al menos la eficacia de la solución, sus riesgos y sus costos. De esta forma sólo se objetivan los mismos factores que, a veces tenue e imperfectamente delineados, han guiado siempre las decisiones sobre empleo de recursos en salud.

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

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

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

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

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

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

Respecto a la conocida situación de América Latina interesa destacar algunos rasgos generales que permiten caracterizar el status de salud, el grado de desarrollo y la disponibilidad de recursos para salud. Adicionalmente, corresponde enfatizar los principales efectos de la crisis de endeudamiento.

1. Status de salud

El objetivo de las sociedades en cuanto a la salud consiste en la optimización del status de salud de sus respectivas poblaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como "... el estado de completo bienestar físico, mental y social". Así planteada, la salud podría entenderse como sinónimo de bienestar en su más amplia acepción, lo que llevaría a proponer enfoques globalizantes que ninguna profesión o actividad en particular estaría en condiciones de reclamar como propios.

En términos más modestos, prácticos y operacionales se entiende el nivel o status de salud como uno de los componentes importantes del nivel de vida. Es un concepto de logro, del progreso alcanzado en la satisfacción de las necesidades de salud. Por cierto, estas últimas diferirán considerablemente entre comunidades, dadas sus diferencias en factores dinámicos como geografía, medio ambiente y características demográficas; cultura, educación y conductas; riqueza y disponibilidad de recursos; costumbres y preferencias.

El status de salud es entonces una categoría dinámica, que sólo tiene sentido en términos relativos respecto a lo que cada comunidad entiende como sus necesidades, y por comparación entre diferentes comunidades. Aunque las comparaciones no capturan íntegramente el fenómeno, al menos permiten clasificar a las comunidades y países y establecer sus distancias relativas.

Un esfuerzo notable en esta dirección está representado por la construcción del *índice de necesidades de salud*, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1988:147-152), basado en veinte indicadores sociodemográficos, de estado de salud, de cobertura de servicios de salud, de disponibilidad de recursos humanos, e indicadores económicos y del gasto en salud (véase en anexo cuadro 1).

Puede inferirse que el inverso de la necesidad de salud permite definir un tipo de indicador de status de salud. No obstante, éste combina factores que definen la potencialidad de satisfacer necesidades antes que los resultados que la satisfacción de éstas permiten. No se consideraron Cuba ni Uruguay por no contar con suficiente información de base. El país con mayor índice de necesidades es Haití y el mejor clasificado, Argentina. También se incluye una transformación lineal del índice en cuestión, para contemplar sólo valores positivos. El valor medio se sitúa en 3.0, sólo superado, en América Latina, por Panamá, Costa Rica, Chile y Argentina (igual cosa se da para el total de la muestra OPS, como se puede observar en el cuadro 1).

Corrientemente, se recurre a índices no compuestos para aproximar el status de salud. Es el caso de la mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y mortalidad general.⁴

En *mortalidad infantil* (MINF), entre 1965 y 1989, se produce una fuerte reducción en todos los países, en tanto que en el promedio se redujo de 96 muertes por 1 000 nacidos vivos, a 47.7 al final del período (véase en anexo cuadro 2). Esta favorable evolución no ha sido pareja, sin embargo, en tanto algunos han logrado reducirla en 80%, los países con menor grado de desarrollo no han alcanzado a efectuar una reducción cercana a la observada para el promedio.

La comparación entre 1984 (en realidad más próximo a 1980) y 1989 no evidencia deterioros. Al contrario, se mantiene la tendencia observada en el período que, como es sabido, obedece fundamentalmente a factores estructurales antes que de corto plazo.⁵

Las brechas entre los países seleccionados de la región y aquellos de la OECD son importantes (véase en anexo cuadro 3). En 1965, la MINF promedio de estos últimos era de 26.5: la de la región era en promedio 3.26 veces aquélla. No obstante, cinco países de la región tenían MINF inferiores a la del país OECD con peor índice (Portugal).

En 1989 la MINF media OECD (muestra) alcanzaba a 8.30. Ello significa que si bien la MINF de América Latina ha disminuido, igualmente ha perdido terreno respecto a la OECD, siendo ahora 5.75 veces aquélla. Peor aún, en el presente ningún país de la región tiene mejores indicadores de MINF que Portugal, que sigue ocupando el último lugar de la muestra OECD.

No se dispone de antecedentes de la *esperanza de vida al nacer* (EVN), para todos los países en 1965. En 1980, la EVN alcanzaba en América Latina los 63.9 años, con una dispersión de 6.9 y rango de 25 años entre los países con EVN menor (Haití) y mayor (Costa Rica). En 1989 se observa un aumento a 67 años promedio, y una reducción de la dispersión a 5.8 con un rango de 21 años. Tampoco en este caso se produce deterioro, y, por el contrario, el índice continúa mejorando (véase en anexo cuadro 4).

Por contraste, los países OECD (muestra) tenían en promedio una EVN de 76.5 años (en 1989), con una bajísima dispersión de 1.18 años, y un rango de 4 años (véase en anexo cuadro 5). La región está 12 años por debajo de la OECD; sólo un país alcanza la EVN más baja en de la OECD. La EVN de Haití es 20 años inferior a la menor de OECD.

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

Las *tasas de mortalidad general* (MORG), en 1965, eran en promedio de la región de 12.42 por 1 000, con una dispersión de 4.15 y un rango de 13 (véase en anexo cuadro 6). Comparado con la OECD, el promedio de MORG latinoamericana era alrededor de 33% superior al de aquéllos (9.10 de MORG, con 1.52 de dispersión y un rango de 5.0) en las tres medidas consideradas.

En 1989 la región alcanzaba tasas de MORG de 7.6, inferior a los 8.50 de OECD, con superior dispersión (2.5 versus 1.35) y rango (9.0 versus 4.00).

También en este caso la región continúa mejorando sus índices de status de salud, en forma bastante pareja, manteniendo así las disparidades intrarregionales. Las tasas MORG de algunos países latinoamericanos son menores que las de los países OECD, lo que responde a las estructuras etarias y a las tasas de crecimiento poblacional diferentes de ambos grupos de países.

2. Grado de desarrollo

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

- a) Existen fuertes diferencias entre países.
- b) El grado de desarrollo del conjunto regional es notablemente inferior al de los países de la OECD.
- c) Ambos factores determinan que tengan una disponibilidad potencial de recursos muy inferior al de la OECD.

d) La participación del gasto en salud en el producto también es inferior. Además, algunos países tienen participaciones bastante bajas en relación al promedio de la región.

Utilizando el producto per cápita (PPC) como *proxy* del grado de desarrollo, puede verse que en 1989, el promedio para un grupo de países seleccionado alcanzaba a 1 529 dólares, con una desviación estándar de 761 y un rango de 2 492 (véase en anexo cuadro 7). El país con menor PPC lograba 243 dólares, en tanto aquel con mayor, 2 735 dólares. Esto es, una escala de 1 a algo más que 11 veces.

En cambio, los países seleccionados de la OECD tienen, para igual año, un PPC promedio de 15 211 dólares, en un rango de 4 250 a 23 810. Así, la relación promedio OECD/América Latina es de 10:1, sólo levemente inferior a la relación que se da al interior de la región.

El país OECD con *menor* PPC supera en 55% al país de la región con *mayor* PPC. El país OECD con mayor PPC es alrededor de 97 veces (9 698%) superior al país de la región con menor PPC. Se trata, en fin, de diferencias de producto per cápita muy significativas.

Las diferencias observadas en PPC son aún mayores cuando se comparan los *gastos en salud per cápita* (GSPC). En 1985, el GSPC era de 66 dólares promedio en la región, con un mínimo de 1.90 dólares y un máximo de 197.7 dólares (véase en anexo cuadro 8). La variación regional era, entonces, de más de 100:1. Por contraste, el GSPC promedio de los OECD alcanzaba a 924.90 dólares, con un mínimo de 310 y un máximo de 1 926. La variación en este caso es de 14:1; en cambio entre el mayor OECD y el menor latinoamericano es de 1 000:1

Como se sabe, los países a medida que acrecientan su riqueza aumentan más que proporcionalmente sus gastos en salud. Pese a ello, las diferencias extremas observadas entre los países de la región y OECD (muestra) están fuera de los rangos normales de variación.

Por otra parte, las comparaciones en términos nominales magnifican las diferencias, puesto que en los países desarrollados los costos de los recursos y factores productivos empleados son también más elevados. Se pueden ajustar estas diferencias comparando el gasto en salud per cápita (GSPC) con el producto per cápita (PPC). Las diferencias en este último permitirían dar cuenta de parte importante de las diferencias en el costo del factor productivo trabajo, lo que al menos reduciría los sesgos nominales discutidos.⁶

La relación de GSPC/PPC es equivalente a la relación entre el gasto en salud y el producto, o la participación del gasto en salud en el producto (véase en anexo cuadro 9).

En promedio, la región destinaba 4.63% del producto a salud en 1985, con un mínimo de 0.4% (Bolivia) y un máximo de 12.2% (Honduras).⁷ De los 18 países con información disponible, 11 estaban bajo el promedio y 5 de ellos bajo el 3%. Así, además de las fuertes diferencias intrarregionales, también es destacable que un número elevado de países destinasen a salud una proporción anormalmente baja de su producto.

Los países OECD (muestra) gastaban, a igual fecha, 7.46% de su producto, en promedio, con un mínimo de 5.6% (Portugal) y un máximo de 11.1 (U.S.A.). Son

particularmente notables los casos de Gran Bretaña y Japón, con proporciones de 6.2% y 6.7%, acompañados de sobresalientes indicadores de status de salud.

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

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

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

3. Disponibilidad de recursos y efectos de la crisis

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

Entre 1980 y 1987 el producto per cápita de la región había decrecido 5.5%, afectando con mayor intensidad a los países exportadores de petróleo, cuya reducción en igual indicador alcanzó a un 10.5% (véase cuadro 10 en anexo). Entre éstos, los casos extremos fueron Bolivia (-27.5%) y Venezuela (-20.0%). Entre los no exportadores de petróleo también se dio una acentuada reducción del producto interno per cápita: Argentina (-14.7%), Costa Rica (-9.5%), El Salvador (-14.5%), Guatemala (-20.5%), Haití (-14.5%), etc. Sólo unos pocos consiguieron mantener los niveles de comienzos de la década, en tanto la mayoría evidenció una disminución de sus recursos globales por habitante.

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

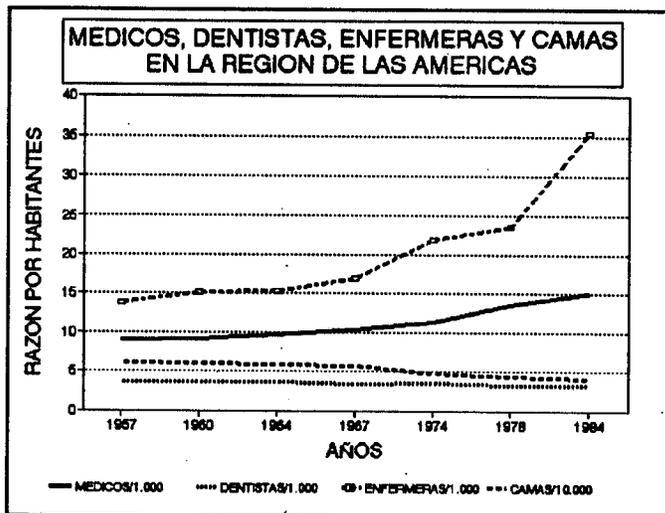
No obstante, los recursos productivos básicos empleados para la producción de salud, esto es *médicos, enfermeras y camas hospitalarias*, no mostraron cambios en las tendencias observadas desde mediados de los sesenta. Las razones de médicos y enfermeras por 10 000 habitantes continuaron aumentando, y las de dentistas y camas hospitalarias continuaron disminuyendo (véase gráfico) (OPS, 1988:21-146).

Cabe subrayar que, si bien las tendencias destacadas para la región en su conjunto parecen no haber sido afectadas por la crisis, la situación difiere en forma considerable entre países. Pero más importante aún, las tendencias señaladas encierran diferencias que la propia OPS se encarga de hacer notar (véase recuadro a continuación).

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

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

La participación del gasto en salud en el total del gasto del gobierno central para los países seleccionados de la región (véase en anexo cuadro 11), permite observar, a pesar de la diversidad, que efectivamente se produce una reducción hacia mediados de la década de los ochenta. Ella es particularmente notable en Bolivia y México, y de menor intensidad en El Salvador, Chile y Uruguay. Hay otros países, en cambio, donde se observan aumentos en 1985, lo que pareciera demostrar que optaron por medidas anticíclicas.



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

"Ilustrada la tendencia en el tiempo de la distribución porcentual de los recursos humanos y de las camas hospitalarias, es muy importante considerar el efecto que este fenómeno (gran crecimiento de la razón de médicos y la continua reducción de la razón de camas hospitalarias) tiene en la estructura y organización de los servicios personales de salud ...

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

Es necesario destacar que durante la crisis aumentaron las demandas sobre el sistema público, debido al deterioro de los sistemas de seguridad social. La transmisión operó de la siguiente forma (Musgrove, 1985:17): el proceso de ajuste generó reducciones en el ingreso y en el empleo. La reducción del ingreso que impacta reduciendo los ingresos de los trabajadores y, por ende, la seguridad social, simultáneamente aumenta

la demanda por subsidios de cesantía por los desempleados. Se generan así tendencias al déficit en el sistema de seguridad social que resultan en reducciones de los beneficios.

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

De todo lo anterior es posible extraer algunas conclusiones preliminares:

a) Existen fuertes diferencias entre los países de la región, tanto en cuanto a su status de salud como al grado de desarrollo y a la disponibilidad de recursos para salud.

b) La comparación de los países de la región con la OECD (muestra) revela diferencias significativas. No obstante, los países más desarrollados de la región han logrado aproximarse a los status de salud de los países OECD.

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

c) El deterioro en las condiciones económicas de la región fue particularmente importante hacia mediados de la década de los ochenta, pero hacia fines de ésta tendía a recuperarse el nivel de precrisis.

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

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

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

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

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

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

III. COBERTURA Y EQUIDAD

Las dimensiones del grado de desarrollo y status de salud de los países encuentran su complemento natural en el análisis de los grados de cobertura sanitaria en prestaciones de salud consideradas básicas, y en la forma en que los beneficios de salud se distribuyen entre los miembros de la sociedad. Es usual entender el primer tipo de fenómenos como cobertura, y el segundo como equidad.

1. Cobertura

Indicadores básicos de cobertura son la inmunización, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento (alcantarillado y eliminación de excretas).⁸

La cobertura de *inmunizaciones* para BCG, DPT3, VPO3 y antisarampionosa, en 1988 para la región, en su conjunto, apenas supera el 70% de la población destinataria (véase en anexo cuadro 12). Nuevamente destaca la variedad de situaciones. Los países con menor cobertura de inmunización apenas alcanzan a alrededor de 55 a 60% (República Dominicana está entre el 40 y 45%); los países del Caribe de origen británico logran prácticamente cobertura total. Destacan, por su parte, países como Cuba (95%), Chile (94%) y varios otros entre 80 y 90%.

La cobertura de *agua potable y saneamiento* en 25 países de las Américas a fines de 1988 era, en promedio, inferior al 80% de la población total del país. Pero alcanzaba acerca del 90% de la población urbana y a sólo alrededor de 55% de la rural que, a su vez, correspondía al 29.8% de los 25 países considerados (véase en anexo cuadro 13) (OPS, 1991: 232-233).

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

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

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

2. Equidad

Indicadores de inequidad pueden ser las disparidades que se presentan entre diferentes grupos de la población en cobertura sanitaria básica (inmunización, agua potable y

saneamiento), status de salud, acceso a y tipos de beneficios, las que podrían ser consecuencia de condiciones económicas, geográficas, sistemas de seguridad social u otros factores.

Ya han sido destacadas las diferencias en cobertura de agua potable y saneamiento entre la población urbana y rural. Las disparidades en coberturas de inmunización, de atención de salud integral, de acceso a beneficios y de y status de salud serán abordadas analizando algunos países seleccionados.

a) *Argentina*

En 1988 alrededor de 16.5% de la población era rural, y tenía una baja cobertura de servicios básicos. Hay destacables diferencias geográficas en esperanza de vida al nacer (EVN) y mortalidad infantil (MINF), aún cuando se han reducido. La brecha en EVN que era de 20.9 años en 1960 disminuyó a 8.5 en 1980-1981 (OPS, 1991:18). La fluctuación de la MINF, en 1970, era de 116.1 por 1 000 nacidos vivos, entre región con peor y con mayor indicador, disminuyendo a 33.7 en 1981 y a 20.2 en 1987.

La cobertura de vacunaciones mostraba en 1987 diferencias importantes entre regiones: "... en dos provincias se registraron coberturas por vacuna antipoliomielítica menores de 65%, aunque la cobertura a nivel de país fue de 85%" (OPS, 1991:19). Similar fenómeno era observable para DPT. En cuanto a la desnutrición en niños de edad escolar, un estudio efectuado en 1982 encontró tasas de 56% en términos de peso en el oeste, en tanto la prevalencia en el este alcanzaba a 36%.

La cobertura de salud muestra ausencia de integración o coordinación, la que da lugar a la "... configuración de un sistema de salud diferencial para distintos grupos de población del país, que varía según lugar de residencia, ocupación y niveles de ingreso" (OPS, 1991:23).

El subsector público, que cubre al 25% de la población, genera 22.7% del gasto en salud. El subsector privado (10% de la población) genera 38.1% del gasto.

Las obras sociales, por su parte, que también compran servicios a instituciones privadas, probablemente sean las que presentan mayores inequidades: cubren 65% de la población y disponen de 39.2% del gasto (OPS, 1991:28). En efecto, este conjunto de las obras sociales "... se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, su falta de ordenamiento y por su inequidad interna. Así, "... la prestación de servicios es distinta según cada obra social debido a los diferentes recursos de cada uno, y la dispersión geográfica de los afiliados hace que trabajadores del mismo gremio y con el mismo aporte económico reciban diferente calidad de atención, según el lugar de residencia" (OPS, 1991:23).

b) *Brasil*

En cobertura de agua potable y sanitaria entre la población urbana y rural persistían, en el período 1979-1986, importantes diferencias interregionales, lo mismo que respecto a la tasa de mortalidad general, mortalidad infantil y cobertura de vacunaciones.

Así, en 1986, la mortalidad infantil alcanzaba a 54.3 por 1 000 nacidos vivos en la región norte y a 27.4 en la región sur. La cobertura de vacunaciones (antipolio, antisarampionosa y triple) alcanzó, en 1984, una cobertura nacional de 87.6%; pero, en la región norte no superó el 31.7%. En 1988, la cobertura de la vacuna contra el

sarampión alcanzó a 87.6%, en la región sur, mientras que en el norte y sudeste sólo llegó a 39.1% y 58.7%, respectivamente (OPS, 1991:68-69).

El sector proveedor de prestaciones de salud está estructurado sobre la base de centros asistenciales públicos (con el 25% de las camas de hospital), centros privados con fines de lucro (39%) y centros privados sin fines de lucro (36%). El sector público compraba servicios a los privados en forma notable, aún cuando este modelo histórico está siendo objeto de sustanciales reformas a partir de 1986-1988 (OPS, 1991:72-73 y Medici, 1989:42-49).

Aunque se sostiene que a comienzos de los años ochenta más del 90% de la población estaba afiliada a la seguridad social (WHO-PAHO, 1986:78), hay quienes sostienen que no más del 50% de los trabajadores efectuaban contribuciones a la seguridad social en los años setenta, y dicha proporción se había reducido hacia 1985 (Medici, 1989:26). Estos antecedentes destacan la existencia de amplios sectores poblacionales con baja cobertura de salud.

Por otra parte, hay referencias a desigualdades en la asignación de recursos entre regiones y entre el Ministerio de Salud y el INAMPS (Instituto Nacional de Medicina y Previsión Social) (OPS, 1986:79).

Asimismo, se sostiene que el modelo actual, cuya hegemonía todavía se hace sentir, se caracteriza por la desigualdad de acceso a los servicios de salud e incompatibilidad entre necesidades de salud de la población y ofertas de servicios (OPS, 1991:72).

Por último, es destacable el fuerte desarrollo de los sistemas de prepago. En 1990 cubrían a 32 millones de personas (alrededor de 22% de la población total), sobre la base de financiamiento adicional a las contribuciones obligatorias para seguridad social. Estaban organizados para dar servicios a los grupos de ingresos altos, niveles gerenciales y trabajadores de empresas de salarios superiores, brindando condiciones de atención de salud muy superiores al sistema público (Barbanti, 1990:29-33).

c) Colombia

Es precaria la información disponible respecto a las diferencias entre regiones. No obstante, para 1986, la mortalidad infantil (que alcanzó a 41.1 por 1 000 nacidos vivos en el promedio nacional) fue del doble en la región del Pacífico que en Bogotá (OPS, 1991:90).

Alrededor del 70% de la población queda bajo la responsabilidad directa del subsector oficial (sistema nacional de salud); la seguridad social sólo cubre el 16% y los seguros médicos privados apenas alcanzan a 1.5%.

La seguridad social está representada por más de cien instituciones, con diversos esquemas, variados grados de solvencia financiera y distintos sistemas administrativos. Tiene acceso a este subsistema básicamente la población urbana (OPS, 1986:101).

Así, "la cobertura de la seguridad social varía considerablemente según la edad, el nivel de urbanización, la región, el ingreso familiar y otras variables socioeconómicas. Los sistemas cubren sólo el 9.7% de los niños de 1 a 4 años, el 6.1% de las localidades de menos de 2 500 habs., el 3.3% de la zona rural y el 0.8% de los perceptores de un ingreso económico familiar igual o inferior al salario mínimo" (OPS, 1991:94).

Se estima que las actividades de promoción, prevención y recuperación del subsector oficial del que dependería 70% de la población, no cubren a más del 35%. No obstante haberse efectuado importantes desarrollos en la infraestructura nacional de servicios de salud, que han facilitado el acceso físico a los establecimientos, pareciera ser

que el mantenimiento de horarios inadecuados de atención han impedido un acceso expedito.

Por último, "aunque en términos generales la capacidad física instalada parece ser suficiente para la atención secundaria y terciaria, existen deficiencias regionales particulares por concentración del recurso físico y de la dotación en ciertas áreas del país" (OPS, 1991:96).

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

d) *Costa Rica*

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

No obstante, persisten diferencias entre cantones. Por ejemplo, la mortalidad infantil para los trienios 1980-1982 y 1986-1988, con indicadores nacionales de 19.5 y 17.3 por 1 000, respectivamente, fluctúa entre 10 y 24 por 1 000 según los cantones. Otro ejemplo de diferencias se da en la tasa promedio de mortalidad por enfermedades diarreicas: en 1987, fue de 1.28 defunciones por 10 000 nacidos vivos, observándose en algunos cantones tasas de 5.01 por 10 000.

En 1983 se estableció el *subsistema de planificación del sector salud*, compuesto, entre otros, por los Ministerios de Salud, de la Presidencia y de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), el Instituto Nacional de Seguros (IINS). El país se dividió en regiones, pero aún se está en proceso de lograr un sistema uniforme (OPS, 1986:106).

A partir de 1973, y con el fin de universalizar la cobertura del sistema de seguridad social, se comenzó a implementar el progresivo traspaso de los hospitales del Estado a la Caja Costarricense de Seguro Social. Se ha alcanzado al 88,9% de la población. El Ministerio de Salud ha conservado la atención domiciliaria y ambulatoria.

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

e) *Cuba*

El sistema de salud cubano alcanza buenos resultados en status de salud. Es uniforme, administrado por el Estado, y descentralizado, y la atención es gratuita para toda la población (OPS, 1986:111).

La esperanza de vida al nacer, en el período 1985-1990, alcanzó a 74.0 años, con una variación entre 73.4 y 75.7, entre La Habana y Villa Clara, respectivamente. La tasa de mortalidad infantil, en 1985 y 1988, es de 11.9 por 1 000, y todas las provincias, excepto una, presentaron tasas inferiores a 15 (OPS, 1991:109).

La cobertura poblacional es universal, y los beneficios, homogéneos. No obstante, se presentan deficiencias de cobertura por problemas transicionales y de eficacia. Así, debido a la implantación, a partir de 1984, del Programa de Médicos de Familia, se cubría en esta área, en 1988, al 37% de la población, programándose una cobertura de 100% sólo a partir de 1995-1996.

Se observan, sin embargo, déficit importantes de cobertura de agua potable y saneamiento, no discutidos anteriormente debido a que Cuba no figura entre los 25 países considerados en estos indicadores, previamente. A finales de 1988 sólo 65% de la población del país disponía de agua potable (82% en el medio urbano), y 37% de la población urbana, de alcantarillado (OPS, 1991:115).

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

f) *Chile*

Desde 1952 este país contaba con un sistema nacional de salud (Servicio Nacional de Salud) —cuyos antecedentes históricos datan de 1924— que proporciona cobertura de fomento y protección a toda la población. Inicialmente estaba destinado a obreros, pero en forma progresiva fue complementado con atención de recuperación y rehabilitación para los empleados, y el resto de la población (Miranda, 1991:4-23). Así, " ... una elevada proporción de la población total tiene acceso a los servicios de salud" (OPS, 1986:96).

A fines de 1985, alrededor del 20% de la población no cotizaba para salud y, por lo tanto, sólo tenía cobertura de emergencia en forma gratuita en el sector estatal (Miranda, 1990:25), lo que fue corregido a partir de enero de 1986, mediante la reforma del sistema de salud, que universalizó la cobertura, consagrando la alternativa de adscripción al sistema estatal o al sistema privado de ISAPRES, junto con establecer la gratuidad en la atención estatal tanto para los indigentes como para las personas de menores ingresos⁹ (Miranda, 1990:36). Se establecieron 4 tramos de ingresos: A (indigentes) y B (ingresos bajos), con acceso gratuito (abarcando a alrededor de 74.3% de los adscritos voluntariamente al sistema estatal); C (ingreso medio), con acceso bonificado de 75% (siendo el 12.9% de la población); y D (ingreso alto), con una bonificación de 50% (12.7% de la población).

Adicionalmente, los adscritos al sistema estatal sin gratuidad total tienen acceso a préstamos médicos por el total del pago de su cargo, sin intereses. Los beneficios del sistema estatal son progresivos, como se desprende de que la gratuidad sólo existe para los indigentes y los más pobres. De todos modos, los aranceles (precios) cobrados son moderados.

Quienes optan en Chile por afiliarse al sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), creados por ley a partir de 1981 (Miranda, 1989:21-22) pueden destinar su cotización legal compulsiva para salud de 7% de sus ingresos, a entidades privadas de financiamiento y/o provisión de salud, sustitutivas del sistema estatal. En éstas, los beneficios son proporcionales al prepago efectuado y existe gran variedad de opciones de planes de salud. Las ISAPRES, a fines de 1990, habían afiliado a más de 2.1 millones de personas, con lo que su cobertura poblacional alcanzaba a alrededor de 16.5% de la población, y seguía creciendo a tasas anuales de 20% (Miranda, 1991:67).

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

i) Una porción creciente del gasto en salud es administrado por el sistema ISAPRES: en 1988 bordeaba 38% del total del gasto. En promedio, ello significaba que el gasto en salud de un afiliado a ISAPRES era 4.6 veces el de un afiliado al sistema estatal.

ii) Como contrapartida de lo anterior, se produjo una fuerte reducción de la participación en el gasto del sistema estatal. Esa reducción fue mucho mayor en el caso de la modalidad de libre elección estatal.

iii) Los usuarios regulares de esta última habrían sido los más perjudicados relativamente respecto del sistema ISAPRES: el gasto per cápita en ISAPRES sería 5.5 veces mayor que en el sistema de libre elección estatal y sólo 4.2 veces mayor que en el SNSS (Miranda, 1990a).

Las tendencias destacadas llevaban a concluir que:

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

- Los efectos redistributivos observados serían, al menos, objeto de atención en su situación actual y de seguimiento en su evolución futura (Miranda, 1990:64 y 65).

En la misma línea de destacar las disparidades indicativas de inequidad, cabe observar los siguientes fenómenos:

i) La transferencia gubernamental de recursos financieros para las municipalidades no logró compensar las disparidades de recursos disponibles en las municipalidades y, en algunos casos, incluso las acentuó. Además, las municipalidades más ricas están en condiciones de hacer aportes propios para la salud de sus poblaciones, lo que aumentó la disparidad de recursos para salud entre distintas municipalidades (Panzer, 1989:3).

ii) La tasa de mortalidad infantil, que en 1987 alcanzaba a 18.6 por 1 000, mostraba diferencias significativas. Por ejemplo, en la propia Región Metropolitana se observaban variaciones de entre 33.2 (sector Norte) a 7.2 por 1 000 (sector Oriente) (Anuario Estadístico, 1987, Ministerio de Salud, Chile).

Cabe señalar que las diferencias entre las máximas y mínimas entre regiones se venían reduciendo significativamente desde 1975 (Castañeda, 1990:162).

La expectativa de vida al nacer alcanzaba a 72 años para el país, en 1987, pero variaba entre 68.7 en la Región VIII a 73.3 en la Región IV.

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

Las inequidades persisten, sin embargo, tanto en el acceso a la salud como entre regiones y municipalidades. Las reformas al sistema efectuadas en los ochenta prácticamente universalizaron la cobertura, pero —más por fallas de implementación que de diseño— acentuaron las disparidades entre algunos municipios. La variedad de opciones y beneficios que presenta el sistema privado de ISAPRES ha incrementado disparidades entre sus afiliados y aquellos que han permanecido en el sistema estatal.

g) México

El sistema de salud mexicano está compuesto por la seguridad social, la medicina privada y el sistema estatal, cuyas coberturas se muestran en el cuadro 15 del anexo.

La seguridad social cubría, en 1988, a 55% de la población mexicana, siendo el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) el que absorbía a la mayor parte (43.3%). Entre estas entidades, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores

del Estado (ISSTE), con 9.3% de la población, y Petróleos Mexicanos (PEMEX) destacan como agrupaciones por tipo de actividad.

La medicina privada cubría a alrededor del 4.3% de la población. El 35% restante recibe la denominación de "población abierta", y es cubierta por el sistema estatal a través de los niveles federal, estadual y local.

Por último, había alrededor de 5.1 millones de personas (6.1% de la población) que carecía de toda cobertura, a consecuencia de su dispersión en localidades con menos de 2 500 habitantes (OPS, 1991:226).

Aparte de estos déficit de cobertura, debe señalarse que existen diferencias muy marcadas en los niveles de mortalidad infantil entre los distintos Estados de México. Así, en 1984, mientras en el país la tasa de MINF era de 29.16 por 1 000, ella fluctuaba entre 48 por 1 000 y 10.69 por 1 000, según el Estado considerado (OPS, 1991:221).

Otros indicios de disparidades se encuentran en las diferencias de consultas médicas entre población asegurada y población abierta, siendo, en 1988, las primeras 1.8 veces las segundas. En el caso de los egresos hospitalarios, los de la población asegurada eran 2.45 veces los de la población abierta. La relación señalada es para las camas hospitalarias muy homogénea, e incluso favorable a la población abierta en el caso de las unidades de consulta externa, de los consultorios de hospitales y externos, y en los recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico (en 1986).

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

h) *Uruguay*

El sistema de salud uruguayo es mixto: estatal y privado, y multiinstitucional. El subsector oficial está compuesto por el Ministerio de Salud y el Hospital de Clínicas, que cubrían en 1988 a 28.5% de la población. Las fuerzas armadas y policiales y otros cubrían un 11.5% adicional. El subsector privado, por su parte, absorbía a 60% de la población, con las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, mutualistas) cubriendo a un 50.5% y los sanatorios privados y otros de pago directo a 9.5%.

Aunque la información es fragmentaria, según el Ministerio de Salud Pública, existía en Uruguay, en 1982, 19.9% de la población sin protección institucional de salud, la que alcanzaba a 29% en localidades con menos de 10 000 habitantes.

Lo anterior está asociado al hecho de que en Montevideo (que tiene 44.4% de la población, según el censo de 1985), las IAMC (mutualistas) cubrían al 73.9% de la población, en tanto que en el resto del país sólo alcanzaban al 30.1%.

La disponibilidad de camas es mayor por adscrito en el subsector público que en el privado, pero éste muestra un mejor rendimiento.

Las IAMC, siguiendo una larga tradición, otorgan cobertura de medicina integral, incluso medicamentos, teniendo una fuerte expansión en los últimos años, habiendo duplicado prácticamente su afiliación entre 1983 y 1987. En la actualidad, la afiliación es prácticamente obligatoria para los trabajadores del sector privado, y normas recientes subsidian la afiliación de los trabajadores del Estado en, a lo menos, la mitad de su cuota

de afiliación a dichas instituciones (Bonilla, 1990:51-54). Aunque están sujetas a controles de precio por parte del Estado, las mutualistas han mantenido sus niveles de calidad asistencial, superando a los del decreciente aparato estatal.

Así como se destacan las deficiencias de cobertura poblacional total, las disparidades entre la capital y el resto del país y las diferencias entre subsector privado y estatal, también deben señalarse las disparidades observadas en la mortalidad infantil (MINF) entre el Ministerio, mutuales y sanatorios (OPS, 1991:314). En tanto en 1987 la MINF total alcanzaba a 23.8 por mil, era de 34 por mil en el Ministerio y de 12.7 en las mutuales. No se evidenciaban diferencias entre Montevideo y el interior, en tanto que se observaban disparidades para los totales: en Montevideo alcanzaba a 19.9, en tanto en el interior ascendía a 27.9. Esto es, probablemente, efecto de las deficiencias de cobertura, más pronunciadas en el interior.

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

El recorrido efectuado ha permitido resaltar la persistencia de significativas deficiencias de cobertura de los países de la región. Se puede concluir que, con la excepción de Cuba y Costa Rica, todos los países analizados presentan disparidades de cobertura médica y de beneficios, para distintas entidades de salud y grupos poblacionales.

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

En suma, los indiscutibles avances logrados, que parecen no haber sido afectados por la crisis económica de los ochenta dejan un amplio margen para mejoras futuras, en especial si se abordan las disparidades y se realizan progresos en la equidad.

IV. OTROS FACTORES COADYUVANTES

A la luz de los factores abordados en las secciones anteriores, cabría preguntarse por la constelación de factores que presionan para que se busquen soluciones novedosas con urgencia.

A continuación, se intentará poner de manifiesto los desafíos centrales que deben enfrentar las políticas sociales ante el reto de la crisis económica y de las políticas de ajuste, lo que obliga a incrementar sustancialmente la eficacia y la eficiencia de los programas, mientras que la democratización presenta el reto impostergable de la equidad.

1. La disminución de los recursos globales

En la Sección II se ha analizado la disponibilidad de recursos y efectos de la crisis. Basta con recordar que, efectivamente, los países de la región experimentaron fuertes reducciones de su producto per cápita y que, junto con ello, se observó un flujo de capitales hacia fuera de la región y en la mayoría de los países aumentó adicionalmente la deuda externa, lo que presionó incrementando la carga de intereses.

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

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

2. Problemas de eficiencia

La eficiencia de los sistemas de salud tiene que ver con su capacidad para generar el máximo bienestar con los recursos disponibles. La eficiencia productiva se refiere a maximizar la gama de bienes y servicios susceptibles de ser producidos con cantidad dada de recursos, y presupone eficacia productiva. La eficiencia global se alcanza cuando, en definitiva, los consumidores deciden cual de las alternativas de producción hace máximo su bienestar (Gill, 1976).¹⁰

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

Los problemas de eficiencia pueden abordarse según su naturaleza micro o macro. La información disponible no permite un análisis exhaustivo, razón por la cual aquí sólo se identificará el tipo de problema y se hará referencia empírica a los casos disponibles.

3. Eficiencia micro

a) *Enfoque o líneas de producción de salud*

Los países deben asignar los recursos para la producción de salud en atención primaria, secundaria y terciaria buscando obtener la máxima eficacia productiva. La mezcla adecuada a cada caso está en buena medida determinada por los perfiles epidemiológicos, la condición socioeconómica de la población y los grupos de mayor riesgo o pobreza. Dadas las características de estas variables, algunos países latinoamericanos deberán enfatizar la atención primaria, mientras que otros —dado su elevado status de salud y tomando en cuenta el hecho que se encuentran en la fase de la transición epidemiológica— necesariamente deberán reforzar los niveles de atención secundarios y terciarios.

En la práctica, durante los ochenta se enfatiza la atención primaria, pero la evidencia indica que no todos los países han ajustado sus estrategias, evolucionando al reforzamiento de sus niveles secundarios y terciarios. Cuando lo hagan mejorarán su eficiencia productiva.

b) *Organización de la atención de salud*

Varios de los países de la región otorgan atenciones de salud de manera gratuita, en tanto la mayoría, tiene mecanismos que buscan la recuperación de costos, mediante copagos muy reducidos. Esto se traduce en exceso de demanda, "pagos" en la forma de tiempo de espera y en el establecimiento de variadas formas de racionamiento (por ejemplo, listas de espera, postergación de la atención, derivación hacia otros establecimientos, etc.).

Estas formas de racionamiento rara vez logran garantizar que se alcance una atención de salud que sea de adecuada calidad y que se preste en el momento oportuno a quienes la requieren en forma más urgente. Así todos terminan pagando y los más necesitados pagan "más tiempo" del que debieran. En consecuencia, fallan los mecanismos de selección y discriminación médicas, con pérdidas evidentes de eficiencia.

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

c) *Coordinación entre niveles de atención*

Es necesario definir niveles de complejidad y mecanismos de derivación conformando un sistema conocido como "esquema planetario", cuyo objetivo es que los pacientes sean atendidos según el tipo y severidad de su enfermedad, y que dicha atención sea eficaz.

Aún aquellos países de la región con sistemas de cobertura nacional (Costa Rica, Cuba, Chile) presentan deficiencias en este aspecto.

d) *Organización de la producción y calidad*

En esta tarea, netamente técnica, se presentan también serias deficiencias. En la mayoría de los países la rotación de las camas hospitalarias es menor en el sector público que en el privado, lo que tiene su explicación más por la forma en que se distribuyen las camas y se asigna su uso, que con la condición socioeconómica de las personas. Esto asociado también a desequilibrios de factores productivos, o a carencias de insumos necesarios en la oportunidad: así, el paciente debe hospitalizarse con anticipación y "esperar" la disponibilidad de examen de rayos X. Las proporciones de recursos humanos en la producción es también fuente de ineficiencia productiva. Es conocida la tendencia a disminuir, por ejemplo, la razón entre enfermeras y médicos, superando estos últimos a las primeras, cuando técnicamente los equipos de salud debieran conformarse con predominio de enfermeras.

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

e) *Optimización del nivel tecnológico*

La decisión sobre la tecnología a emplear responde, en muchos casos, más a la disponibilidad de recursos, que a una evaluación de rentabilidad social de la inversión. Así, no es extraño encontrar superposición de niveles tecnológicos muy dispares en un mismo establecimiento, lo que "desequilibra" la producción y cuya eficacia no ha sido convenientemente evaluada.

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

f) *Incentivos en la producción y en el consumo*

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

En el caso de las personas, establecer incentivos para lograr el consumo necesario de atenciones de salud resulta crucial a efectos de poder lograr las metas de salud y evitar sobreconsumo. En algunos casos el establecimiento de copagos moderados para los más pudientes persigue evitar los abusos y excesos. En otros casos, cuando se observa subconsumo, podría ser necesario "pagar" de alguna forma a las personas. Esto es particularmente importante en atenciones de salud con externalidades positivas, como son las vacunas. Pero también puede "pagarse" a la madre con leche para alimentar a su hijo, a cambio de su asistencia a los controles postembarazo, por ejemplo.

El establecimiento de copagos en los sistemas de salud de la región tiene ya antigua data (Márquez, 1990). Aunque no está claro que los precios de las atenciones de salud están adecuadamente fijados, ni que la recuperación de costos así lograda genere alguna forma de beneficio para las entidades recaudadoras.

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

g) *Capacidad gerencial en salud*

En el pasado, y fuertemente asociado con la centralización y burocratización de las entidades, la capacidad gerencial no fue un valor exaltado en los sistemas de salud de la región. Los enfoques de planificación y programación centralizada tampoco contribuyeron a destacar esta capacidad. El énfasis se centraba en el planificador y no en el administrador o gerente. Hoy, por el contrario, junto con reconocer la necesidad de entidades con mayor flexibilidad y adaptabilidad, se advierte la carencia extrema de capacidad gerencial. Esta es crucial para la optimización del uso de los recursos y para mejorar la eficacia en el uso de dichos recursos (OPS, 1988:167-168).

Los países de América latina y el Caribe recorren hoy, con 30 años de desfase, la profesionalización de la administración de salud (Filerman, 1990). Su desarrollo en la región ha mostrado tres fases:

i) La *administración salubrista* centrada en las escuelas de salud pública a partir de la década del veinte, en que lo administrativo era un área marginal del curriculum, enseñado por docentes médicos que habían adquirido sus conocimientos empíricamente.

ii) La *profesionalización de la administración de salud*, que se inicia en los setenta, por iniciativa de la OPS y con financiamiento de la Fundación Kellogg, donde la formación resulta de la incidencia sobre el alumno de equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud y administradores. En esta fase se lograron avances importantes en la tecnificación del área, así como la creación de un espacio reducido.

iii) La *formación de los gerentes de salud*, que comienza a fines de los ochenta, recurriendo a profesores que han integrado las ciencias de la salud y las económico-administrativas, adaptando los métodos y técnicas de estas últimas a las peculiaridades del fenómeno de salud.

4. Eficiencia macro

a) ***Definición de la mezcla de producción de salud, en términos de acciones de prevención y recuperación***

El énfasis tradicional se ha puesto en las acciones de recuperación de la salud, o curativas. Ello ha guardado estrecha relación, en el caso de los sistemas públicos, con el abordaje de los problemas de salud según sus urgencias. La prevención presupone una actitud proactiva cuyos efectos no son inmediatos en la mayoría de los casos. Las entidades privadas, por su parte, también privilegian la acción curativa porque, dados los incentivos establecidos, resulta más rentable.

Aunque se han hecho avances notables en la dirección de enfatizar la prevención, los indicadores de cobertura de servicios de salud básicos muestran las brechas existentes. Más grave aún es la situación que muestran las acciones de protección del medio ambiente, de educación en salud, detección precoz de enfermedades, de consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros elementos dañinos para la salud.

b) ***Conformación de sistemas de salud***

Parece razonable que los distintos agentes de la producción de salud sean parte de un todo orgánico e integrado, donde existan ámbitos de acción para las entidades públicas y no estatales.

De otro modo, las imperfecciones del mercado de la salud podrían generar desajustes entre demanda y oferta. No es menos cierto que la planificación también ha generado frecuentes desajustes, lo que es una de las razones por lo cual está siendo reemplazada progresivamente por enfoques más flexibles y dinámicos (OPS, 1988:164-165).

Pocos países de la región han logrado conformar sistemas integrales y armónicos. Destacan entre ellos, notablemente, Costa Rica, Cuba y Chile, que los poseen desde hace por lo menos 30 años. Brasil y Argentina se encuentran empeñados en reformas globales de sus sistemas, pero son experiencias en desarrollo. Los programas de seguridad social en salud son más extendidos, pero su cobertura varía considerablemente de país en país, con las disparidades ya anotadas anteriormente (Márquez, 1990:6). La tónica es su descoordinación respecto a los demás subsistemas (típicamente público y privado).

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

c) ***Financiamiento global para salud***

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

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

d) *Adecuados mecanismos de transferencia de recursos*

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

Algunos de los fenómenos influidos por estos mecanismos son:

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

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

iii) Un mecanismo de transferencia de recursos adecuado deberá incorporar necesariamente transferencias de los ricos a los pobres: esto es, subsidios. De esta forma es posible garantizar la satisfacción de las necesidades de salud que la sociedad ha estimado básicas. Pero los subsidios deben ser directos y cumplir un conjunto de condiciones para garantizar eficiencia global (Miranda, 1991).

iv) Los subsidios deben orientarse hacia los grupos de mayor riesgo o pobreza. Los mecanismos de transferencia de recursos son tal vez una de las dimensiones más críticas de la eficiencia de los sistemas de salud de la región. Las transferencias se efectúan, en la gran mayoría de los casos, en forma presupuestaria retrospectiva y, como complemento, los pagos a proveedores fuera del sistema se realizan mayoritariamente a través del pago por servicios prestados (fee-for-service). El primero genera incentivos perversos promoviendo un exceso de calidad (muchas acciones de salud a un mismo paciente) y una cobertura poblacional subóptima. El segundo incentiva el sobreconsumo y un exceso de gastos. En tanto no se garantice que ambos mecanismos sean complementados con una amplia gama de proveedores, de modo que las personas puedan ejercer su opción de elegir, no estarán garantizadas la calidad y humanidad de la atención.

e) *Rol del Estado*

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

La acción directa del Estado ha respondido tanto a incapacidades del sector privado para resolver los problemas de salud como a concepciones ideológicas sobre el rol del

Estado en la sociedad. Estas condicionantes están experimentando un cambio acelerado en el presente, por lo que cabe concentrarse en el análisis de las funciones más permanentes del Estado en salud.

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

Sin restar importancia a los roles antes señalados y respecto de los cuales es posible formarse un juicio a la luz de la conformación de sistemas de salud integrales y mecanismos de transferencia de recursos (Katz y Muñoz, 1988: partes III-V para Argentina; Medici, 1989:588-96 para Brasil; y Miranda, 1991: partes II-III para Chile), dos son los roles del Estado especialmente críticos para el logro de eficiencia global: las políticas y medidas redistributivas y las acciones para mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores de salud.

Las políticas y medidas redistributivas implementadas por el Estado están, fundamentalmente, orientadas a lograr equidad. Al mismo tiempo, permitiendo la satisfacción de las necesidades de salud de los más pobres a costa del resto de la población, bajo supuestos normales de las funciones de utilidad de las personas, aumenta la función de bienestar social. Esto es, logra aumentar la eficiencia global de los recursos. Esto podría entenderse como un argumento en favor de políticas de igualdad total. El punto central son los costos que deben pagarse, dadas las motivaciones reales de las personas y los incentivos necesarios para inducir su creatividad y dinamismo.

En la Sección III se analizaron las disparidades presentes en los países de la región, que son indicativas de inequidad. Las deficiencias de cobertura son indicativas de la incapacidad del Estado para garantizar, los mínimos aceptables según los cánones actuales.

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

Las acciones para lograr simetría en la información han sido infrecuentes. En el caso del subsector público, esta dimensión sería menos crítica. No obstante, resulta crucial cuando la provisión de atenciones de salud es efectuada por entidades no estatales. La fijación por el gobierno de listados de prestaciones, cuyo valor sea conocido por las personas, es más bien la excepción que la norma: destacan los casos de Argentina, Brasil, Chile, Canadá y Estados Unidos (Márquez, 1990:23-24).

Las acciones para compensar la capacidad de aumentar los costos por parte de los proveedores han sido también reducidas y, en buen número de casos, poco efectivas. Sólo en ocasión de las remuneraciones pagadas en las entidades gubernamentales éstas han sido contenidas a niveles del resto del sector público. Pero aún en estas oportunidades, inadecuados controles impiden que se efectúen ajustes por calidad o cantidad que implican aumentos de costos. Estos efectos son particularmente agudos cuando las remuneraciones que los proveedores percibirían en el sector privado son mayores que las que precisa el sector público, generando en éste reducciones en la

eficiencia cuando no existen rentas no-pecuniarias que compensen las diferencias señaladas.

Esta somera revisión de los problemas de eficiencia que se observan en los sistemas de salud de la región da sustento analítico a estimaciones del Director General de OPS: entre un 25 y 30% de los recursos que administra el sector salud se despilfarran (Guerra de Macedo, 1990:12).

5. Creciente urbanización

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

Así, "la urbanización acelerada ... ha creado un padrón de crecimiento de las grandes ciudades y áreas urbanas que las rodean, las cuales no sólo se han desarrollado de manera caótica, sino que además la organización de las mismas depende de un mosaico de administraciones e instituciones poco coordinadas y frecuentemente ineficientes (OPS, 1988:17).

El proceso de urbanización con concentración en grandes urbes ha provocado problemas de hacinamiento, agudas carencias sanitarias y ambientales, de vivienda y de servicios esenciales. Ello ha generado presiones sobre los sistemas de atención de salud urbanos los que, en la mayoría de los casos, han sido insuficientes para absorber la abultada demanda.

6. Cambio de los patrones epidemiológicos

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

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

7. Diversificación de las demandas por atención de salud

Los patrones de consumo general de los grupos poblacionales más pudientes de los países de la región se asemejan cada vez más a sus similares desarrollados. No sólo las personas de más altos ingresos, sino muchos otros aspiran a y perciben como una necesidad toda

una variada gama de productos característicos de la vida moderna. Mayores niveles educacionales, el acceso fácil a medios de comunicación e información y la creciente apertura al comercio internacional son las condicionantes principales que contribuyen a desarrollar estas expectativas.

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

La demanda de atenciones de salud que realizan tales grupos se caracteriza por requerir libertad de opción, variedad en la tecnología, calidad de la atención y amenidades. También persigue variados arreglos en cuanto a los términos de cobertura de las prestaciones, bonificaciones, períodos, etc.

La fuerza de estas tensiones es tal que, salvo que se la limite por ley, termina rebasando al sistema tradicional, aún a costa de duplicar los gastos. Es característico en este sentido el desarrollo de las instituciones de prepago en Brasil, a partir de los sesenta, y las diversas modalidades de atención directa para empleados de empresas chilenas, hasta 1986. En ambos casos se continuaban efectuando las contribuciones compulsivas para salud, pese a no utilizar sus prestaciones. El problema es simple: las demandas van a inducir a los proveedores independientes de salud a responder a dicha demanda insatisfecha. Ello no hace más que ampliar un mercado de prestaciones de salud que ha existido siempre.

Sin embargo, como se ha destacado, se presentan problemas en la equidad de las soluciones alternativas: por un lado, permitir que se acentúen las disparidades que no hacen sino reproducir las desigualdades existentes en la distribución del ingreso. Por otro lado, la equidad de aplicar a estos segmentos de la población impuestos (contribuciones compulsivas) para salud, en circunstancias que no emplearán los servicios que se les ofrecen a cambio. Es sabido que si se desea efectuar transferencias de los más pudientes a los menos pudientes es más equitativo hacerlo por la vía de impuestos progresivos a la renta.

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

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

Corresponde centrar la atención en las restricciones históricas de recursos y su reflejo en escaseces, lo que se une a la percepción de fuertes ineficiencias de los sistemas de salud de la región. Un componente crucial del cambio es la *búsqueda de soluciones eficientes*: optimizar la respuesta a las necesidades de salud de las personas y comunidades, empleando adecuadamente los recursos disponibles.

Aún más, dadas las restricciones presentes y previsibles para el futuro, junto a las presiones acumuladas y en desarrollo, el logro de soluciones equitativas transita por el camino de la mayor eficiencia. Ella permitiría, por sí sola, lograr mejoras equivalentes a incrementar los recursos efectivos para salud entre un 33 y un 43%. Si la ineficiencia es de 25%, la eficacia permitiría pasar de 75% efectivo actual a 100%, esto es, 33% de

aumento. Si fuera de 30%, por la misma mecánica, el aumento sería de 43%. Los progresos en la eficiencia de los sistemas facilitarían convencer tanto a las sociedades, como a la cooperación internacional de la conveniencia y rentabilidad social de invertir adicionalmente en salud.

V. PROPUESTA DE POLÍTICA

Estas propuestas buscan señalar cursos de acción y áreas para abordar la resolución de las insuficiencias de cobertura, inequidades y fallas en la eficiencia, que muestran los sistemas de salud de la región. El objetivo final consiste en optimizar el bienestar en salud de las personas y comunidades.

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

La presentación se desarrolla empleando las categorías macro y micro, ya discutidas en la Sección IV y analizando comparativamente las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud sobre SILOS y del Banco Mundial sobre reformas al financiamiento, donde corresponda (véase para mayor desarrollo el anexo 1).

1. Propuestas macro

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

a) *Recursos óptimos para salud*

Las disponibilidades globales de recursos de los países de la región son reducidas, e incluso exiguas en algunos casos, dado su nivel de desarrollo. Como regla general, son estos últimos también los que presentan un status de salud más bajos.

Por otra parte, el esfuerzo interno, medido por la participación de la salud en el producto, o la relación gasto per cápita en salud a producto per cápita, es deficiente en todos aquellos países en que dicha proporción resulta ser inferior a 3 o 4% y, probablemente, insuficiente en aquellos cuya tasa fluctúa entre 4 y 5%.

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

La propuesta de reformas al financiamiento de los servicios de salud efectuada por el Banco Mundial aborda estos problemas (ver anexo 1). En este sentido, las proposiciones para establecer gradualmente sistemas de recuperación de costos (cobro de aranceles a los usuarios), de establecimiento de mecanismos de seguro que permitan garantizar recursos para la protección contra riesgos de salud, y de empleo y movilización de recursos no gubernamentales, apuntan hacia formas factibles y eficientes de reasignación de mayores recursos para el sector. Además, dicha propuesta señala la conveniencia de

focalizar los esfuerzos de cobertura y equidad en los grupos poblacionales más pobres y expuestos a mayores riesgos, como forma de asegurar los máximos rendimientos en los aumentos de cobertura y equidad.

b) Configuración de sistemas

Esta propuesta persigue establecer aumentos en la eficiencia productiva mediante la coordinación e integración de los distintos agentes y niveles de atención.

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

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

Con los Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS) se pretende la configuración de sistemas locales de salud poniendo énfasis en el nivel local o micro, pero entendiendo que son parte de sistemas más globales —para lo cual la proposición contempla adecuadas instancias de coordinación. Además, se propone que el papel normativo, orientador y fiscalizador del nivel central sea reforzado, y todos los SILOS convenientemente articulados. Permite, asimismo, un espacio para la acción de entidades no estatales que actúen en coordinación con las entidades públicas.

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

c) Mecanismos de transferencia de recursos eficientes

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

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

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

Persigue generar ámbitos para las entidades no gubernamentales, reconociendo su presencia y contribución a la producción eficaz de atenciones de salud.

La descentralización de los servicios públicos de salud busca elevar la eficiencia en el uso de los recursos. Asimismo, la concentración del gobierno en acciones de índole

preventiva y en la atención de los pobres provocaría una división del trabajo que permitiría aprovechar las ventajas comparativas de los sectores gubernamental y no gubernamental, con aumentos de eficiencia, gracias a la especialización de aumentos de productividad consecuentes.

d) Roles para el Estado en salud

Además de las funciones normativa, supervisora y de control que le son propias y universales, el Estado podría o no tener una acción determinante en la producción de salud: captación de recursos y/o provisión directa de los servicios. Dicha participación estará cada vez más determinada por consideraciones pragmáticas de beneficio social neto.

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

i) *Políticas redistributivas tendientes a generar mayor cobertura y equidad. Consisten básicamente en acciones del Estado para transferir recursos desde los ricos a los pobres.* La tributación es la vía más eficiente para obtener los recursos para estos fines y, asimismo, los subsidios directos son la forma más eficiente de transferencia.

Estos subsidios podrían ser a la oferta (cuando los recursos se transfieren directamente al proveedor) o a la demanda (cuando son transferidos al beneficiario). La opción dependerá de consideraciones prácticas, debiendo cuidarse de los incentivos que se generen y las vías de filtración.

ii) *Acciones para mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores.* Se persigue con estas acciones contrabalancear la capacidad intrínseca de negociación de los proveedores de salud, que deriva de las asimetrías de información y del poder de manejo de la demanda, lo que permite generar presiones para aumentar el gasto.

En lo que respecta a la *información*, corresponde promover la educación en salud a las personas; generar mecanismos para informar al consumidor sobre procesos, resultados y alternativas; establecer mecanismos que permitan conocer el parecer de agentes informados, segundas opiniones u otros, etc.

En cuanto a enfrentar el problema del *poder de manejo de la demanda y su efecto en los costos* corresponde, en el caso de financiamiento estatal, pagar por resultados y/o establecer asignaciones presupuestarias prospectivas según resultados; propender a la formación de estructuras de mercado competitivas en salud; incluso podría pensarse en la mantención de capacidad productiva estatal, la que de todos modos será necesaria en la región, y su apertura a las personas adscritas al ámbito no gubernamental, con fines "disuasivos" y de último recurso.

El Banco Mundial propone como eje la liberación de recursos gubernamentales que hoy se emplean en atender a grupos de la población que están en condiciones de autofinanciarse y tienen disposición a pagar por las atenciones de salud que reciben, con el objeto de focalizar los recursos públicos en los grupos más pobres y vulnerables. Asimismo, pretende cubrir los costos catastróficos para la totalidad de la población. Explícita, entonces, el énfasis redistributivo y la búsqueda de equidad.

Por otra parte, también destaca la necesidad de información por parte del gobierno respecto de las alternativas no gubernamentales en ciertos ámbitos.

La propuesta SILOS tiene como objetivo maximizar la equidad. Descansa en soluciones con hegemonía gubernamental, entendiendo que el Estado juega un rol predominante en la producción de acciones de salud y en las transferencias de recursos.

Aspectos importantes de la participación comunitaria enfatizan el conocimiento de

las soluciones para sus necesidades de salud, aunque descansando preferentemente en los equipos de salud, en su calidad técnico-profesional.

2. Propuestas micro

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

a) *Definición de estrategias de atención*

Según los perfiles epidemiológicos, la condición socioeconómica y los riesgos específicos de la población beneficiaria, se deben definir estrategias de resolución de las necesidades de salud que sean efectivas y que maximicen la eficiencia productiva. Esto exige ajustar la producción de atenciones a las necesidades, procurando emplear en cada caso los recursos de mayor efectividad según su costo. De aquí se derivarán programas de atención para riesgos específicos, edades, y género, como también decisiones respecto al énfasis relativo en acciones preventivas y curativas. Por último, sin pretender agotar el tema, corresponde adoptar una mezcla de acciones de salud de distinta complejidad tecnológica que optimice la efectividad para una disponibilidad dada de recursos.

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

La propuesta del Banco Mundial, por su lado, distingue entre atención preventiva y curativa. La primera tendría externalidades propias de un bien público, por lo cual permanecería bajo la responsabilidad gubernamental para toda la población, mientras que la segunda tendría características de bien privado, restringiéndose, la responsabilidad gubernamental sólo para con los grupos de menores ingresos. Se distinguen también aquellas enfermedades que generan gastos catastróficos, respecto de las cuales la totalidad de la población sería responsabilidad del Estado o se enfrentaría vía seguros obligatorios.

b) *Coordinación entre niveles de complejidad y establecimientos*

La atención integral de las personas, cuyos episodios de enfermedad más difíciles y severos requieran acceder a distintos establecimientos y niveles de complejidad, debe ser organizada a fin de lograr una atención de calidad y humana, con un mínimo de pérdida de recursos.

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

Un aspecto relacionado con lo anterior tiene que ver con la responsabilidad por el paciente, en tanto éste transita por las distintas etapas de su episodio mórbido: debido a la naturaleza de estos bienes, alguna entidad debe velar por la calidad y conveniencia de las acciones de salud proporcionadas al paciente, con el fin de que la resolución del problema sea optimizada.

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

c) *Mejoras en la organización de la producción y la calidad*

Esto sólo puede lograrse efectuando un análisis de las formas de producción con el fin de optimizar los rendimientos, primero, y luego establecer las formas menos onerosas de obtener iguales resultados.

Es importante tener presente que, las ineficiencias señaladas en este caso, tienen más que ver con factores de índole cultural y organizacional que con restricciones tecnológicas, por lo que las soluciones deben perseguir el compromiso y participación de los profesionales de la salud. La aproximación puede ser vía ingeniería médica, que ha sido el camino explorado en el pasado, o mediante el más reciente enfoque de *calidad total en salud*, que ha logrado resultados notables en Canadá, España, Francia y Estados Unidos (Anderson, 1991). Las mejoras logradas en la rotación de equipos, en la reducción de pérdidas, en menores traumas de ancianos hospitalizados y, prácticamente, en todos los problemas enfrentados, han sido notables. No está de más señalar que estos avances han sido motivados, en medida importante, por la imposibilidad de traspasar costos derivados de formas de pagotransferencia de recursos basados en resultados y no en pagos por servicios.

d) *Mejoras a la atención de salud*

Estas mejoras están básicamente referidas a la atención otorgada en los establecimientos estatales, pero también en los que dependen de la seguridad social que cuentan con reducidos copagos o gratuidad total. Tres tipos de medidas pueden tener gran impacto:

i) Establecer sistemas de *screening* rápidos, que permitan discriminar, con una confiabilidad razonable, las prioridades de atención requeridas dada la naturaleza de la morbilidad y su severidad. Esto permite realmente priorizar por necesidad antes que por orden de llegada.

ii) Dotar a los establecimientos de *capacidad resolutive* acorde con las morbilidades tratadas y su perniciosidad. Esto aumenta la efectividad en la atención de salud, al mismo tiempo que reduce las pérdidas por inaccesibilidad a las atenciones complementarias o por retrasos que degeneren en estados agudos. Esta resolutive propia se complementa con:

iii) Adecuados sistemas de derivación y seguimiento de los pacientes.

Estas medidas permitirían mejorar la calidad de las atenciones y reducir los costos ocultos, que se expresan en tiempo de espera y sufrimiento.

e) Definir una política de desarrollo tecnológico

Consiste en establecer el nivel tecnológico objetivo para el sector salud y, especialmente, para la producción estatal de salud. Significa fijar la tecnología predominante; los sectores "de punta"; la tasa de incorporación de los avances tecnológicos acordes con las disponibilidades propias de factores productivos y las condiciones socioeconómicas de las personas y comunidades atendidas. A modo de ejemplo, la tecnología moderna tiende a reducir los días-cama empleados y acortar la convalecencia, pero a un costo considerable. ¿Podría sostenerse que esa es la solución óptima para un trabajador desempleado, o para una persona que vive en condiciones disminuidas, o que carece en su hogar de condiciones higiénicas mínimas?

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

f) Establecimiento de incentivos en la producción y el consumo

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

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

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

La propuesta del Banco Mundial plantea el establecimiento de aranceles y su cobro a los usuarios, anotando su efecto moderador sobre el consumo. Además, propone cobrar aranceles diferenciados según capacidad económica (que es otra forma de visualizar subsidios variables) y eliminar los subsidios para los ricos, liberando recursos que pueden ser asignados a los pobres, mejorando de paso la equidad. Asimismo, anota la conveniencia de estimular el cobro por parte de las entidades recaudadoras, buscando la motivación de los recursos humanos y las dimensiones asociadas anotadas más arriba.

g) Impulso a la descentralización y desarrollo de la capacidad gerencial

Los sistemas de salud centralizados, concentrados y burocratizados han cumplido su rol histórico y existe consenso respecto a que las estructuras futuras deberán ser descentralizadas y desconcentradas. Los sistemas del futuro deben evidenciar sensibilidad (*responsiveness*) a las necesidades y adaptabilidad a los cambiantes patrones de consumo

de las personas y comunidades. Y deben tener también la flexibilidad interna y la autonomía para efectuar con dinamismo los cambios de organización, métodos y formas productivas necesarios para ser más efectivos y eficientes.

Tanto las propuestas analizadas, como muchas otras, dan a la descentralización un rol crítico para el desarrollo futuro de los sistemas de salud. Y también apuntan, con diverso énfasis, a que la descentralización y la autonomía no son sinónimos de anarquía ni de autarquía. La descentralización es un medio para lograr mayor eficiencia y hacer a las personas y comunidades más partícipes de las soluciones en salud en un *contexto sistémico*. Es una forma moderna de administrar que define los ámbitos de acción, las normas y reglas del juego, pero que tiene una finalidad que prevalece por sobre los intereses de cada entidad, y que se alcanza por la definición de objetivos y metas comunes, por la normatividad pero, principalmente, gracias a la incorporación de estímulos adecuados.

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

Hacia el interior del sector se requieren especiales habilidades para dirigir equipos humanos multidisciplinarios, de gran capacidad y profesionalismo, donde el servicio proporcionado es un acto personalísimo con elevados componentes de arte. Desde el exterior, las personas y la comunidad vuelcan su atención y exigen soluciones que el avance de las ciencias y las artes aún no permiten o, cuando existen, la escasez de recursos impiden su aplicación. Además de capacidad de gestión gerencial, el sector salud requiere liderazgo en administración de salud.

"En tiempos de rigor, cuando la sobrevivencia de las organizaciones es amenazada (...) el líder en servicios de salud da esa visión (sobre un futuro mejor) a sus colegas, organizaciones y a la comunidad. Es por esa razón que a los líderes del pasado los llamamos visionarios. Aquellos líderes comprenden tanto la cultura de los servicios de salud como la de sus propias organizaciones (...) son capaces de entender los orígenes de las fuerzas a favor y en contra del cambio, interpretándolas en el proceso de toma de decisiones. (...) deben estar interiorizados sobre la actividad a la que se encuentran dedicados (...) ser versados tanto de la práctica clínica como económica de la medicina. (...) organizar e implementar procesos de negociación. (...) son creativos, habilidosos para ordenar y presentar sus ideas y se sienten razonablemente cómodos con los riesgos inherentes. (...) crear condiciones que estimulan las ideas, soluciones y direcciones originales" (Filerman, 1990).

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

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

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

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

VI. CONCLUSIONES

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

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

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

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

La insuficiencia de recursos, agravada por la crisis de los años ochenta, y el improbable aumento significativo en el corto plazo llevan a enfatizar la búsqueda de mayor eficiencia como una estrategia crucial. De acuerdo a las estimaciones disponibles, los grados de ineficiencia actual de los sistemas de salud, en caso que puedan superarse, serían equivalentes a aumentar los recursos —bajo condiciones de la eficiencia actual— entre un tercio y 43%.

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

En las políticas macro se propone:

- Definir los recursos óptimos para salud en cada país, aumentando en muchos de ellos su esfuerzo interno.
- Propender a la configuración de sistemas de salud que definan los ámbitos y establezcan las formas de coordinación entre los distintos subsectores.
- Establecer mecanismos para la transferencia de recursos, con el fin de inducir aumentos en su movilización y asignación eficiente.
- El rol del Estado seguirá siendo hegemónico en los aspectos normativos, de política, seguimiento y control. Mantendrá un rol crítico en las medidas redistributivas para generar mayor equidad y en aquellas destinadas a mejorar la capacidad de negociación de las personas y comunidades frente a los proveedores de salud.

Las propuestas de política micro comprenden:

- Definir estrategias de atención, según nivel de complejidad (primaria, secundaria, terciaria) y según acciones preventivas y curativas.
- Establecer mecanismos de coordinación entre niveles de complejidad y entre establecimientos y subsectores de salud.
- Introducir mejoras en la organización de la producción y calidad de las prestaciones de salud.
- Introducir mejoras a la atención de salud propiamente tal.

- Definir una política de desarrollo tecnológico.
 - Establecer incentivos adecuados tanto en la producción como en el consumo de prestaciones de salud.
 - Impulsar la descentralización de los sistemas de salud y el desarrollo de la capacidad gerencial y de liderazgo en administración de salud.
- e) La presencia de entidades no gubernamentales es indicativa de la existencia de formas de mercado en salud. Las imperfecciones del mercado, debido a las peculiaridades del fenómeno salud, antes que aconsejar su erradicación, apuntarían a concentrar esfuerzos para crear condiciones de competencia.
- f) Las soluciones de mercado tienden a generar mayores disparidades, al menos en el corto plazo, y también a través de los ciclos de desarrollo, pero pueden emplearse diversos mecanismos y modalidades de subsidios y transferencias para corregir o atenuar estos efectos no deseados.
- g) La descentralización de los sistemas y el desarrollo de capacidad gerencial y liderazgo en administración de salud son factores instrumentales para aumentar la eficiencia productiva y global de los sistemas de salud de la región.

Notas

¹ El autor es Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Doctor en Economía, Universidad de New Hampshire, Subdirector del Programa de Magister en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.

² Son procíclicas las medidas que facilitan y aceleran el proceso de ajuste autónomo de las variables en juego; anticíclicas, en cambio, son las que buscan atenuar la amplitud del ciclo. Hay una controversia permanente entre los macroeconomistas sobre este punto, pero podría decirse que la principal desventaja de la primera es la profundidad e intensidad del ajuste, que incide con especial fuerza sobre los más pobres. En tanto que las segundas producen un impacto menor sobre los pobres, pero prolongan el proceso de ajuste.

³ Sólo Estados Unidos gasta más del 14% de su PGB en salud actualmente, y todas aquellas sociedades que han superado el 8% están imponiendo reformas para frenar la escala de estos gastos.

⁴ Una combinación lineal de éstos se correlaciona al 90% con el índice de necesidades de salud.

⁵ Hay discrepancias entre las cifras POS para 1984 y Banco Mundial 1989, notablemente en República Dominicana, Honduras, Ecuador y Venezuela. Ello obedecería a las distintas fuentes de información.

⁶ El argumento es que así como se gasta más en salud, también, por ejemplo, los profesionales de la salud tienen remuneraciones más elevadas, lo que estaría reflejado en el PPC. Pero, naturalmente, las diferencias pueden ser mayores o menores, dependiendo del mercado de trabajo de dichos profesionales y su abundancia o escasez relativa, etc. Además, el costo de los otros insumos puede no guardar relación con el resto de las variables discutidas.

⁷ Probablemente en este caso se están contabilizando gastos previsionales dentro de los gastos en salud.

⁸ Un análisis más detallado requeriría contemplar una multiplicidad de otros indicadores de cobertura. Sin embargo, existe consenso respecto a que los aquí considerados se refieren a aspectos básicos, y su ausencia es indicativa de carencias mayores en necesidades más apremiantes.

⁹ La Ley 18.469 de vigencia a contar de 1986, rediseñó el total del Sistema de Salud chileno. Sin embargo, las reformas en el sector público databan de 1980 (DL 2763) y las de ISAPRE desde 1981 (DFL N° 3).

¹⁰ La eficiencia productiva permite configurar lo que se denomina "curva de transformaciones", o "curva de posibilidades de producción". Cuando los consumidores eligen cuál de los puntos de aquella maximiza su bienestar, hay eficiencia global.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, C.A. (1991), "Implementing Continuous Quality Improvement (CQI) in Hospital ... Lessons Learned from the International Quality Study". Estudio preparado por Ernst y Young, presentado en el 8º Simposio Internacional en Garantía de Calidad en Atención de Salud, 29-31 de mayo, Washington, D.C.
- Banco Mundial (1987), "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", *Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 103, Nº 6.
- Barbanti, P. (1990), "Presentación del estado actual de los sistemas de salud en los países miembros del ALAMI", V Congreso de ALAMI, Asociación de ISAPRES, Santiago de Chile, 1991.
- Bonilla, C. (1990), "Presentación del estado actual de sistemas de salud en los países miembros de ALAMI", V Congreso de ALAMI, Asociación de ISAPRES, Santiago de Chile, 1991.
- Castañeda, T. (1990), *Para combatir la pobreza. Política social y descentralización en Chile durante los 80's*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.
- Cochrane, A.L. (1972), *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections in Health Service*, Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- Cullis, J. y P. West (1984), *Introducción a la economía de la salud*, Desclée de Brouwer, S.A., España.
- Culyer, A.J. (1976), *Need and the National Health Service: Economics and Social Choice*, Martin Robertson, Londres.
- Chile, Ministerio de Salud (1987), *Anuario estadístico*, Santiago de Chile.
- Detsky, A.S. (1978), *The Economic Foundations of National Health Policy*, Ballinger, Cambridge, Massachusetts.
- Ederer, P. (1977), "The Randomised Clinical Trial", en Phillips, C. y Wolfe, J. (eds.), *Clinical Practice and Economics*, Tubridge Wills, Pitman Publishing Co.
- Feldstein, P.J. (1983), *The Health Care Economics*, John Wiley and Sons, New York.
- Filerman, G. (1990), "La responsabilidad de la educación en la generación de liderazgo en administración de salud", AUPHA, abril.
- Gill, R.T. (1976), *Economics and the Private Interest*, 2º edición, Pacific Palisades Columbia, Goodyear Pub. C. Inc.
- Guerra de Macedo, C. (1989, 1990), *Seminario Interagencial de Descentralización y Desconcentración de los Sectores y Servicios Sociales*, ILPES/UNESCO/OPS, octubre de 1989, Brasilia.
- Katz, J. y A. Muñoz (1988), *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, CEPAL, Buenos Aires.
- Loyola, V. y E. Miranda (1990), "Análisis del nivel administrativo de consultorios de atención primaria municipalizados", *Revista Administración en Salud*, 10, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Márquez, P. (1990), "Control de costos en salud: una revisión de experiencias de países en las Américas", *Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, N° 2, Washington, D.C.
- Medici, A.C. (1989), "Financiamiento das políticas de saúde no Brasil", *Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 103, N° 6, OPS, Washington, D.C.
- Miranda, E. (1989), "Desarrollo del sistema ISAPRES", *Administración en Salud*, N° 6, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- ____ (1990), "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno", *Estudios Públicos*, N° 39, Santiago de Chile.
- ____ (1990a), SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud, Santiago de Chile, p. 60.
- ____ (1991), "Salud para todos: ... ¿subsidio a la demanda o subsidio a la oferta?", revista *Administración en Salud*, N° 14, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Miranda, E. y M. Vergara (1993), "Evolución y estructura del sector salud en Chile", Katz, J. (ed.), *Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay. Estudio de los casos y modelo histórico-evolutivo de organización y comportamiento sectorial*, serie *Cuaderno Técnico*, N° 36, OPS, Washington, D.C.
- Musgrove, Ph. (1985), *La crisis económica y su impacto en la atención de salud en América Latina y el Caribe*, OPS, Washington, D.C.
- Niremberg, O. y N. Perrone (1990), "Organización y gestión participativa en los sistemas locales de salud", *Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, N° 5-6, Washington, D.C.
- OMS/OPS (1986), *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000: Seventh Report on the World Health Situation; Region of the Americas*, OPS, Washington, D.C.
- OPS (1978), "Atención primaria de salud", *Salud para Todos*, N° 1, Ginebra.
- ____ (1988), "Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos", serie *Cuaderno Técnico*, 14, Washington, D.C.
- ____ (1988b), "Desarrollo y fortalecimiento en los sistemas locales de salud", documento *CD 33/14*, Washington, D.C.
- ____ (1988c), "Participación social en los sistemas locales de salud", serie *Desarrollo de Servicios de Salud*, 35, Washington, D.C.
- ____ (1991), *Las condiciones de salud en las Américas 1990*, Vol. I, Washington, D.C.
- Paganini, J. M. y A.H. Chorny (1990), "Los sistemas locales de salud: desafío para la década de los noventa", *Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, N° 5-6.
- Panzer, J. (1989), "The Municipalization of Health Services in Chile", artículo presentado en el Encuentro Anual de Economistas, Santiago de Chile.

Anexo 1

LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN: LOS SILOS (SISTEMAS LOCALES DE SALUD) Y LAS REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Hay dos grandes propuestas para abordar soluciones en materia de salud en la región. Ellas, en parte importante se complementan, y coinciden con muchos otros estudios y soluciones recomendadas por otras instituciones y expertos.

La Organización Panamericana de la Salud, durante la década de los ochenta, propuso los SILOS, mientras que el Banco Mundial se centró más específicamente en los mecanismos de asignación de recursos en el sector salud.

1. Los SILOS y la meta de Salud para Todos en el Año 2000

Los SILOS serían el mecanismo para ejecutar la estrategia de atención primaria, pieza clave de la propuesta de la OPS sobre la meta de salud para todos en el año 2000 (OMS, 1978).

Un SILOS es una entidad de salud que tiene una base geográfico-poblacional con unidad política, administrativa y técnica y que, al tiempo de estar integrada al sistema global de salud del país, posee autonomía para actuar descentralizadamente. Es responsable de la salud de las personas y del ambiente bajo su tuición; coordina todos los recursos disponibles en su territorio. Debe contar con adecuada capacidad tecnológica y administrativa para resolver los problemas de salud de las personas y comunidades atendidas. Uno de sus pilares es la participación, contribuyendo a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

Los SILOS son entonces concebidos como un "(...) conjunto de recursos de salud, interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población —definidas en términos de riesgos— y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad" (OPS, 1988b).

Se plantean como requisitos esenciales para los SILOS (Paganini y Chorny, 1990: 430-433):

a) *La equidad-calidad.* Los SILOS deberán perseguir que los grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad (equidad) de acceder a servicios homogéneos en cuanto a su calidad. El concepto de necesidad que se aplique deberá conciliar el enfoque técnico de las "ciencias de la salud" y el enfoque administrativo de optimizar la eficacia, con la percepción de las personas y comunidades. La calidad

no sólo comprende los aspectos técnicomédicos, sino también la humanización de la atención.

b) *La democratización-participación social*. Básicamente, se trata de extender la participación democrática representativa sobre los aspectos globales de la sociedad al ámbito directo de las necesidades de salud. Será un medio de lograr que las personas y comunidades ejerzan directamente el control social de las acciones de los gobiernos.

c) *El desarrollo-transformación*. Junto con promover el desarrollo económico, persigue efectuar las transformaciones de la estructura productiva y distributiva que permitan el logro de los grados de equidad buscada.

d) *La eficiencia-tecnología apropiada*. El nivel de calidad que se establezca está asociado estrechamente a la tecnología utilizada, pero ésta debe ser maximizada en su eficacia, y la propia solución tecnológica seleccionada, con el objeto de lograr los resultados al mínimo costo: maximizar la eficiencia productiva (Gill, 1976:121).

La participación comunitaria es uno de los componentes principales de la propuesta SILOS. Se la entiende como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria (OPS, 1988c).

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

Los SILOS se estructurarían a partir de *unidades de acción local*, para cuya constitución formal se requiere al menos de la presencia de una organización comunitaria, y la disponibilidad de algún recurso de salud respaldado por alguna institución sectorial, es decir, aquellas pertenecientes al sector estatal de salud. Las funciones básicas de estas unidades son la participación directa de la gente, el cuidado y atención de la salud de las personas y comunidades, y la referencia de pacientes a los niveles de atención adecuados (Niremberg y Perrone, 1990:478-481).

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

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

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

La propuesta SILOS ha girado, principalmente, en torno a la definición de los aspectos conceptuales y los principios de operación que orienten las soluciones específicas en cada caso. Estos procesos fueron especialmente impulsados por la Resolución XV de la 33ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1988. A la fecha, son múltiples las experiencias que se llevan adelante en varios países de

la región (OPS, 1988b), pero se trata de experiencias en desarrollo, mediante las cuales se van explorando soluciones y diseñando sistemas y mecanismos. Las evaluaciones que se han efectuado son aún preliminares.

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

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

Dado el consenso universal actual sobre las ventajas del mercado como asignador de recursos, cada vez será menos aceptable identificar "equidad" con "igualdad". Probablemente, la discusión se centrará en cuáles son los mínimos aceptables, y solventables, en cada sociedad para garantizar a todos sus miembros, focalizando la acción de los grupos de mayor riesgo y pobreza.

Ello necesariamente exigirá reconocer la presencia y la contribución del sector privado y considerarlo en todas las interrelaciones necesarias con los sistemas globales de salud.

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

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

Un cuarto aspecto, asociado al anterior, es la conveniencia de desarrollar *modelos básicos de estructuración organizativo-administrativa*, que sirvan de punto de partida y permitan enmarcar, al menos inicialmente, el funcionamiento. Asimismo, deben permitir que se aseguren los niveles de eficiencia mínimos previamente establecidos, a la vez de hacer consistentes las experiencias paralelas. El ejercicio de la descentralización de la atención primaria en Chile, a partir de 1980, por ejemplo, es indicativo de las deficiencias resultantes de la indefinición de estructuras administrativas básicas (Loyola y Miranda, 1990). Incluso la dinámica del desarrollo de estas entidades debiera ser atentamente observada y, además, definir cursos de avance que encausen la evolución.

En todo el proceso es necesario establecer sistemas de información y monitores confiables y oportunos: estadísticas biomédicas de resultado y proceso, y seguimiento de

las experiencias, facilitando la intervención en caso necesario para corregir desviaciones, facilitando la evaluación permanente y, de paso, permitiendo difundir las soluciones y resultados logrados entre las distintas entidades.

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

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

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

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

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

Los mecanismos de asignación y de compatibilización no han recibido debida atención en la propuesta SILOS, hasta el presente. Pero ellos constituyen el punto focal de la segunda propuesta, que se aborda a continuación.

2. Reformas al financiamiento de los servicios de salud

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

Su punto de partida es la improbable obtención de recursos adicionales por los gobiernos de la región, en el corto plazo, o que puedan reasignarse volúmenes sustanciales hacia el sector salud, desde otros sectores de la acción gubernamental.

El planteamiento señala que existe una variedad de atenciones de salud que, por lo general, rinden beneficios exclusivamente a sus usuarios, por lo que las personas están

dispuestas a pagar por ellos, existiendo grupos poblacionales importantes en condiciones de solventar dichos pagos. Estos tipos de atenciones tienen una gran yuxtaposición con la atención de tipo curativa. Por otro lado, hay atenciones de salud eminentemente preventivas que generan fuertes externalidades, rindiendo claros e identificables beneficios a la sociedad como un todo.

La proposición central es entonces "... reducir la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud que rinden escasos beneficios a la sociedad (por oposición a los beneficios directos para los usuarios del servicio). De esta forma, se dispondría de un mayor caudal de recursos del gobierno (o públicos) para sufragar los servicios que proporcionan beneficios considerables a toda la sociedad. Este planteamiento, al relevar al gobierno de la carga de expender fondos públicos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más en los pobres" (Banco Mundial, 1987:696).

La propuesta consta de cuatro políticas de financiamiento.

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

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

Requeriría prestar atención a tres pasos complementarios:

i) Cumplir con la precondition de asegurar la accesibilidad y calidad de las atenciones, para que los aranceles sean efectivos;

ii) Que los recursos captados a través de los aranceles sean efectivamente canalizados hacia atenciones de mayor beneficio social y hacia los pobres;

iii) Crear mecanismos para que los pobres estén en condiciones de sufragar los aranceles nuevos o aumentados.

En el corto plazo, el establecimiento de aranceles puede ser modesto, cubriendo no más que una parte de los costos y sólo en algunas prestaciones. Pero, en el largo plazo, incorporarían el costo total, si se cuenta con adecuados sistemas de prepago o seguros de salud.

b) Provisión de seguros u otra protección frente a riesgos

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

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

Debe considerarse el antecedente del efecto en los costos de la salud que han tenido copagos excesivamente pequeños, aplicados en forma indiscriminada, así como la necesidad de generar condiciones de competitividad entre los proveedores del seguro.

c) Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales

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

Se parte del reconocimiento del papel que tienen los proveedores privados en la región que pueden alcanzar a la mitad y, en varios países, superan los 2/3 del total. Si se desconocen estas realidades y se pretende inhibirlas, los gobiernos reducirían sus opciones para realmente focalizar sus esfuerzos en los pobres y en acciones de beneficio colectivo.

Los gobiernos seguirían a cargo de la generación de la normativa, la supervisión, fiscalización y el aseguramiento de estándares adecuados y control de la calidad. Por último, en las áreas de atención preventiva, donde hay un caudal importante de beneficios sociales, el papel del gobierno continuará siendo predominante, debiendo incluso ampliarse (Banco Mundial, 1987:703).

d) Descentralización de los servicios de salud gubernamental

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

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

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

i) Aumentar la disponibilidad de recursos para beneficio de los pobres y las acciones de beneficio colectivo;

ii) Incentivar la llegada de recursos específicos para financiar la salud, reconociendo el carácter aleatorio del fenómeno enfermedad. Ello se logrará mediante la instauración de esquemas de seguros, que podrían ser similares a los esquemas de seguridad social existentes en la mayoría de los países de la región, pero a diferencia de éstos, buscando que todos los gastos sean financiados por esta vía;

iii) Poner especial énfasis en la creación de mecanismos que protejan a los pobres, lo que involucraría:

- subsidios para complementar los aportes de los pobres a la seguridad social y los esquemas de seguros; y para los que no logren ser incorporados a estos esquemas de seguros, sea porque no son capturables (por ejemplo, trabajadores del sector informal) o por ser indigentes o encontrarse desempleados;

- mantener los espacios históricos y proponer expandir los ámbitos para que las entidades no gubernamentales proveedoras de salud puedan realizar sus actividades.

Como señalábamos anteriormente, esta segunda propuesta es complementaria con la propuesta de SILOS, poniendo énfasis en una de las debilidades de aquélla. Hay dos comentarios que es necesario efectuar a este respecto:

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

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

Segundo, los aspectos de la propuesta referentes a la generación de condiciones para el desarrollo de esquemas de seguros y mantener y ampliar los ámbitos de acción de los proveedores no gubernamentales pueden entenderse como permitir que el sector privado expanda su participación en los sistemas de salud de la región. Ello perturba a algunos sectores de opinión en la región.

La discusión no debe centrarse en la concepción sobre el rol del sector privado en salud, que es algo respecto de lo cual el pensamiento contemporáneo muestra una gran dinámica, sino más bien donde hay bastante consenso: las peculiaridades que presenta el sector salud.

Librado a sus propias fuerzas el mercado presenta formas predominantemente monopólicas y no competitivas, por lo que se lograrán resultados ineficientes que no maximizan el bienestar de las personas. Su impacto sobre los aumentos de costos será también extremo: las experiencias recientes de los países desarrollados así lo muestran. Las soluciones de mercado tienden también a generar mayor disparidad y, por lo tanto, afectan a la equidad. Estas razones inducen a tener reservas respecto al rol del mercado y del sector privado en salud.

Hoy existe consenso, sin embargo, en que las soluciones de mercado y el rol del sector privado en la economía, si bien no son perfectos, rinden mejores resultados que las alternativas conocidas. Además, la participación de entes no gubernamentales en el financiamiento, administración de los beneficios y provisión de los servicios es una realidad con gran dinámica de desarrollo autónomo.

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

Así como se plantea que la participación comunitaria en los SILOS hace a las comunidades agentes de su propio destino, aquí se requiere que cuando las personas

enfrentan al proveedor de servicios de salud sientan su responsabilidad y actúen como constructoras de su propio bienestar.

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

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

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

Anexo 2

APÉNDICE ESTADÍSTICO

Cuadro 1

ÍNDICE DE NECESIDADES DE SALUD E INVERSO DEL ÍNDICE

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

Fuente: OPS, 1988.

Cuadro 2

MORTALIDAD INFANTIL 1965, 1984 Y 1989 PAÍSES SELECCIONADOS
DE AMÉRICA LATINA

(Tasas expresadas en mortalidad por 1 000 nacidos vivos)

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

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

Cuadro 3

MORTALIDAD INFANTIL 1965 Y 1989 PAÍSES SELECCIONADOS
DE AMÉRICA LATINA Y OECD

(Tasas expresadas en mortalidad por 1 000 nacidos vivos)

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

Fuente: Banco Mundial (1991).

Cuadro 4

ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1980 Y 1989 PAÍSES SELECCIONADOS
DE AMÉRICA LATINA

(Años de esperanza de vida)

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

Fuente: OPS (1988), 1980. Banco Mundial (1991), 1989.

Cuadro 5

**ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1989 PAÍSES SELECCIONADOS DE
AMÉRICA LATINA Y OECD**

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

Fuente: Banco Mundial (1991).

Cuadro 6

MORTALIDAD GENERAL 1965 Y 1989 PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y OECD

(Tasas expresadas en mortalidad por 1 000)

	1965	1989
Haití	21	13
Bolivia	21	13
República Dominicana	13	6
Honduras	17	8
Guatemala	17	8
Perú	16	9
Ecuador	13	7
Paraguay	8	6
El Salvador	13	8
Colombia	11	6
Jamaica	9	7
Panamá	9	5
Chile	11	6
Costa Rica	8	4
México	11	6
Argentina	9	9
Venezuela	8	5
Brasil	11	8
Uruguay	10	10
	10	9
Portugal	8	8
España	9	8
Nueva Zelandia	9	7
Australia	12	11
U.K.	8	9
Países Bajos	11	10
Francia	8	7
Canadá	9	9
Estados Unidos	7	7
Japón		

Fuente: Banco Mundial (1991).

Cuadro 7

**PRODUCTO PER CAPITA 1989 PAÍSES SELECCIONADOS DE
AMÉRICA LATINA Y OECD**

	1989
Haití	243
Bolivia	650
República Dominicana	695
Honduras	998
Guatemala	937
Perú	1 412
Ecuador	998
Paraguay	853
El Salvador	1 152
Colombia	1 455
Jamaica	1 260
Panamá	1 962
Chile	1 960
Costa Rica	1 778
México	2 242
Argentina	2 649
Venezuela	2 571
Brasil	2 509
Uruguay	2 735
Portugal	4 250
España	9 330
Nueva Zelandia	12 070
Australia	14 360
U.K.	14 610
Países Bajos	15 920
Francia	17 810
Canadá	19 030
Estados Unidos	20 910
Japón	23 810

Fuente: Banco Mundial (1991).

Cuadro 8

**GASTOS EN SALUD PER CAPITA, USD 1985 PAÍSES SELECCIONADOS
DE AMÉRICA LATINA Y OECD**

	USD 1985
Haití	10.5
Bolivia	1.9
República Dominicana	27.4
Honduras	60.3
Guatemala	44.5
Perú	29.3
Ecuador	54.0
Paraguay	27.8
El Salvador	8.3
Colombia	56.4
Jamaica	44.2
Panamá	197.7
Chile	100.4
Costa Rica	108.0
México	75.2
Argentina	137.0
Venezuela	146.1
Brasil	58.5
Uruguay	
Portugal	310
España	486
Nueva Zelandia	715
Australia	877
U.K.	711
Países Bajos	984
Francia	1 039
Canadá	1 370
Estados Unidos	1 926
Japón	831

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

Cuadro 9

**GASTO EN SALUD SOBRE PGB 1985 PAÍSES SELECCIONADOS DE
AMÉRICA LATINA Y OECD**

	% SA/PROD.
Haití	3.5
Bolivia	0.4
República Dominicana	2.3
Honduras	12.2
Guatemala	3.7
Perú	3.0
Ecuador	6.0
Paraguay	1.7
El Salvador	2.1
Colombia	5.4
Jamaica	2.5
Panamá	10.1
Chile	6.0
Costa Rica	6.9
México	3.8
Argentina	7.1
Venezuela	3.1
Brasil	3.5
Uruguay	
Portugal	5.6
España	6.0
Nueva Zelandia	6.9
Australia	6.8
U.K.	6.2
Países Bajos	8.3
Francia	8.5
Canadá	8.5
Estados Unidos	11.1
Japón	6.7

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

Cuadro 10

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DEL PRODUCTO INTERNO POR HABITANTE

	Tasas anuales de crecimiento						VA _a /	Pobl. _b /
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1980- 1987 _c /	1987 _c / millones
América Latina								
(excluye Cuba)	3.4	-4.8	1.4	1.1	1.4	0.5	-5.5	415.9
Países exportadores de petróleo	3.2	-7.5	0.1	-0.6	-1.6	-1.0	-10.5	
Bolivia	-5.4	-9.0	-3.5	-4.4	-5.5	-1.1	-27.5	6.7
Ecuador	-1.8	-4.0	1.8	2.0	0.2	-5.8	-6.9	9.9
México	-3.2	-6.6	1.0	0.0	-6.3	-1.2	-10.5	83.0
Perú	-2.3	-14.1	2.1	-0.1	5.3	4.5	-4.3	20.7
Trinidad y Tabago	-0.5	-10.6	-7.6	-4.2	-	-	-	1.1
Venezuela	-4.1	-8.2	-3.7	-3.2	2.6	-1.1	-20.0	18.2
Países no exportadores de petróleo	-3.6	-3.0	2.3	2.2	4.6	1.2	-1.6	
Argentina	-6.8	0.7	0.7	-6.1	4.4	0.7	-14.7	31.5
Barbados	-5.9	-0.4	2.5	0.1	4.9	-1.1	-3.0	0.3
Brasil	-1.4	-4.5	3.4	5.9	5.9	1.0	4.1	141.5
Colombia	-1.1	-0.3	1.6	0.7	3.7	3.1	7.3	29.9
Costa Rica	-9.7	0.0	5.1	-1.7	1.8	0.2	-9.5	2.7
Cuba <u>d</u> /	3.3	4.3	6.6	3.8	0.3	-	-	10.1
Chile	-14.5	-2.2	4.3	0.7	3.7	3.6	-2.5	12.4
El Salvador	-6.5	0.3	1.3	0.5	-0.8	0.4	-14.5	5.9
Guatemala	-6.1	-5.4	-2.8	-3.3	-2.7	-0.4	-20.5	8.4
Guyana	-12.6	-12.0	3.9	-0.1	-	-	-	0.9
Haití	-5.2	-1.2	-1.4	-1.3	-1.3	-0.7	-14.5	6.9
Honduras	-5.1	-3.5	-1.0	-1.4	-1.4	1.1	-13.2	4.7
Jamaica	-1.5	-0.2	-1.4	-6.7	0.7	3.5	-4.7	2.4
Nicaragua	-4.0	1.2	-4.8	-7.3	-3.7	-1.7	-17.2	3.5
Panamá	2.7	-2.2	-2.6	1.9	0.8	-0.5	1.6	2.3
Paraguay	-4.0	-6.0	0.0	0.9	-3.4	1.2	6.3	3.9
República Dominicana	-1.1	2.5	-2.0	-4.6	-0.5	4.6	0.2	6.5
Uruguay	-10.7	-6.7	-1.9	-0.9	5.9	4.9	-9.4	3.1

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

a/ Variación acumulada.

b/ Población 1987: estimaciones Naciones Unidas.

c/ Estimaciones preliminares.

d/ Se refiere al concepto de producto social global.

Cuadro 11

**GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL
GASTO PÚBLICO**

País	1979	1980	1985	1989
Haití	...	...	...	...
Bolivia	8.63	12.06	1.50	6.6
República Dominicana	9.07	9.30	10.3	...
Honduras	8.02	...	...	...
Guatemala	7.64	...	...	5.5
Perú	6.13	4.52	...	9.8
Ecuador	...	...	...	3.0
Paraguay	3.67	3.53	5.80	7.4
El Salvador	8.71	8.97	5.90	...
Colombia	...	...	...	...
Jamaica	...	...	...	19.8
Panamá	12.15	12.71	...	5.9
Chile	6.54	7.37	6.10	27.2
Costa Rica	25.00	...	22.50	1.7
México	3.90	2.37	1.50	2.0
Argentina	1.70	1.73	1.80	...
Venezuela	11.70 _{a/}	...	7.60	...
Brasil	7.40	6.54	7.60	6.1
Uruguay	4.69	4.89	4.10	4.5

Fuente: OPS (1988), 1979-80-85, p. 11. Banco Mundial (1991), 1989, p. 249.
a/ Información sólo para 1972.

Cuadro 12
COBERTURA DE INMUNIZACIÓN POR PAÍS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 1988

Subregión/ país	Población destinataria (menor de 1 año)	BCG (%)	DPT3 (%)	VPO3 (%)	Antisaram- piosa (%)
Area Andina					
Bolivia	271 200	70	40	50	70
Colombia	834 180	90	75	92	73
Ecuador	316 000	91	55	63	56
Perú	670 000	61	58	59	52
Venezuela	569 000	68	55	67	49
Brasil	3 617 900	66	51	96 ^{b/}	55
Caribe					
Anguila	157	99	99	99	91
Antigua y Barbuda	1 088	-- ^{b/}	99	99	95
Bahamas	5 600	--	--	--	--
Barbados	4 032	--	--	--	--
Dominica	1 715	99	92	93	87
Granada	2 613	--	86	85	89
Guyana	17 568	76	77	79	69
Islas Caimán	378	80	93	93	88
Islas Turcas y Caicos	250	99	89	89	76
Islas Vírgenes Británicas	238	99	99	97	86
Jamaica	57 487	99	85	84	71
Montserrat	199	--	--	--	--
San Kitts y Nevis	924	--	99	99	90
San Vicente y las Granadinas	2 482	98	97	97	99
Santa Lucía	3 530	99	72	93	90
Suriname	10 000	--	72	71	73
Trinidad y Tabago	23 280	--	77	77	59
América Central					
Belice	5 270	--	--	--	--
Costa Rica	82 600	--	88	91	88
El Salvador	182	62	64	72	73
Guatemala	343 200	--	51	57	52
Honduras	183 600	75	77	83	86
Nicaragua	146 500	90	64	82	61
Panamá	61 900	90	71	71	75
Caribe Latino					
Cuba	187 529	96	94	94 ^{a/}	97
Haití	202 300	40	46	75	46
República Dominicana	201 707	40	40	50	31
México	2 579 200	80	65	96 ^{a/}	85
América del Norte					
Bermuda	1 240	--	--	--	--
Canadá	385 900	--	--	--	--
Estados Unidos	3 809 000	--	--	--	--
Cono Sur					
Argentina	668 000	93	74	81	78
Chile	279 150	98	94	94	89
Paraguay	121 877	58	647	71 ^{a/}	58
Uruguay	56 600	97	82	82	75
TOTAL	15 907 657	75	61	86	67

Fuente: OPS, Programa Ampliado de Inmunización.

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

^{b/} En los países marcados con -- no se aplica la vacuna BCG.

Cuadro 13

**COBERTURA DE AGUA POTABLE EN 25 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS,
HASTA DICIEMBRE DE 1988**

(Población en miles)

País	Abastecimiento de agua potable		
	% de la población del país	% de la población urbana	% de la población rural
Argentina	64.27	73.05	16.87
Bahamas	99.59	99.26	100.00
Barbados	99.60	100.00	99.39
Belice	77.14	83.33	70.59
Bolivia	46.32	77.36	15.16
Brasil	96.12	99.83	85.68
Colombia	87.50	87.78	86.81
Costa Rica	93.58	100.00	83.96
Chile	85.97	100.00	20.52
Ecuador	57.64	75.11	36.97
El Salvador	40.76	75.86	10.03
Guatemala	60.17	91.30	41.19
Guyana	80.56	93.50	74.31
Haití	41.80	55.47	36.37
Honduras	72.37	89.37	60.01
México	68.71	80.20	40.65
Nicaragua	53.23	77.86	18.90
Panamá	82.65	100.00	66.18
Paraguay	32.97	64.97	7.38
Perú	58.44	77.60	22.31
República Dominicana	51.51	67.68	28.43
Suriname	71.90	78.04	53.54
Trinidad y Tabago	95.93	100.00	87.18
Uruguay	84.92	96.62	5.21
Venezuela	89.33	89.44	88.80
TOTAL	78.53	88.42	55.26

Fuente: OPS (1991).

Cuadro 14

**COBERTURA DE SANEAMIENTO EN 25 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS,
HASTA DICIEMBRE DE 1988**

(Población en miles)

País	Alcantarillado y eliminación de excretas		
	% de la población del país	% de la población urbana	% de la población rural
Argentina	88.95	100.00	29.27
Bahamas	56.43	100.00	0.00
Barbados	16.60	47.19	0.00
Belice	72.57	83.33	61.18
Bolivia	33.98	55.14	12.73
Brasil	78.35	89.03	48.25
Colombia	65.06	84.62	17.58
Costa Rica	97.17	100.00	92.94
Chile	83.44	100.00	6.22
Ecuador	56.43	75.24	34.19
El Salvador	60.51	85.57	38.58
Guatemala	56.93	71.74	47.91
Guyana	85.58	84.55	86.08
Haití	22.08	41.11	14.52
Honduras	62.42	88.19	43.69
México	45.18	60.17	8.57
Nicaragua	18.91	32.48	0.00
Panamá	83.65	99.91	68.23
Paraguay	57.62	54.65	59.99
Perú	41.70	55.00	16.60
República Dominicana	59.74	76.55	35.75
Suriname	55.95	63.18	34.34
Trinidad y Tabago	99.19	100.00	87.44
Uruguay	60.40	59.65	65.36
Venezuela	92.39	96.90	70.09
TOTAL	66.05	80.49	32.11

Fuente: OPS (1991).

Cuadro 15

COBERTURAS DE POBLACIÓN EN MÉXICO, 1988

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

Fuente: IMSS, IMSS-COPLAMAR e ISSSTE (1986), información proporcionada por las Instituciones PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Medicina Privada. Proyectada por método de mínimos cuadrados a partir de la serie histórica 1970-1985, SPP. y agenda estadística. SSA/DOPP/DP (1988), junio.

^{a/} Incluye Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de la Marina.