

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



113ª Reunión
Washington, D.C.
27 junio a 1 julio 1994

Tema 4.10 del programa provisional

CE113/18 (Esp.)

2 mayo 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

**SALUD, EQUIDAD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

El Director tiene el agrado de presentar, para su consideración por el Comité Ejecutivo, la propuesta preparada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre transformación productiva con equidad, y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el área de salud en el desarrollo.

Con el propósito de contribuir simultáneamente a la equidad y al aumento de la productividad, este documento plantea un enfoque multisectorial en el mejoramiento de las condiciones y de las prestaciones de salud a la población. Al mismo tiempo promueve la necesidad de innovar en la organización y la modalidad de desarrollo de los sistemas de salud. Propone ampliar la cobertura incorporando a quienes hasta ahora han estado excluidos y reformar los sistemas de salud y su financiamiento, aumentando la eficacia en la asignación de los recursos y la eficiencia microeconómica en el uso de los mismos. Sugiere, finalmente, políticas tendientes a que la salud constituya una muestra eficaz de que es posible avanzar en plazos breves en el cumplimiento del compromiso nacional con la equidad.

Una versión resumida del documento anexo fue presentada a la 22ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1994. La versión preliminar completa del documento se presentó en el XXV Período de Sesiones de CEPAL en Cartagena, Colombia, del 20 al 27 de abril de 1994. En la 113ª Reunión del Comité Ejecutivo este documento recibirá contribuciones y comentarios, que junto a los aportes de las dos reuniones referidas, servirán para formular la propuesta final que se presentará a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana a celebrarse en Washington, D.C., en septiembre de 1994.

Anexo

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)



Organización Panamericana de la Salud (OPS)



**SALUD, EQUIDAD Y TRANSFORMACION
PRODUCTIVA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

ABRIL, 1994

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
Capítulo I: LOS HORIZONTES DE LA PROPUESTA: SALUD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD	3
Capítulo II: LAS CONDICIONES DE SALUD EN LA REGION	13
A. LA SALUD EN AMERICA LATINA, EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO	13
B. EQUIDAD Y SALUD	15
1. Esperanza de vida al nacer	16
2. Mortalidad infantil	17
3. Cambio del perfil epidemiológico	19
4. Barreras que limitan el acceso a la atención de la salud	21
C. PERFILES DE LA DEMANDA DE SALUD	23
Capítulo III: MACRODETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SITUACION DE SALUD	29
1. Macrodeterminantes y condicionantes	29
2. Magnitud, crecimiento y estructura de la población	30
3. Fecundidad	31
4. Urbanización y migración	32
5. Pobreza	32
6. Empleo y desocupación	33
7. Alimentación	33
8. Medio ambiente	34
9. Educación	35
Capítulo IV: LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD	37
A. COMBINACION PUBLICO-PRIVADA EN LOS SISTEMAS DE SALUD	37
B. NUEVOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO Y DE ATENCIÓN DE LA SALUD	39

	<u>Página</u>
C. PROVISION DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD	49
1. El mercado de servicios médicos	49
2. El mercado de servicios hospitalarios	50
3. El mercado de medicamentos y materias primas farmacéuticas	50
 Capítulo V: LA PROPUESTA SOBRE SALUD EN LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD	 53
A. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE ACCION	54
B. COMPONENTES DE LA PROPUESTA	57
1. Intersectorialidad y promoción de la salud	57
2. La canasta básica	63
3. La focalización	65
4. La reforma sectorial en el ámbito de la salud	68
5. Inversión	95
C. VIABILIDAD POLITICA Y ECONOMICA DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD	 96

INTRODUCCION

Este documento replantea el tema de la salud en América Latina y el Caribe, destacando el círculo virtuoso que existe entre salud y desarrollo económico, y tiene como marco de referencia la propuesta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre transformación productiva con equidad y las políticas formuladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el área de salud en el desarrollo. Se presenta a fin de recibir contribuciones y comentarios que servirán para formular la propuesta que se presentará a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana a celebrarse en Washington, D.C., en septiembre de 1994.

El eje central de la propuesta de la CEPAL es la elevación de la productividad tanto para adquirir competitividad internacional como para contribuir a una mayor equidad social. Esto exige, entre otros elementos, el desarrollo de la infraestructura tecnológica y física, de la capacidad de organización y de los recursos humanos. En el marco de este enfoque sistémico, los sectores sociales —y en particular el sector salud— adquieren una importancia que aún no se ha valorado adecuadamente como factor de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano. Asimismo, en su calidad de oferente de una extensa gama de bienes y servicios, el sector salud constituye una fuente importante de dinamización de la economía en su conjunto.

Desde la perspectiva de la OPS, es urgente enfatizar el relevante papel que juega la salud en el logro de un desarrollo humano sostenido, dado que permite mejorar la calidad del capital humano y fomenta el bienestar social, condiciones esenciales para materializar plenamente el potencial creativo y productivo de la población.¹

Con el propósito de contribuir simultáneamente a la equidad y al aumento de la productividad, este documento propone un enfoque multisectorial para el mejoramiento de las condiciones y de los servicios de salud. Asimismo, plantea la necesidad de innovar en la organización y la modalidad de desarrollo de los sistemas de salud, lo que exige atender tanto las inequidades de acceso que se arrastran del pasado como las modificaciones previsibles de los perfiles epidemiológicos, de la organización de los servicios y del costo de las intervenciones. Además, se propone ampliar la cobertura mediante la incorporación de quienes hasta ahora han estado excluidos y reformar los sistemas de salud y su financiamiento, para lo cual habría que realzar la eficacia de la asignación de los recursos y la eficiencia microeconómica de su utilización. Por último, se proponen políticas tendientes a que la salud ofrezca un ejemplo de que es posible avanzar en plazos breves en el logro de la equidad, de acuerdo con el compromiso asumido por los países.

¹ OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, 1991-1994", Washington, D.C., 1991.

Capítulo I

LOS HORIZONTES DE LA PROPUESTA: SALUD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

Tras una etapa caracterizada por la caída de las tasas de ahorro e inversión, la contracción del empleo y de la producción y una elevada inflación, muchos países de América Latina y el Caribe han venido perfeccionando notablemente la gestión macroeconómica y el desempeño fiscal, y han avanzado en la formación de capital y en la modernización y reestructuración del aparato productivo, lo que los ha llevado a ocupar una posición competitiva en el mercado internacional. Asimismo, les ha permitido recuperar, aunque aún modestamente en muchos casos, el ritmo de crecimiento económico (cuadro I-1). Estas señales sugieren que la región se encamina hacia una recuperación que debiera consolidarse en el mediano plazo.

En materia de superación de la pobreza, el panorama sigue siendo poco alentador, aunque en los años noventa también hay indicios de mejoras en este plano, por lo menos en los países que han logrado mayores éxitos en el proceso de recuperación económica.² Sin embargo, cabe destacar que la crisis de la década pasada no logró invertir las tendencias positivas de largo plazo que se reflejaban en importantes indicadores sociales. Esto queda en evidencia, por ejemplo, en la cobertura del sistema educativo (aunque su calidad sigue siendo un motivo de preocupación); el acceso al agua potable y al alcantarillado; el descenso de las tasas de mortalidad infantil, y el avance de otros indicadores relacionados con la salud. La tarea que se plantea a futuro, entonces, es el fortalecimiento y la profundización de esa dinámica expansiva del desarrollo social y el mejoramiento de la salud de la población.

Hoy en día existe una mayor conciencia de la necesidad de tomar medidas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad. La generación de empleo y la superación de la pobreza son objetivos prioritarios de las estrategias de desarrollo en boga, y son objeto de un consenso creciente entre los agentes del desarrollo. Esto se debe no sólo a razones éticas, sino también a que facilitan la gobernabilidad de los países, que se erosiona cuando amplios sectores de la población no logran satisfacer mínimamente sus necesidades. Además, el logro de estos objetivos es esencial para elevar la productividad y, a su vez, ésta es indispensable para adquirir una auténtica competitividad en la cambiante economía internacional. La productividad depende en gran medida de la calidad del capital humano disponible, que agrega valor intelectual y progreso técnico a los recursos naturales disponibles.

² Hay cierta asimetría en la evolución de la pobreza en las distintas fases de los ciclos económicos, puesto que ésta aumenta en forma marcada en períodos de recesión y se reduce levemente o se estabiliza cuando se recupera la actividad productiva.

Cuadro I-1

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DEL PRODUCTO BRUTO INTERNO
POR HABITANTE a/

	Tasa anual de variación							Variación acumulada	
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993b/	1981-1990	1991-1993b/
América Latina y el Caribe <u>c/</u>	1.2	-1.2	-1.0	-1.6	1.8	1.1	1.3	-8.9	4.3
Exportadores de petróleo	0.5	-0.2	-2.0	1.9	2.4	1.2	-0.8	-8.3	2.8
Bolivia	0.1	0.5	0.7	2.1	2.1	0.4	0.8	-21.2	3.2
Colombia	3.7	2.3	1.7	2.2	0.2	1.8	2.8	17.9	4.8
Ecuador	-7.0	6.2	-2.2	-0.4	2.4	1.0	-0.5	-6.6	2.9
México	-0.4	-1.0	1.1	2.2	1.4	0.5	-1.3	-6.4	0.7
Perú	5.8	-10.3	-13.3	-7.5	0.0	-4.7	4.4	-28.9	-0.5
Trinidad y Tabago	-5.9	-4.5	-1.8	1.0	0.6	-1.7	-2.0	-29.6	-3.2
Venezuela	1.3	3.4	-9.9	4.4	7.8	4.6	-3.1	-19.0	9.3
No exp. de petróleo <u>c/</u>	1.6	-1.9	-0.4	-4.1	1.4	1.0	3.0	-9.4	5.4
Sudamérica	1.7	-1.8	-0.4	-4.3	1.6	1.0	3.4	-9.0	6.2
Argentina	1.3	-3.3	-7.4	-1.3	7.6	7.4	4.8	-20.2	21.0
Brasil	1.6	-2.0	1.4	-6.1	-0.8	-2.5	2.9	-5.2	-0.5
Chile	3.9	5.7	8.0	0.3	4.1	8.5	4.4	12.2	17.9
Guyana	1.1	-2.3	-4.6	-3.1	4.8	6.8	3.0	-27.8	15.2
Paraguay	1.4	3.6	2.9	0.2	-0.5	-1.0	1.0	0.5	-0.6
Suriname	-8.0	6.1	2.2	-3.6	-4.3	-6.8	...	-13.8	-10.8
Uruguay	7.1	-0.9	0.8	0.3	2.3	6.8	1.4	-2.8	10.7
Centroamérica y el Caribe <u>c/</u>	2.1	-2.4	1.1	-1.0	-0.5	2.0	-1.9	-9.5	-0.6
Bahamas	2.7	0.5	0.2	3.0	-4.9	-0.7	0.9	8.1	-4.7
Barbados	2.3	3.1	3.3	-3.8	-4.6	-4.3	...	5.0	-8.7
Belice	9.2	3.3	9.5	7.6	1.0	5.4	1.4	19.6	7.9
Cuba <u>d/</u>	-4.8	1.1	-0.3	-4.1	...
Haití	-2.6	-1.1	-1.0	-2.2	-1.4	-12.3	-12.6	-20.6	-24.4
Jamaica	5.5	1.3	6.5	4.4	-0.8	0.5	1.0	8.1	0.6
Panamá	0.2	-17.6	-2.2	3.0	7.0	6.0	3.5	-13.6	17.4
República Dominicana	6.3	-1.4	2.2	-6.9	-3.0	4.6	-0.1	-2.9	1.4

Cuadro I-1 (concl.)

	Tasa anual de variación							Variación acumulada	
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993a/	1981-1990	1991-1993b/
Mercado Común Centroamericano	0.7	-0.9	0.6	-0.4	-0.2	2.0	1.2	-15.0	3.1
Costa Rica	1.6	0.4	2.6	0.7	-0.4	4.2	3.5	-5.8	7.4
El Salvador	1.0	-0.3	-0.8	1.4	1.2	2.5	2.7	-13.5	6.5
Guatemala	0.7	1.0	0.8	0.0	0.6	1.8	1.0	-18.2	3.4
Honduras	1.7	1.7	1.6	-3.4	-1.0	2.6	0.7	-8.2	2.3
Nicaragua	-3.0	-15.6	-4.3	-3.2	-3.9	-3.0	-4.6	-34.5	-11.0
Países de la OECD e/	5.4	8.0	4.2	3.8	1.9	2.6	...	59.2	...
Antigua y Barbuda	8.1	7.1	4.5	2.1	0.7	0.7	...	68.0	...
Dominica	7.1	8.1	-0.9	6.9	2.4	2.9	2.6	61.2	8.1
Granada	5.8	5.6	5.5	5.0	2.7	0.4	...	55.1	...
Santa Lucía	0.7	10.5	3.2	2.5	0.3	5.2	...	37.5	...
San Vicente y las Granadinas	4.8	7.5	6.2	6.1	3.6	3.7	...	70.2	...
Saint Kitts y Nevis	7.9	10.3	7.7	3.0	3.7	3.6	...	83.6	...
América Latina y el Caribe (con la excepción de Cuba y Brasil)	0.9	-0.8	-2.3	0.8	3.1	2.8	0.6	-10.7	6.7

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales transformadas en dólares a precios constantes de 1980.

a/ Porcentajes sobre cifras valoradas a precios de 1980.

b/ Estimaciones preliminares sujetas a revisión. Las cifras correspondientes a 1993 se redondearon en cero o cinco.

c/ Con excepción de Cuba.

d/ Producto social global.

e/ OECD = Organización de Estados del Caribe Oriental.

El crecimiento basado en la explotación no sustentable de los recursos naturales y el mantenimiento de condiciones de trabajo y niveles de remuneración poco aceptables ya no se justifica ni es viable a largo plazo. El objetivo del desarrollo es elevar el bienestar del conjunto de la población pero, en el mediano y largo plazo, las sociedades no pueden aspirar a aumentos del bienestar que no concuerden con la elevación de la productividad.

Los métodos que permiten avanzar en forma simultánea en la consecución de objetivos de crecimiento y de equidad han sido ampliamente analizados por la Secretaría de la CEPAL.³ Se sostiene

³ CEPAL, Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa (LC/G.1601-P), Santiago de Chile, marzo de 1990. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.90.II.G.6; Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago de Chile, abril de 1992. Publicación de las Naciones Unidas,

que la experiencia histórica no avala la tesis según la cual el crecimiento económico conduce obligatoriamente a una mayor equidad; tampoco demuestra que la mera redistribución de la riqueza existente asegure un mayor crecimiento económico. Sin embargo, hay numerosos países en otras regiones en desarrollo, y en especial en Asia oriental, que han logrado altas tasas de crecimiento con mayor equidad. En esos casos, se centró la atención en las complementariedades de las políticas orientadas al crecimiento con las políticas que persiguen mejorar la equidad, en lugar de hacerlo en las contraposiciones (trade-offs) que éstas pueden entrañar.

Por otra parte, se sostiene que la consecución de los objetivos de crecimiento y de equidad debe ser objeto tanto de la política económica como de la política social, ya que ni la una ni la otra son neutrales desde el punto de vista distributivo. Dicho de otra manera, en el enfoque integrado propuesto por la CEPAL se privilegian las políticas económicas que favorecen no sólo el crecimiento, sino también la equidad, y se destacan las políticas sociales tanto por su efecto sobre la equidad como sobre la eficiencia productiva. Para ilustrar el punto, se hace referencia, entre otros aspectos, a la inversión en recursos humanos y particularmente en educación y conocimiento,⁴ como elementos que contribuyen al crecimiento, a través del incremento de la productividad, y al mayor bienestar de los destinatarios de dicha inversión.

El mismo argumento es aplicable a los gastos en salud. La inversión en recursos humanos tiene una estrecha relación con la salud. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre salud, transformación productiva y equidad. El perfeccionamiento de las condiciones de salud de la población —en especial la de quienes tienen mayores necesidades— y la superación de las inequidades más importantes en ese campo son metas que es factible alcanzar en plazos breves, y deben formar parte del esfuerzo sistémico por aumentar la productividad y la competitividad de la economía. Una población más sana resulta, en definitiva, más creativa y productiva al reducirse los días perdidos en los ámbitos del trabajo, la educación y las más diversas actividades sociales por enfermedad o mortalidad precoz.

En el enfoque integrado también se otorga primordial importancia a la concertación (proceso en el que se debe reconocer la existencia de intereses contrapuestos en toda sociedad), y la necesidad de propiciar la negociación, los compromisos y los consensos fundados en la convicción de los actores sociales de que una mayor equidad y la consiguiente superación de la pobreza benefician no sólo a los más postergados, sino a toda la sociedad. Lo anterior debe permitir que los conflictos se mantengan dentro de los límites que el sistema democrático pueda manejar. Para lograrlo se tienen que prever instancias que permitan a los sectores más rezagados hacer presentes sus demandas a los sistemas establecidos; idealmente, cabría procurar que las negociaciones se dieran a nivel local, lo que facilitaría la superación de los conflictos en el momento y lugar en que se produzcan y evitar la acumulación de discrepancias en los sistemas macrosociales. Hay que procurar que las personas, los grupos y las comunidades accedan al progreso social mediante su propio esfuerzo y participen concertadamente en la búsqueda de soluciones.

Nº de venta: S.92.II.G.5; CEPAL/Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe, Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad (LC/G.1702/Rev.2-P), Santiago de Chile, abril de 1992. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.92.II.G.6.

⁴ Véase CEPAL/OREALC, Educación y conocimiento: eje ..., *op. cit.*

Lo anterior implica también redefinir el papel del Estado, que debe abandonar sus pretensiones de omnipresencia, para concentrarse en algunas funciones claves y desempeñarlas con mayor eficacia y eficiencia, en especial aquellas que inciden en la equidad. A la vez, hay que superar el conflicto entre Estado y mercado. La creación de mercados transparentes, competitivos y de fácil acceso puede contribuir a la equidad. Por otra parte, la creación de mercados, en aquellos casos en que no existan o sean ineficientes, puede ser un aspecto innovador de las políticas sociales e importante en el ámbito de la salud.

Es posible superar las inequidades⁵ con respecto a los riesgos, las condiciones sanitarias y el acceso a los servicios de salud con un costo menor y en plazos más breves que los necesarios para la redistribución del ingreso y la creación de oportunidades de empleo. Es probable que aun los países de menor desarrollo de la región estuvieran en condiciones de desarrollar los recursos humanos y la capacidad institucional necesaria para enfrentar este desafío, si contaran con la voluntad política necesaria.

El sector salud también contribuye al desarrollo económico mediante la producción de bienes y servicios muy complejos, el desarrollo de conocimientos científico-tecnológicos y la generación de empleos para personal altamente calificado, tanto en las instituciones de salud como en otras áreas con las cuales se articula por sus encadenamientos "hacia adelante" y "hacia atrás" dentro del sistema productivo. Mediante la demanda por insumos farmacéuticos y generales, equipos e indumentaria, y servicios de informática, hotelería, alimentación, construcción y transporte, el sector salud moviliza a múltiples campos de la economía, muchos de los cuales también hacen un uso intensivo de recursos humanos calificados y dan origen a un gran caudal de conocimientos tecnológicos. Se conforma, así, una red intersectorial compleja que incorpora numerosas innovaciones y tecnologías y que, a su vez, ejerce efectos multiplicadores sobre la economía. Además, y por tratarse de un sector que involucra una extensa gama de bienes y servicios con un alto costo salarial, existe la opción de un desarrollo acelerado que debe aprovecharse en aras de una mayor equidad en materia de salud. Cabe recordar que, por lo general, la creciente complejidad tecnológica no reduce la razón de uso de mano de obra, como sucede en otros sectores, sino que más bien la incrementa en términos de cantidad y sobre todo de calificación. Es por ello que el mercado de trabajo del sector de la salud tiende a expandirse y en algunos países de América Latina y el Caribe alcanza índices cercanos al 5% de la población económicamente activa.

La contribución del mercado de trabajo del sector de la salud a la equidad trasciende la producción de servicios. Por sus características, el sector genera empleo para personas provenientes de diferentes segmentos de la sociedad y de todos los niveles de capacitación profesional, y da empleo a un gran número de mujeres. En el caso de los servicios de enfermería, la proporción de mujeres supera el 90% y se ha dado una marcada tendencia a la feminización de la profesión médica; en varios países de la región las mujeres representan más del 50% de la matrícula universitaria.

Las intervenciones eficaces en el campo de los recursos humanos del sector salud pueden constituir una estrategia privilegiada en el marco de la transformación productiva con equidad si se considera que se trata de una fuerza de trabajo que, por motivos culturales e ideológicos, puede contribuir al logro de los objetivos de equidad, en la medida en que la inequidad en salud se manifiesta en enfermedades, casos de invalidez y muertes evitables; que se trata del principal factor de cambio en un sector que representa

⁵ Por "inequidad" en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas. (Véase M. Whitehead, The Concepts and Principles of Equity and Health, Copenhague, Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa, 1990.)

alrededor del 5.0% del PIB de los países de la región, y que es un sector dinamizador del desarrollo científico-tecnológico, debido a la importante participación de profesionales de las instituciones de salud, de las universidades y de otras entidades en actividades de investigación.

Por último, la salud se ve beneficiada por los avances en materia de equidad y de competitividad que se producen en el resto del sistema económico, lo que completa el círculo virtuoso. Una población más capacitada y productiva puede participar más activamente en la modificación de las condiciones sanitarias y los hábitos, con el fin de crear una cultura de la salud.

La superación de las inequidades de salud contribuye, además, a la integración social del grupo beneficiado y, al menos a mediano plazo, de la sociedad en su conjunto, en la medida en que se reducen las brechas entre los distintos grupos en lo que se refiere a la duración de la vida, al desarrollo del potencial físico e intelectual durante los primeros años de vida —decisivos para el aprendizaje y la productividad durante el resto del ciclo vital—, al riesgo de contraer enfermedades, y a la posibilidad de llevar una vida sana.

El vínculo entre el desarrollo sanitario y la transformación productiva con equidad también se da en el plano de la competitividad internacional. La política de salud complementa, entre otras, las de educación, capacitación e infraestructura en aras de un incremento de la competitividad sistémica derivada de la introducción del progreso técnico en el proceso productivo. En la competitividad internacional entre empresas, las condiciones de salud psicofísicas de los trabajadores pueden constituir una ventaja significativa, pues contribuyen al mayor rendimiento por trabajador y al menor ausentismo. Más aún, el contar con trabajadores con un nivel de salud comparable al de los países pujantes en el comercio mundial y el logro de dicho nivel de salud a un costo igual o inferior a los de la competencia constituyen una ventaja comparativa. Dada la evolución previsible de los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos de los países de la región, éstos pueden lograr esta ventaja comparativa con la capacidad institucional, técnica y financiera de que disponen en el área de la salud.

No es fácil lograr esta interacción virtuosa entre salud y transformación productiva con equidad. Hay notables diferencias entre los perfiles epidemiológicos de los grupos pobres y no pobres, de la población urbana y rural y de los integrantes de diversos grupos étnicos; también existen barreras, de diferente tipo, que dificultan el acceso a una canasta básica de bienes y servicios y a los elementos determinantes de una buena salud. Se requieren, ante todo, esfuerzos intersectoriales. Una buena salud depende, en gran medida, de las acciones que se lleven a cabo en todos los sectores productivos y del diseño y la implementación de políticas públicas relativas al saneamiento básico, la nutrición, la educación y la participación de las personas y comunidades beneficiarias. Esto exige un sector público activo y coherente y una política pública de salud con gran capacidad de coordinación intrasectorial e intersectorial.

A su vez, la transformación productiva con equidad (TPE) exige una política de salud en la que se tomen en consideración los escenarios de ajuste y recuperación, y que ofrezca flexibilidad para operar por vía de la descentralización del gasto, su focalización, la diversificación de las fuentes y los mecanismos de financiamiento, y el perfeccionamiento de la gestión. Asimismo, debe haber un equilibrio dinámico entre provisión y financiamiento público y privado de servicios de salud, que garantice la eficiencia microeconómica, la calidad de las prestaciones y la equidad distributiva. A partir de lo anterior se espera mejorar la morbimortalidad de la población, la calidad de los recursos humanos, su inserción productiva y la capacidad de la sociedad para acceder competitivamente a los mercados mundiales. Esta es la "senda virtuosa" de la propuesta que se describe en este documento (véase el recuadro I-1).

Recuadro I-1

**CINCO RAZONES PARA INVERTIR EN SALUD EN EL MARCO
DE LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD**

1. La elevación del nivel de salud de la población influyen positivamente en la productividad y la formación de recursos humanos. La reducción de la morbilidad general, y de la morbilidad y desnutrición infantiles en particular, permite una reducción de los días perdidos de trabajo y capacitación, un mejor desempeño laboral y un notorio incremento del rendimiento escolar. Tanto las medidas de prevención y fomento como la prevención de riesgos y enfermedades laborales, y la recuperación rápida y efectiva contribuyen a estos fines. Por otra parte, la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida (y de vida sana), la adopción de hábitos sanos en el ambiente laboral y en el hogar y la reducción de riesgos sanitarios aumentan la capacidad del ser humano para desempeñarse en el ámbito educativo y laboral.
2. El sector salud se caracteriza por un uso intensivo de mano de obra, dado que en la mayoría de los casos por lo menos el 55% del gasto de dicho sector se destina a pago de remuneraciones, lo que contribuye directamente al crecimiento y también tiene un efecto indirecto, a consecuencia de la notable absorción de mano de obra en tareas tales como formación, capacitación y entrenamiento del personal; producción y suministro de insumos generales; mantenimiento de instalaciones y de equipos, y otras.
3. Asimismo, el sector tiene un alto potencial de crecimiento y es un factor de dinamización de la economía en su conjunto. Por una parte, a medida que los países crecen va aumentando la participación del sector salud en el PIB. Asimismo, hay un mayor porcentaje de personas de más edad, el costo de la atención de salud aumenta debido a la mayor frecuencia de enfermedades degenerativas y se da un desarrollo acelerado de técnicas sanitarias de alto costo. Por otra parte, dado que hay una mayor interrelación entre el sector de la salud y la economía nacional que con el comercio exterior, es fundamental fomentar su competitividad para evitar aumentos de precios que no reflejen incrementos cuantitativos y cualitativos de los bienes y servicios.
4. El cumplimiento de las exigencias derivadas de las normas sanitarias favorece la competitividad internacional y permite combinar progresivamente la competitividad con la calidad de los bienes y servicios del sector salud.
5. La salud es una de las esferas en las que se concentra la actividad de los gobiernos orientada a crear condiciones de mayor equidad. La extensión del acceso a los servicios de salud puede influir en la distribución del ingreso y elevar el nivel de vida de los pobres a un costo inferior al que suponen las políticas de vivienda y en un plazo más breve que la educación. Además, la mayor equidad en materia de salud es percibida claramente por los beneficiarios como un acceso más justo a mejores condiciones de vida.

Fuente: Elaborado por la CEPAL, División de Desarrollo Social.

Es imprescindible mejorar el desempeño de los sistemas de salud, mediante el incremento de su eficiencia microeconómica y la eficacia de las prestaciones. Esto supone cambios institucionales y la aceptación de un modelo pluralista de prestación de servicios de salud, en el que cooperen los ministerios de salud, los gobiernos subnacionales y municipales, la seguridad social, las empresas, los organismos no gubernamentales, las organizaciones de cooperación internacional y los hogares, a fin de desarrollar un sistema integrado de atención de la población. También será necesario modificar las fuentes de

financiamiento y lograr un uso más racional de los recursos, pero hay que tener en cuenta que el sector salud tiene características debido a las cuales el libre funcionamiento del mercado no asegura la eficiencia y la equidad. En el sector existen externalidades, la información al consumidor es imperfecta y se utilizan bienes públicos de diversa índole; además, con frecuencia, existe un "tercer pagador", de modo que el consumidor no es quien decide qué servicio va a recibir, quien decide no es quien consume, y quien paga no decide y no se beneficia directamente del consumo. Todo conduce a que en este campo sólo puedan obtenerse soluciones "subóptimas" en materia de eficiencia microeconómica, eficacia de las prestaciones y equidad social.

El análisis de las experiencias regionales y extrarregionales sugiere que, además, se debe realizar un esfuerzo regulatorio destinado a moderar los incrementos de costos, que tendrán creciente importancia en el proceso de reforma sectorial. La atención primaria de salud y los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad deberán ser parte de una red coherente de derivaciones e interconsultas.

Las variaciones de la estructura demográfica, la disminución de la mortalidad infantil y los procesos de urbanización e industrialización, entre otros factores están provocando cambios en los estilos de vida y en el ambiente, que representan nuevos riesgos para la salud. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y las consecuencias de la violencia, así como los problemas perinatales, ocupan los primeros lugares entre las causas de mortalidad en numerosos países. Por otra parte, las enfermedades crónicas degenerativas, los trastornos mentales y la adicción al alcohol, al tabaco y a las drogas provocan discapacidades y una morbilidad cada vez mayores. Además, han surgido nuevos problemas de amplia magnitud, como la epidemia mundial del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por lo tanto, es imprescindible concentrar las acciones programáticas del sector en intervenciones eficaces en función de los costos (costo-efectividad), que conduzcan a eliminar riesgos y a prevenir y controlar daños que constituyen problemas de salud pública.

Es necesario, asimismo, considerar los perfiles de los problemas prioritarios específicos de todos los grupos sociales y territoriales, y definir intervenciones intersectoriales que puedan modificar las condiciones de vida y el perfil de los problemas de salud de cada grupo. Las desigualdades e inequidades en las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población se traducen en la persistencia de brechas reducibles en la mortalidad infantil y de los menores de 15 años, así como en la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles cuya frecuencia se ha limitado considerablemente en otros sectores de la población del mismo país. La combinación adecuada de intervenciones específicas destinadas a los individuos y de intervenciones integrales que influyen en las comunidades y sus condiciones de vida reforzará la eficacia y la eficiencia de las acciones de salud pública.

La reforma del sector de la salud es una tarea pendiente o que recién se ha iniciado. A las demandas insatisfechas acumuladas a lo largo de los años se suman otras muy variadas que se derivan de la heterogénea transformación de los perfiles epidemiológicos. Hay problemas de insuficiencia y deterioro de la capacidad instalada de los servicios, y de imperfecta organización y operación sectorial, que se arrastran del pasado y que probablemente se agravaron debido al deterioro de las economías en los años ochenta. Dichos problemas modifican tanto los objetivos que los sistemas de salud deben perseguir como los modelos organizativos que se adopten para lograrlos.

Las acciones que exige la reforma del sistema de salud y la introducción de una canasta básica se realizarán en un contexto de grandes cambios económicos y de reestructuración del aparato productivo, procesos en que los países de la región ya están embarcados. En algunos casos, la reforma del sector de la salud se llevará a cabo en medio de un proceso de ajuste estructural y de búsqueda de equilibrio en

las cuentas agregadas de la economía; en otros, el esfuerzo de saneamiento macroeconómico habrá dado paso a una nueva fase de crecimiento económico y se contará, por lo tanto, con mayores grados de libertad y mayores recursos para consolidar la reforma sectorial. El aumento de los recursos no basta; teniendo en cuenta el nuevo contexto en el que se desarrollará la actividad sanitaria en los próximos años, con nuevos problemas y nuevos actores, el uso adecuado de dichos recursos es fundamental. Por lo tanto, será indispensable desarrollar o reforzar la capacidad de vigilancia del impacto de las intervenciones en la situación de salud de los diferentes sectores de la población.

En los países que se enfrentan a graves desequilibrios macroeconómicos, la reforma sectorial tendrá lugar en un contexto en que el sector salud sigue teniendo, en el caso de varios países, efectos adversos con respecto a las cuentas fiscales y el equilibrio macroeconómico. La crisis de la seguridad social y su necesidad de fondos públicos son un claro ejemplo de esta situación. La salud aparece como un motivo de insatisfacción de la población y el funcionamiento de los servicios presenta problemas que impiden atenderla adecuadamente.

En el plano global de los macroequilibrios y de la competitividad sistémica, también se procura que el desfinanciamiento del sector salud deje de incidir negativamente en el equilibrio fiscal y contribuya al aumento sostenido de la productividad mediante la reducción del número de días perdidos por enfermedad e invalidez. Para ello no sólo es necesario captar más recursos sino también modificar cualitativamente el sistema. Los casos conocidos de recuperación económica demuestran que la mayor asignación de recursos públicos y privados al sector salud, sin una reforma de las bases de los sistemas actuales, acentúa la tendencia a su constante desfinanciamiento y al incremento descontrolado de los costos y la inequidad. Así es como el mal funcionamiento del sector termina por dificultar el funcionamiento de la economía.

El abanico de posibles respuestas varía de acuerdo con el país, la situación económica, el tipo de organización y los sistemas de servicios de atención a la salud. La elección de respuestas dependerá, entonces, de las opciones políticas que cada sociedad esté dispuesta a asumir. Pero, en todos los casos, el objetivo esencial es avanzar, con una perspectiva multisectorial, hacia el logro de una mayor equidad en materia de salud y en el acceso a los servicios, lo que exige una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y una mayor eficacia en las intervenciones; para lograr estos objetivos habría que garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes de la morbilidad y propiciar una toma de conciencia de la importancia de la salud. En todo caso, para impulsar la reforma es necesario que se logre un acuerdo mínimo entre los principales participantes en el sistema de salud.

La consolidación de la reforma deberá armonizarse con la dinámica de la transformación productiva con equidad. Si la población activa sigue aumentando en mayor proporción que el total y los ingresos por hogar se elevan por el efecto combinado del incremento del número de miembros ocupados y de sus remuneraciones, el perfil etario y ocupacional de la población permitiría alcanzar altos niveles de contribución financiera de los beneficiarios. A su vez, esto permitiría reducir la participación del Estado en la provisión de subsidios a la atención de la salud y canalizar esos recursos a la universalización de la seguridad social en salud (atención de salud más pagos de licencia por enfermedad y maternidad). El aporte estatal —en todas las fases o en parte de ellas— será necesario para alcanzar la cobertura universal, en un marco de creciente autonomía financiera de los sistemas, en cuya cobertura de prestaciones se contemplaría la provisión de una canasta básica de atenciones de salud. Las normas estatales que favorezcan la equidad, la moderación del incremento de costos y el avance científico y tecnológico en el área de la salud tendrán un carácter específico y complementarán el aporte de los agentes y los beneficiarios.

Los acuerdos de integración regional deben contribuir, en el campo de la salud, a la competitividad auténtica, basada en la incorporación del progreso técnico. Por lo tanto, el desarrollo de los subsectores de salud laboral y ambiental es clave para evitar la competitividad espuria, pues permite regular con criterios sanitarios las áreas productivas en las que las condiciones de trabajo son nocivas para el trabajador y que provocan daño al medio ambiente. La integración regional debería ofrecer posibilidades de incorporar los estándares y normas internacionales, sobre todo en materia de seguridad social en salud, salud ocupacional y salud ambiental urbana.

Las actividades realizadas en la región durante la mayor parte del siglo XX en el campo de la salud elevaron la esperanza de vida de la población; la tarea pendiente es ofrecerle más años de vida sana, autónoma y creativa. Hasta ahora se ha hecho frente a enfermedades estrechamente ligadas a la pobreza, y los perfiles epidemiológicos y la esperanza y la calidad de vida han sido, en gran medida, función de los niveles de ingresos. Sobre la base de los avances logrados y las posibilidades y exigencias de la economía y de la sociedad, es posible aspirar a perfiles epidemiológicos más homogéneos, independientes de los niveles de ingresos que varían de acuerdo al medio (residencial, laboral) y los hábitos de vida.

A medida que la población de la región vaya teniendo un mayor nivel de educación, esté más informada y más expuesta a los medios de comunicación de masas y tenga acceso a una tecnología sanitaria que permita ampliar la esfera del autocuidado de la salud, se podrán establecer sistemas de salud centrados en los individuos y la familia, y en los que además se otorgue gran importancia al saneamiento básico, la nutrición, la salud reproductiva, la salud infantil y la atención de las enfermedades transmisibles. El centro de gravedad está cambiando del grupo etario de 0 a 14 años al de 15 a 44 años, lo que modifica el perfil epidemiológico y acentúa la importancia del medio ambiente adecuado (residencial, laboral) y de las intervenciones relacionadas con la salud de los adultos.

Por consiguiente, la estrategia propuesta deberá orientarse al progresivo mejoramiento de la calidad, la productividad y la equidad en materia de salud. La transición de un escenario a otro dista de ser un proceso espontáneo o unívoco. Además, ésta es heterogénea debido al abanico de respuestas que cada país ofrece en sus actividades sanitarias a pobres y no pobres y a la población urbana y rural. Pese a ello, es posible avanzar hacia una mayor equidad en salud mediante acciones que permitan ir superando la ineficiencia de los sistemas y la crisis financiera que los aqueja.

En este marco, mediante la propuesta que se presenta en este documento se aspira a desarrollar nuevas formas de análisis del tema de la salud en América Latina y el Caribe, en estrecha vinculación con el proceso de transformación productiva con equidad. En primer lugar, se destaca la optimización del impacto de la transformación productiva para el mejoramiento de las condiciones de salud y el logro de una mayor equidad en el acceso a los bienes y servicios de salud; en segundo lugar, se procura determinar cómo se podría optimizar el aporte del propio sector salud a la formación de recursos humanos, a la productividad sistémica y a una distribución más justa de los logros del desarrollo. Se trata de una empresa de largo alcance, que no se agota en el presente documento, pero que encuentra aquí sus bases de orientación.

Capítulo II

LAS CONDICIONES DE SALUD EN LA REGION

A. LA SALUD EN AMERICA LATINA, EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO

Conviene comparar América Latina y el Caribe con el resto del mundo sobre la base de indicadores de mortalidad como la mortalidad infantil, la mortalidad general y la esperanza de vida al nacer (véase el cuadro II-1), y de los recursos destinados directamente a la atención de salud, como el gasto en salud per cápita, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, y el gasto público en salud como porcentaje del PIB.⁶ La mayoría de los países de la región pertenece a la categoría de ingreso medio-bajo y algunos de ellos a la de ingreso mediano, aunque con un notable endeudamiento; por lo tanto, es más adecuado efectuar las comparaciones por áreas geográficas.

La mortalidad infantil registrada en la región (44 por mil nacidos vivos) sigue siendo mucho más alta que la de los países de ingresos altos y los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (8 por 1 000 nacidos vivos en ambos casos). Sin embargo, es inferior al promedio mundial (53 por 1 000) y a la de otras áreas geográficas, con excepción de los países de Europa y de Asia central con un nivel de ingresos equivalente. En mortalidad general, la región ostenta la menor tasa promedio junto con los países del Asia oriental y del Pacífico con un nivel de ingresos equivalente (7 por 1 000 habitantes) lo que se debe en gran parte a la etapa de la transición demográfica en que se encuentra. La esperanza de vida al nacer en la región (68 años) presenta una situación similar a la de la mortalidad infantil, dado que es inferior a la de los países de ingreso alto y los miembros de la OCDE (77 años), pero supera la de las otras áreas geográficas e incluso el promedio mundial (66 años). Cabe destacar que los países de Asia oriental y del Pacífico y los de Europa y Asia central con un nivel de ingresos equivalente se encuentran en una situación similar.

En los países desarrollados se han logrado avances significativos en la reducción de las muertes evitables en la población de menos de 65 años, debido a lo cual se ha comenzado a otorgar mayor importancia al aumento de los años de vida sana de toda la población. Los países del sudeste asiático han logrado reducir tanto la mortalidad infantil como las muertes evitables entre los 5 y los 65 años, y ya pueden concentrarse en el incremento de los años de vida sana. En América Latina y el Caribe, la reducción de la mortalidad infantil y de las muertes evitables sigue siendo una tarea fundamental, salvo en los países con mejores indicadores socioeconómicos y de salud.

⁶ El período analizado se sitúa en torno al año 1990, aunque la mayoría de los datos corresponden al año 1991.

Cuadro II-1

COMPARACION ENTRE AMERICA LATINA Y EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO:
INDICADORES DE SALUD Y DESARROLLO

Grupos de países por nivel de ingresos	Tasa de mortalidad infantil ^a	Mortalidad general ^b	Esperanza de vida al nacer ^c	Producto per cápita ^d
Países de ingreso bajo y mediano	61	10	64	1 010
Países de ingreso bajo	71	10	62	350
Países de ingreso mediano	38	8	68	2 480
Países de ingreso mediano gravemente endeudados	48	8	67	2 350
Países de ingreso alto	8	9	77	21 050
Miembros de la OCDE	8	9	77	21 530
Países de ingresos medio-bajo				
Africa al sur del Sahara	104	16	51	350
Asia oriental y del Pacífico	42	7	68	650
Asia meridional	92	11	59	320
Europa y Asia central	26	10	70	2 670
América Latina y el Caribe	44	7	68	2 390
Oriente Medio y norte de Africa	60	8	64	1 940
Todo el mundo	53	9	66	4 010

Fuente: Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud, Washington, D.C., 1993.

^a Tasa de mortalidad infantil de 0 a 1 año por 1 000 nacidos vivos.

^b Mortalidad general por 1 000 habitantes.

^c Esperanza de vida al nacer, expresada en años.

^d Producto per capita, dólares de 1991.

En promedio, la región ha registrado avances significativos en relación con su nivel de ingresos y en comparación con las demás áreas geográficas. Sin embargo, estos indicadores promedio encubren diferencias notables entre los países de la región e importantes disparidades al interior de cada país que son indicativas de inequidad.

La comparación de los recursos económicos destinados al sector salud⁷ deja en evidencia diferencias notables: la región destina 121 dólares de los Estados Unidos per cápita a salud, mientras las antiguas economías socialistas de Europa le destinan 1 340 dólares y el promedio mundial es de 323.

En la últimas tres décadas, las condiciones de financiamiento de la atención de la salud han sido favorables en los países desarrollados, y lo son actualmente en los países industrializados del sudeste asiático en los cuales, salvo excepciones (entre otros, Francia y España), la población económicamente activa, es igual a la dependiente. En América Latina y el Caribe, de acuerdo a estimaciones conservadoras, actualmente, hay una persona activa por cada dos dependientes. La situación comenzó a evolucionar recién en la presente década y se prevé que en el año 2000 llegue al nivel ya alcanzado en España (1/1.5).

La participación del gasto en salud en el PIB de la región (5% según estimaciones)⁸ mucho menor que el promedio mundial (8% del PIB). Con respecto a éste, hay que tener presente que alrededor de 90% del gasto mundial en salud es efectuado por las economías de mercado consolidadas y los países europeos que pertenecían al bloque socialista.⁹ El esfuerzo desplegado por los gobiernos se refleja en el indicador del gasto público en salud como porcentaje del PIB, que en América Latina y el Caribe (incluido el del Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social) representa el 2.2%. Este porcentaje corresponde a menos de la mitad del promedio mundial (4.9% del PIB), pero es superior o semejante al de las otras regiones de similar nivel de ingresos.

Si bien la comparación no es del todo desfavorable, indica que América Latina y el Caribe deben aumentar su gasto global en salud, mejorar la eficiencia y reforzar el esfuerzo desplegado por los gobiernos, si se aspira a consolidar los avances ya logrados en materia de salud, reducir las disparidades entre países y al interior de ellos, y dar adecuada respuesta a las mayores necesidades de salud derivadas de la transición demográfica y los cambios en los perfiles epidemiológicos que ya son una realidad en muchos países de la región y lo serán en la totalidad de ellos en los próximos 25 años.

B. EQUIDAD Y SALUD

Las inequidades en las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población se traducen en brechas reducibles de mortalidad entre los países y entre los distintos grupos sociales de un mismo país. Las condiciones de salud no son homogéneas en América Latina y el Caribe. La probabilidad de enfermar y de morir prematuramente es más alta en determinados estratos socioeconómicos, como consecuencia de problemas de alimentación, condiciones ambientales insanas, actividades laborales riesgosas o contaminantes, el desempleo, la falta de educación adecuada para comprender las ventajas del cuidado de la propia salud y, además, las dificultades que existen para poder acceder a la atención de salud tanto preventiva como curativa.

⁷ Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo ..., op. cit., Washington, D.C., 1993, y OPS/OMS, Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1994, Washington, D.C., 1994.

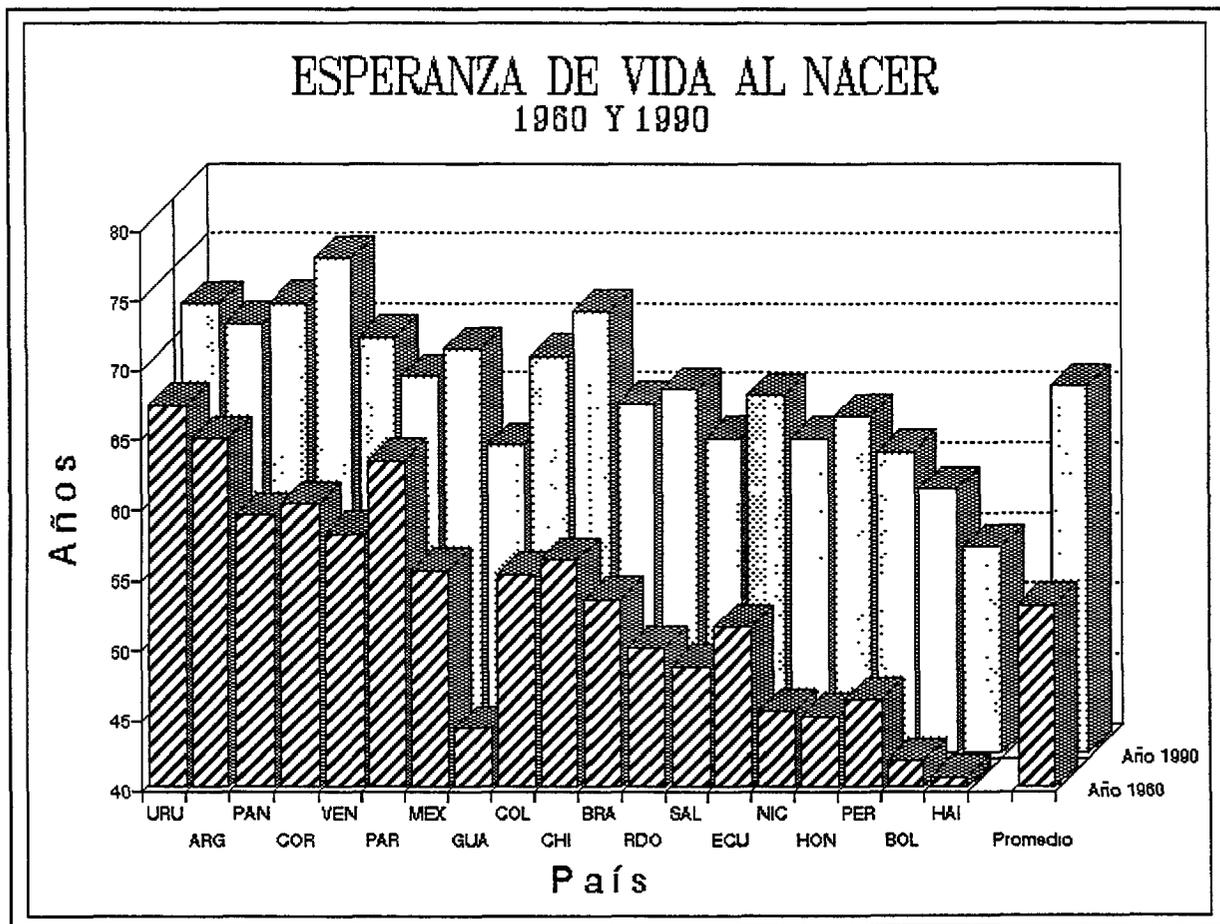
⁸ OPS/OMS, Las condiciones de salud..., op. cit.

⁹ Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo ..., op. cit., p. 53.

1. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer, indicador que tiene una relación inversa con la mortalidad, ha aumentado en la región; mientras en 1950-1955 era de 52 años, en 1985-1990 ascendía a 67. Se estima que un niño nacido a fines del siglo alcanzaría a cumplir 70 años, que es la meta establecida en la estrategia "Salud para todos en el año 2000" de la Organización Mundial de la Salud. El aumento de casi 15 años se debió, sobre todo, a la reducción de la mortalidad provocada por enfermedades infecciosas en la primera infancia, debido al descenso de la fecundidad y a la reducción de la mortalidad perinatal.

Gráfico II-1



Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), América Latina: proyecciones de población, 1950-2025, serie Boletín demográfico, año 26, N° 51 (LC/DEM/G.128), Santiago de Chile, enero de 1993.

Esa evolución no siguió la misma trayectoria ni tuvo el mismo punto de partida en todos los países. Como extremos de la realidad actual están, por un lado, Haití y Bolivia con menos de 60 años de esperanza de vida al nacer y Cuba y Costa Rica, con un promedio de vida algo superior a los 75 años. Pese a los avances mencionados, cabe recordar que en 15 de los 20 países latinoamericanos

y del Caribe el incremento quinquenal promedio de la esperanza de vida fue menor en el período 1970-1975/1985-1990 que en los 20 años anteriores. A pesar de su baja mortalidad, el incremento de la esperanza de vida en Canadá y Estados Unidos fue mayor en los últimos años, en tanto que algunos países del Asia oriental registraron aumentos que casi duplican los de América Latina en el mismo período. A nivel regional se observa una tendencia al aumento cada vez menor de la esperanza de vida, lo que se debe a la creciente dificultad para lograr mayores reducciones cuando se van controlando las enfermedades de más fácil prevención y tratamiento. Esto queda de manifiesto en el gráfico II-2 en el que se observa que los países con puntos de partida más bajos son los que han logrado mayores adelantos.

2. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil de la región bajó más del 50% entre 1950-1955 y 1985-1990, en contextos muy distintos, pero con elementos comunes como la utilización de sales de rehidratación oral, la mejora y ampliación de la cobertura del saneamiento básico y de la atención de la salud y la influencia positiva de la declinación de la fecundidad. Esto explica en parte que la crisis económica de los años ochenta no haya interrumpido el proceso de baja de la mortalidad infantil, aunque en cambio su ritmo sí disminuyó.

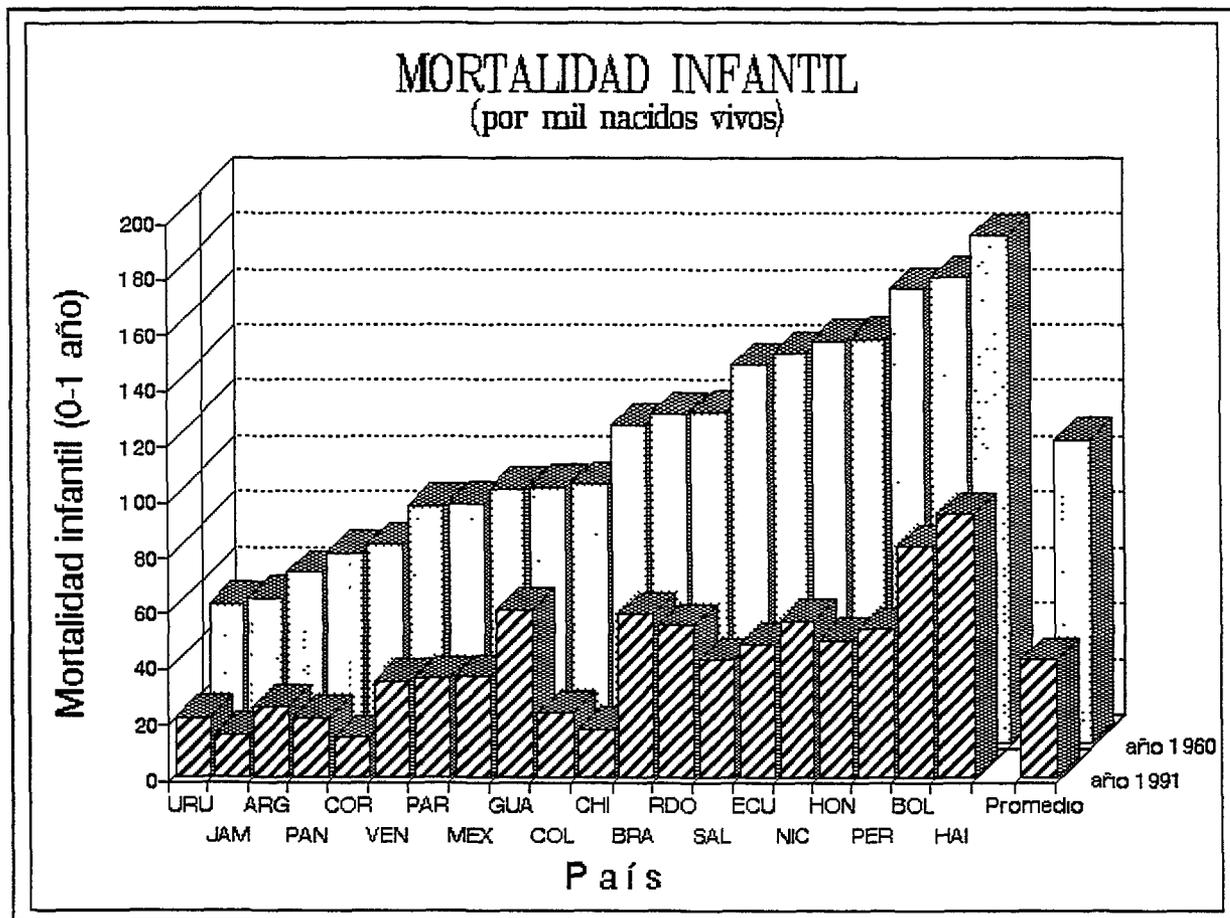
Las tasas estimadas más bajas de mortalidad infantil (TMI) de la región fueron de alrededor de 12 por mil nacidos vivos (NV) en 1990, en tanto que las más altas fueron superiores a 90, es decir casi ocho veces mayores. Si bien en líneas generales existe una correspondencia entre el nivel de ingreso de los países y su tasa estimada de mortalidad infantil, hay marcadas diferencias entre países con niveles de ingreso similares, algunos de los cuales presentan una relación más estrecha con el nivel de desarrollo social alcanzado y el grado de equidad. Así, por ejemplo, mientras algunos países como Chile y Costa Rica habían alcanzado alrededor de 1990 TMI estimadas inferiores a 20 por mil NV, en Venezuela, Colombia y México éstas eran superiores a 35 por mil y en Brasil superiores a 60 por mil NV.

En cambio, debido a su notable desarrollo social, países con ingresos menores que los anteriores como Cuba y Panamá habían alcanzado alrededor de 1990 TMI estimadas de 20 o menos por mil NV, mientras que la TMI de República Dominicana y Ecuador era superior a 60 y la de Perú superior a 80, lo que refleja el menor desarrollo social de estos países. Entre los países de menores ingresos de la región, Nicaragua y Honduras presentaban TMI estimadas inferiores a 70 por mil NV, mientras Bolivia y Haití, por su menor nivel de desarrollo social, tenían una TMI superior o cercana a 100. Llama la atención que, en países con similar nivel de ingresos, los indicadores de salud sean tan sensibles a los distintos niveles de desarrollo social. Dicho desarrollo se refleja, entre otras variables, en el acceso a los servicios de salud, al sistema educativo, a nutrientes y a saneamiento básico y en el grado de concentración de los ingresos.

Asimismo, se observan profundas inequidades entre los distintos grupos sociales de un mismo país. En Perú la tasa de mortalidad infantil en Lima es de 50 por mil NV, mientras que en algunas poblaciones rurales puede ser de hasta 150 por mil NV. En Venezuela los municipios más pobres tienen una tasa de mortalidad infantil (35 por mil NV) tres veces superior a los que presentan un menor nivel de pobreza.¹⁰

¹⁰ OPS/OMS, Las condiciones de salud ..., op. cit.

Gráfico II-2



Fuente: Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial, 1982, Washington, D.C., 1982, e Informe sobre el desarrollo mundial, 1993, Washington, D.C., 1993.

El crecimiento económico es una condición necesaria, pero no suficiente, para lograr mejoras sustantivas en el campo de la salud. Dicho crecimiento debe traducirse en un incremento sustancial y sostenido del desarrollo social.¹¹

¹¹ Ibid.

3. Cambio del perfil epidemiológico

En los últimos años también se ha producido un cambio en las causas de mortalidad. Los cambios en el perfil epidemiológico están estrechamente vinculados a las modificaciones en la organización del sector de la salud, y las variaciones de las condiciones de vida de la población, la fecundidad, la estructura por edades y el proceso de urbanización.

En la medida en que se van reduciendo las muertes evitables, sobre todo de menores de 15 años de edad, va aumentando la importancia relativa de la mortalidad en grupos de edad más avanzada y por causas que es más difícil evitar, como las enfermedades crónicas y degenerativas.

Sin embargo, hay diferencias importantes entre los diversos países y grupos sociales, que responden al nivel de desarrollo y las condiciones sociales. En los países con mayor nivel de ingreso y mayor desarrollo social de América Latina y el Caribe, la mortalidad estimada de menores de 15 años representa menos del 10% de la mortalidad estimada total, mientras que más del 70% corresponde al grupo de 45 años o más. En cambio, en los países con menor desarrollo económico y social de la región, la mortalidad de menores de 15 años representa generalmente más del 50% del total y la de los mayores de 45 menos del 40%.

Las enfermedades cardiovasculares (primera causa de muerte) y el cáncer (segunda causa de muerte), propias de la edad adulta, y las relacionadas con accidentes y la violencia, cobran cada vez más importancia, aunque la incidencia de las primeras va en descenso en la región, con la excepción de Centroamérica. Dentro de esa categoría, la cardiopatía isquémica es la que provoca un mayor número de muertes seguida por los problemas cerebrovasculares. En las dos últimas décadas se ha producido un aumento considerable de mortalidad proporcional por cardiopatía isquémica y un descenso de la correspondiente a problemas cerebrovasculares.¹² En cuanto al cáncer, los de mayor incidencia entre los hombres son los broncopulmonares, el de próstata y el de estómago, mientras que en las mujeres predominan el de mama, cuello uterino y estómago.¹³ La alta incidencia y mortalidad por cáncer al cuello uterino en América Latina se ha atribuido a la frecuente exposición a riesgos y a la baja cobertura de las actividades de diagnóstico y tratamiento precoz.¹⁴ Asimismo, queda mucho por hacer para reducir la mortalidad materna, que en algunos países se mantiene en niveles alarmantes. La maternidad es una de las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad fértil, en países con alta fecundidad y atención sanitaria deficiente, en las que éstas no son atendidas por personal especializado durante el parto y el aborto tiene una incidencia elevada.

En el futuro las enfermedades degenerativas, cuyo tratamiento es más difícil y costoso, se contarán entre las principales causas de mortalidad, pero en este caso la situación regional también es variada. Hay países (Guatemala, por ejemplo) en que las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de mortalidad (47% del total), en tanto que las diarreas son la principal causa de muerte de

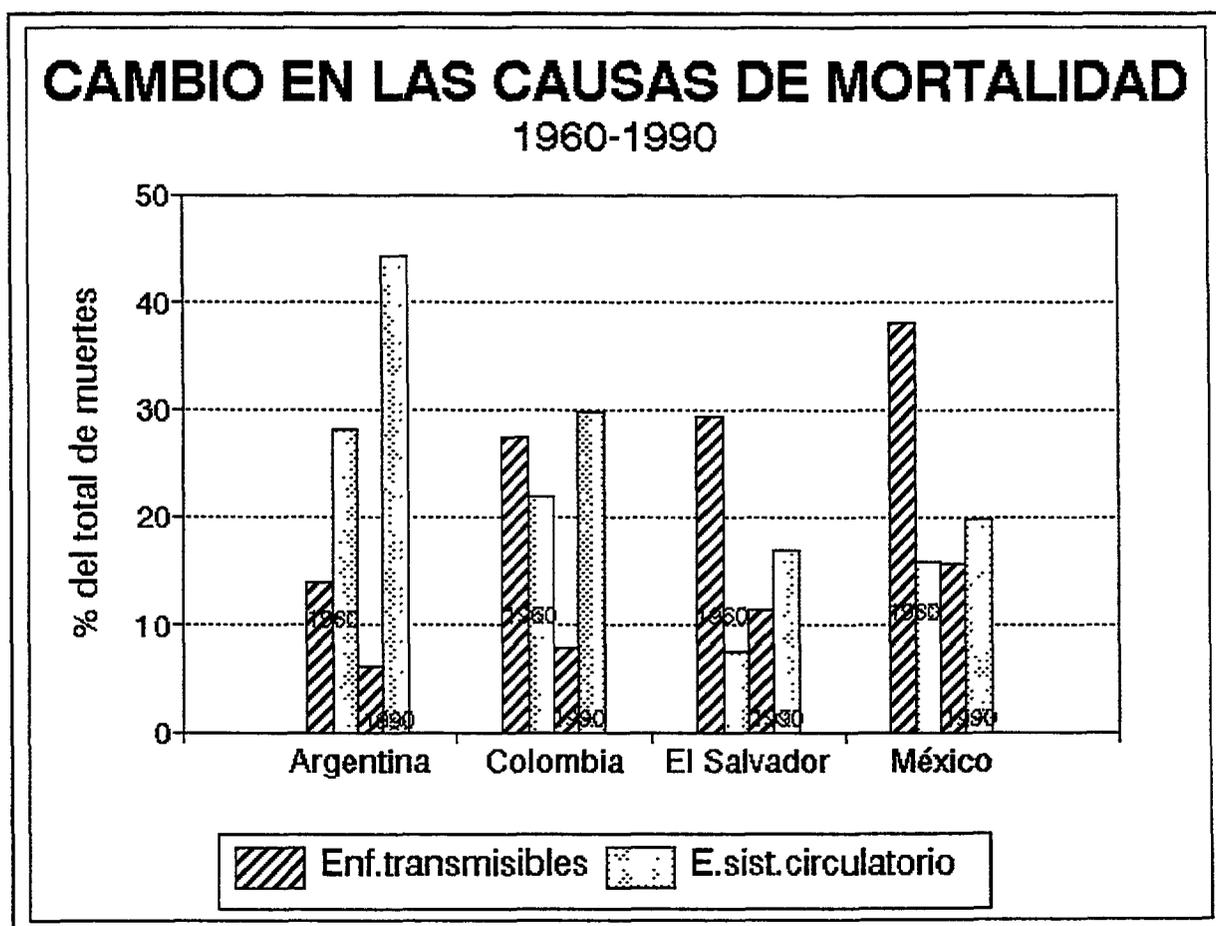
¹² Véase A. Contreras, Promoción de la salud y equidad en la transformación productiva, Washington, D.C., OPS, 1993.

¹³ D.M. Parkin y otros (comps.), "Cancer Incidence in Five Continents", vol. 6, serie IARC Scientific Publications, N° 120, Lyon, Organismo Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), 1992.

¹⁴ H. Restrepo y otros, "Epidemiología y control de cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 102, N° 6, 1987.

los niños de 1 a 4 años. Asimismo, si bien han disminuido los casos de muertes por infecciones respiratorias agudas en la infancia, principalmente influenza y neumonía, éstas siguen siendo importantes. Persisten, además, problemas endémicos como la malaria, la enfermedad de Chagas y la hepatitis vírica y otros como el dengue, el cólera y la tuberculosis, que han resurgido en la última década. A esto se suma la epidemia de SIDA, que exige invertir en su prevención, tanto por razones éticas como por los costos de su tratamiento en un contexto de limitaciones económicas. En otros países (Argentina, Uruguay, Cuba, Costa Rica) las enfermedades transmisibles sólo provocan entre 5% y 8% de las muertes. En cambio, los tumores y las enfermedades al aparato circulatorio son las causantes de un número de defunciones en los países con baja mortalidad precoz (en Uruguay, dos de cada tres personas mueren por estas causas).

Gráfico II-3



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Estadísticas de salud de las Américas. Mortalidad: tendencias desde 1960 hasta 1990 y últimos datos por causa, edad y sexo; morbilidad: series anuales de casos notificados de ciertas enfermedades transmisibles, serie Publicación científica, N° 562, Washington, D.C., 1992.

El tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas en América Latina. En conjunto provocan la mayor parte de las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles. La epidemia de tabaquismo es relativamente reciente en la región. Tras un rápido crecimiento del consumo per cápita en los años sesenta y setenta, se produjo un descenso en los años ochenta, principalmente entre los jóvenes y en los estratos de menores ingresos. La prevalencia del tabaquismo es de 37% en los hombres y 20% en las mujeres. Según estimaciones, en 1985 el tabaco fue el causante de la muerte de unas 100 000 personas en América Latina. Estos datos son más alentadores que los de otras regiones, pero dado que la epidemia de tabaquismo es tan reciente los efectos acumulados del uso del tabaco recién empezarán a reflejarse en los datos estadísticos de los próximos años. En lo relativo al alcohol, el rango de consumo varía considerablemente de un país a otro y es probable que las cifras disponibles no permitan efectuar comparaciones adecuadas y conduzcan a una subestimación del consumo real.

También cabe destacar la creciente proporción de muertes por violencia, que constituyen un grave problema de salud pública y son un factor de deterioro de la calidad de vida. Sus consecuencias para la salud y el bienestar de las colectividades, su equilibrio social y su estabilidad económica reviste proporciones alarmantes. La violencia afecta todos los estratos de la sociedad, pero ciertos grupos se encuentran en situación de alta vulnerabilidad. Por una parte, la violencia doméstica afecta mayoritariamente a las mujeres y los niños; por otra, la violencia en la calle afecta principalmente a jóvenes adultos del sexo masculino.

Los traumatismos intencionales y no intencionales son la tercera causa de mortalidad más importante. De ellos, los accidentes en vehículos motorizados representan la mitad de los casos. Los accidentes no intencionales constituyen, además, la primera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años, a lo que debe agregarse las lesiones y discapacidades derivadas de esos accidentes en los casos no fatales.¹⁵ La violencia constituye uno de los mayores desafíos de la región por su impacto negativo en la salud y en el desarrollo.

A pesar de los cambios mencionados en el perfil epidemiológico, existen importantes brechas de mortalidad reducibles en la mayoría de los países de la región.¹⁶ Alrededor de 1990, Chile y Costa Rica presentaban una mortalidad reducible de 19% y 10% respectivamente, un 26% de la cual correspondía a menores de cinco años. Por otra parte, en Bolivia la mortalidad reducible representaba el 71% del total de muertes estimada en la población de menos de 65 años y el 77% correspondía a menores de cinco años.¹⁷

4. Barreras que limitan el acceso a la atención de la salud

El acceso de la población a los servicios de salud está condicionado por factores de diverso orden. En primer lugar, influyen en dicho acceso la distribución espacial de la población, las comunicaciones, y el

¹⁵ I.M. Glizer, Prevención de accidentes y lesiones: conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo, Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1993.

¹⁶ Este indicador se construye agrupando a los países de acuerdo a su accesibilidad a algunos componentes del desarrollo social: servicios de salud, recursos económicos, sistema educativo, nutrientes y saneamiento básico. Las tasas de mortalidad más bajas en un grupo determinado sirven como referencia de las brechas de mortalidad, que es posible superar a partir de las condiciones socioeconómicas del país.

¹⁷ OPS/OMS, Las condiciones de salud ..., op. cit.

grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político tienen importantes efectos, en la medida en que la asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales.

Los pobres se enfrentan a muchas dificultades relacionadas con la atención de su salud. No sólo no tienen acceso a los servicios médicos privados, debido a que su costo es muy elevado, sino que además en muchos casos, las erogaciones públicas para salud benefician en mayor proporción a otros sectores sociales. En general, están al margen de la seguridad social, que sólo ofrece prestaciones a determinadas categorías ocupacionales. Cuando los seguros sociales son unificados y tienen metas universales, también se ven afectados por restricciones de orden financiero o de ubicación de los servicios. Asimismo, las restricciones presupuestarias o la inadecuada organización sectorial pueden impedir el acceso de los más pobres a los servicios de salud. En Bolivia, por ejemplo, la mayor parte del gasto público en salud se destina a la atención de las personas pertenecientes a los dos quintiles superiores de ingresos.¹⁸

La universalidad de la cobertura de los servicios de salud no siempre conduce a la equidad, pues puede ocultar una situación de acceso estratificado, y una distribución no equitativa de los recursos públicos, es decir que se concentra en los grupos de ingreso medio. También hay que distinguir entre universalidad y equidad, por una parte, y provisión equitativa de servicios por otra. La equidad con respecto a los riesgos y al acceso a los servicios no implica necesariamente que toda la población reciba los mismos servicios en cuanto a tecnología, calidad, etc., ya que a menudo ésta puede lograrse con diversas combinaciones de intervenciones preventivas, curativas y promocionales. Un requisito básico para alcanzar la equidad es la adecuación de los servicios a las necesidades y problemas específicos de los distintos grupos.

Según el grado de acceso a los servicios¹⁹ y de equidad de su provisión pueden distinguirse las siguientes categorías de países: i) países con cobertura universal y prestación equitativa; ii) países cercanos a la universalidad, pero con prestación discriminatoria; iii) países con cobertura mediana y provisión muy discriminatoria, y iv) países con cobertura baja o muy baja y prestación extremadamente discriminatoria. En esta clasificación se observa una disminución del grado de cobertura, un incremento del trato discriminatorio y una ampliación del sector privado.

En los países que se encuentran en las categorías intermedias sería posible lograr la universalidad en términos de acceso, pero es difícil uniformar los servicios, en razón de los costos y los obstáculos políticos. En México, por ejemplo, el 9% de la población rural pobre y aislada tiene acceso a la atención primaria de salud, de bajo costo, mediante los servicios del Programa Nacional de Solidaridad ofrecidos a través del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Sin duda, esto constituye un progreso ya que antes de la implantación del programa no tenían ningún acceso a la atención de salud, con excepción de la medicina tradicional, pero están en desventaja en comparación con los asegurados por el IMSS, que

¹⁸ Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), Inversión en capital humano y focalización del gasto social, La Paz, 1993.

¹⁹ C. Mesa-Lago, Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe, Publicación científica, N° 539, Washington, D.C., OPS, 1992.

tienen derecho a atención de salud integral. Sin embargo, la uniformación de las prestaciones sería muy costosa y se enfrentaría a la oposición de los asegurados.

La ampliación de la cobertura ha sido muy importante en algunas intervenciones. Durante la última década un número creciente de países ha ido ampliando la cobertura de las vacunaciones y la terapia de rehidratación oral. Sin embargo, en otros casos, como los de la atención prenatal, otros programas preventivos, la atención hospitalaria y la atención ambulatoria especializada, la brecha entre pobres y no pobres se ha ido profundizando.

La relación entre salud y pobreza varía de acuerdo con el contexto institucional (seguro social, servicio nacional de salud centralizado o municipalizado, seguros privados, etc.). En aquellos casos en que los seguros ofrecen cobertura universal y se eliminan las desigualdades inherentes a los sistemas de financiamiento con múltiples niveles, las subvenciones se destinan a los pobres y son de carácter progresivo. Esto es viable cuando el grueso de la fuerza laboral está empleada, en países de ingreso mediano que cuentan con recursos financieros y tienen, además, la voluntad política y la capacidad administrativa necesarias. Esta situación sólo se da en unos pocos países. Dada la tasa anual promedio de aumento de la cobertura de la población económicamente activa en 1960-1985/1988, para que el seguro social fuera universal y cubriera a los pobres se requerirían de 45 a 64 años en México, Nicaragua y Colombia; de 80 a 98 años en Perú y Ecuador; de 176 a 272 años en Honduras, Bolivia, Paraguay, Guatemala y El Salvador, y 530 años en la República Dominicana.²⁰

Las desigualdades de género se reflejan en problemas de salud específicos de las mujeres, parcialmente vinculados a su condición biológica. Entre otras cosas, la mortalidad y morbilidad relacionadas con el parto y con el período perinatal siguen siendo muy altas en América Latina y el Caribe. En vista de que éstos y otros problemas son evitables en gran medida, su superación pasa por la ampliación del acceso de las mujeres a diversos recursos, condiciones laborales y ambientales y servicios que promuevan y protejan su salud. Tal esfuerzo, a su vez, puede favorecer la reducción de las desigualdades de género en otras esferas.

C. PERFILES DE LA DEMANDA DE SALUD

En las últimas décadas, el perfil demográfico, epidemiológico, educacional y ocupacional de la población de América Latina y el Caribe ha sufrido una transformación debido a los efectos combinados de procesos de crecimiento económico, modernización agrícola, industrialización, desarrollo de los servicios sociales, transición demográfica, urbanización y otros. Sin embargo, sigue presentando una heterogeneidad mayor que la de países desarrollados y de industrialización reciente.

Mientras un sector de la población —el de mayores ingresos, con mejor educación y una mayor inserción en el proceso productivo— presenta un perfil epidemiológico semejante al de países industrializados, otros sectores, sobre todo los rurales y los urbano-marginales, padecen problemas de salud propios de la pobreza en el mundo en desarrollo: alta incidencia de morbilidad y mortalidad infantiles, mayor exposición a infecciones por falta de infraestructura sanitaria e información sobre salud, baja cobertura de los servicios básicos de salud, etc.

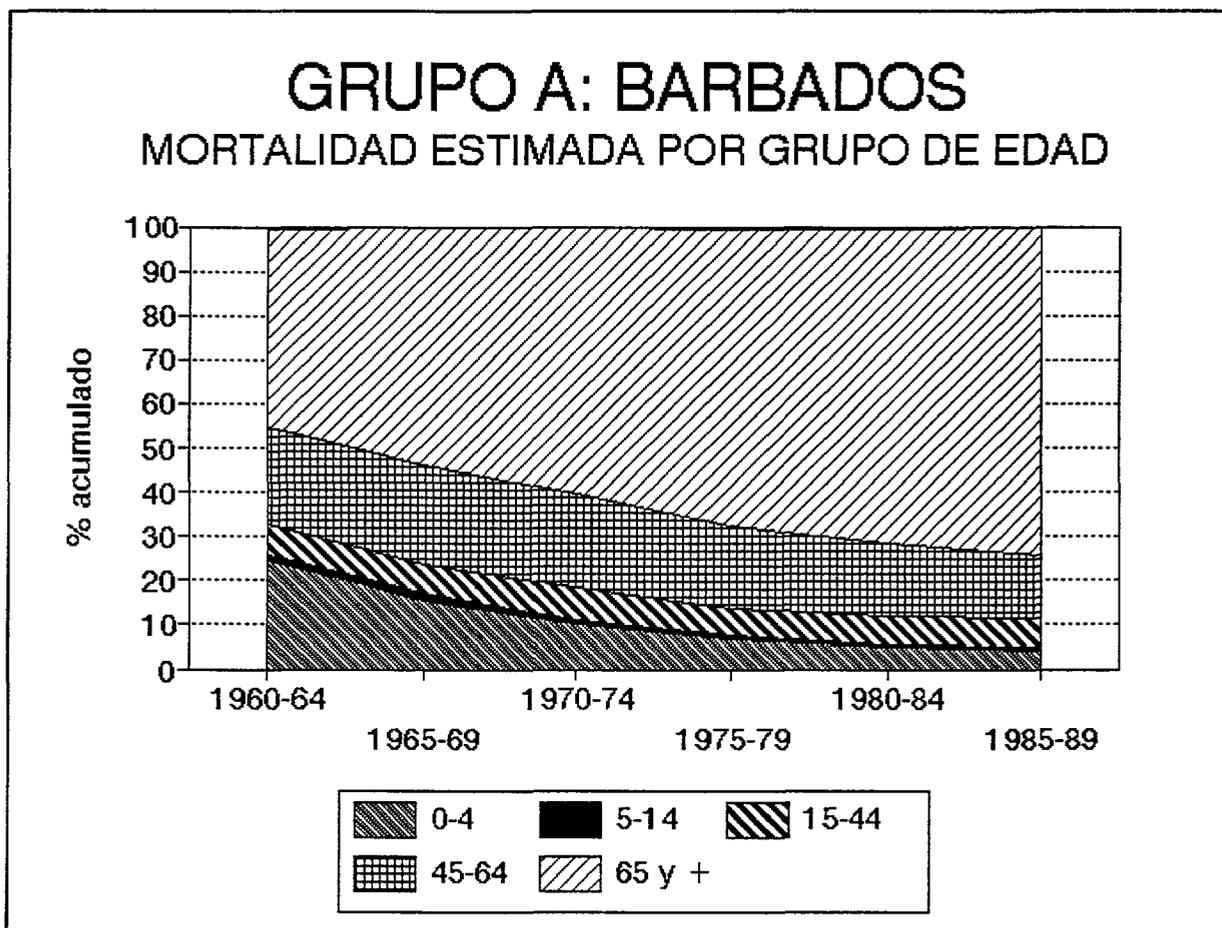
²⁰ Ibid.

Los cambios que han incidido en la demanda de salud se dieron a ritmos diferentes y con desigual continuidad; en este sentido se podría clasificar a los países en tres categorías: países en los que esta transformación del perfil de la demanda se inició en los años cincuenta (grupo A), en los años sesenta (grupo B) o recién a fines de los años setenta (grupo C). (Véanse los gráficos II-4, II-5 y II-6). Cabe recordar la notable heterogeneidad existente al interior de cada país.

En los países del **grupo A** el cambio en el perfil demográfico comenzó antes que en los otros y se aplicaron diversas políticas sociales con gran intensidad y por períodos prolongados. La población de estos países es predominantemente urbana o habita en localidades rurales que disponen de saneamiento básico y cuentan con acceso físico a los servicios de atención primaria de salud. Asimismo, es reducido el número de niños que nacen sin asistencia profesional, sufren de desnutrición, no completan la educación primaria o no han sido vacunados. Los trabajadores del sector informal urbano, tradicional rural y de empresas pequeñas de baja productividad constituyen un segmento minoritario, pero su volumen permite explicar, en gran medida, la persistencia de la pobreza y de un segmento de la población que carece de cobertura en salud, que asciende al 30% en algunos casos. Las diferencias socioeconómicas y las existentes entre las zonas urbanas y rurales se relacionan con la atención de enfermedades no mortales y con la probabilidad de muerte por grupos de edad. Durante la última década se estabilizó la tasa de natalidad, lo que se tradujo en un aumento de la proporción de habitantes correspondiente a los grupos de edad con menor riesgo de muerte (15-44 años). En ese período de la vida la demanda de prestaciones de salud es menor y también lo son los costos unitarios relativos por atención media. Las muertes empiezan a concentrarse en el grupo de 65 años y más, como queda en evidencia en los casos de Barbados y de Chile y en la evolución de su estructura de mortalidad por edades entre 1960 y 1990. Este nuevo perfil etario y epidemiológico permite que los sistemas de salud reorienten sus esfuerzos al mejoramiento de la calidad de vida, es decir, el aumento de la proporción de años de vida sana. Esta situación podría mantenerse durante las próximas décadas si los países consolidaran los avances logrados mediante sus políticas sociales para evitar deterioros y retrocesos, dado que aún hay amplios sectores de la población que viven en condiciones de pobreza. Cabe esperar un contexto más difícil entre los años 2005 y 2010, cuando la proporción de personas de más de 45 años, relativamente más vulnerable y que requieren de atenciones más costosas, supere el 25% de la población total. Argentina, Uruguay, el Caribe de habla inglesa y Cuba pertenecen a este grupo. (Véase el caso de Barbados en el gráfico II-4.)

En los países del **grupo B**, casi la mitad de la población muere antes de los 44 años. (Véase el caso de México en el gráfico II-5.) Por lo tanto, el principal objetivo en materia de salud debe ser la reducción del número de muertes evitables, lo que puede lograrse, por ejemplo, mediante la provisión de saneamiento básico, y de atención profesional y nutricional al binomio madre-niño. El segmento no pobre de la población con un mínimo de un trabajador formal por hogar tiene cobertura y su demanda de salud se centra en la prolongación de sus años de vida sana y en la reducción del riesgo de muerte antes de los 65 años. Sin embargo, quienes trabajan en el sector informal urbano, tradicional rural y en pequeñas empresas de baja productividad aún constituyen el segmento mayoritario de la fuerza de trabajo. En tales ocupaciones se concentran los trabajadores pobres y las personas no cubiertas por los seguros de salud, que constituyen la mitad o más de la población en los países de este grupo, carecen de saneamiento básico y sufren de desnutrición. La demanda de servicios de salud de la población urbana pobre supera la capacidad de respuesta de dichos servicios. En México, la mortalidad es similar en los distintos grupos etarios, de aproximadamente 33% entre niños y adolescentes (0-14), adultos (15-64) y senescentes (65 y más). Esta distribución se relaciona con las brechas sociales y espaciales; la mayoría de las muertes de mayores de 65 años corresponde a población urbana no pobre en tanto que las de menores de 5 años se producen en hogares pobres de áreas que no forman parte de las grandes ciudades. Estos países se caracterizan por profundas inequidades sociales y marcados contrastes entre su potencial, que se refleja

Gráfico II-4

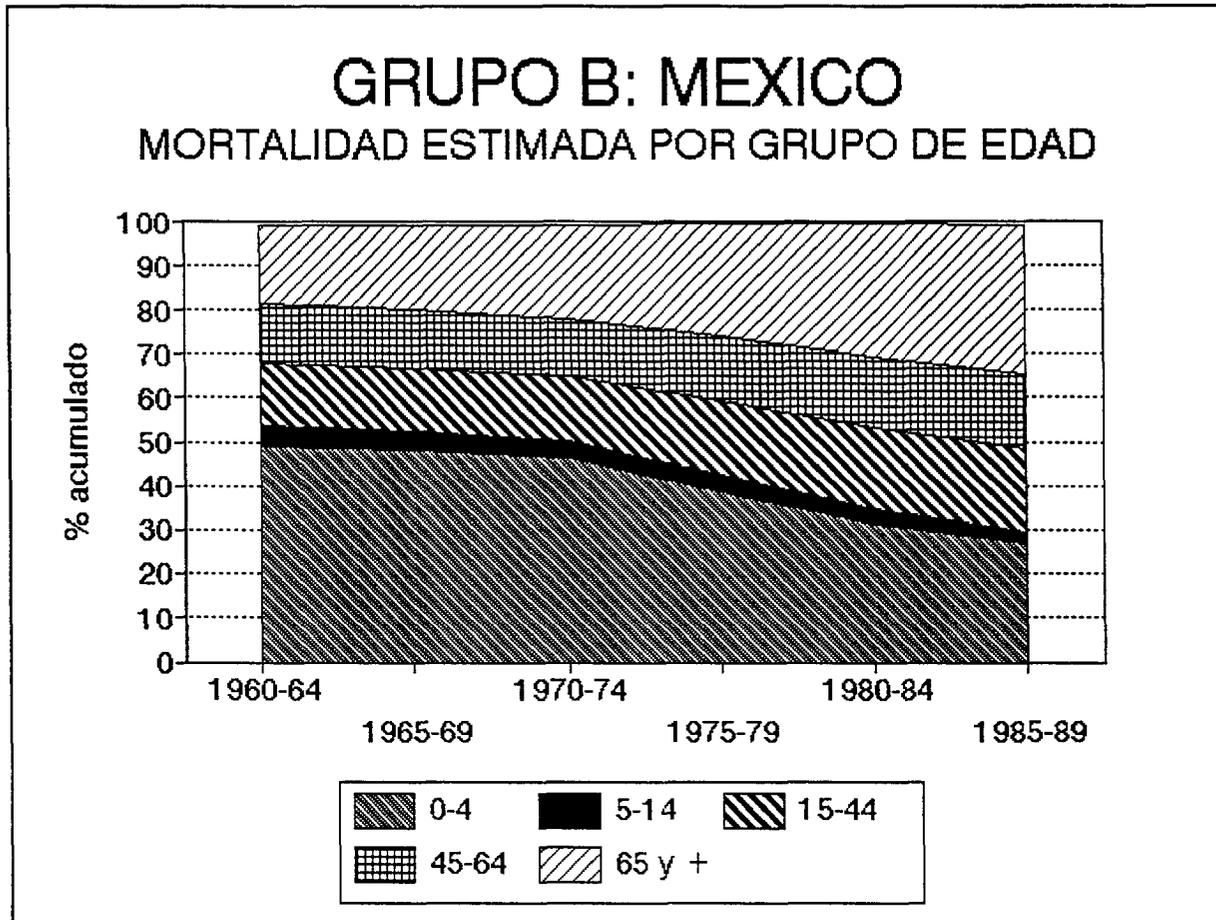


Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social, sobre la base de información del CELADE y de la OPS.

en su nivel de ingresos, y los avances logrados en la reducción de las brechas sociales con respecto a la salud y la muerte. Colombia, Venezuela y Brasil también pertenecen a este grupo. En cambio, Costa Rica, que en los años sesenta compartía los mismos problemas y que tiene un perfil demográfico similar, muestra los avances en salud que pueden obtenerse mediante vigorosas políticas de desarrollo social.

En los países del **grupo C**, el 40% de las defunciones se producen antes de que las personas alcancen la edad de trabajar y especialmente entre menores de 5 años. (Véase el caso de Bolivia en el gráfico II-6.) Dichas defunciones se deben a enfermedades fáciles de evitar a bajo costo. La alta tasa de fecundidad de las mujeres explica en gran parte la morbilidad y mortalidad infantiles, pero los problemas más graves son la pobreza generalizada y la falta de condiciones mínimas, sanitarias y sociales, para la mayoría de la población. En tales circunstancias, la demanda de salud se concentra en el mejoramiento de las condiciones ambientales en el hogar, la nutrición, la atención del binomio madre-niño, y la inmunización de la población menor de 14 años contra enfermedades transmisibles. La sociedad se divide entre quienes tienen un alto riesgo de morir antes de llegar a la edad activa o por causas vinculadas a la

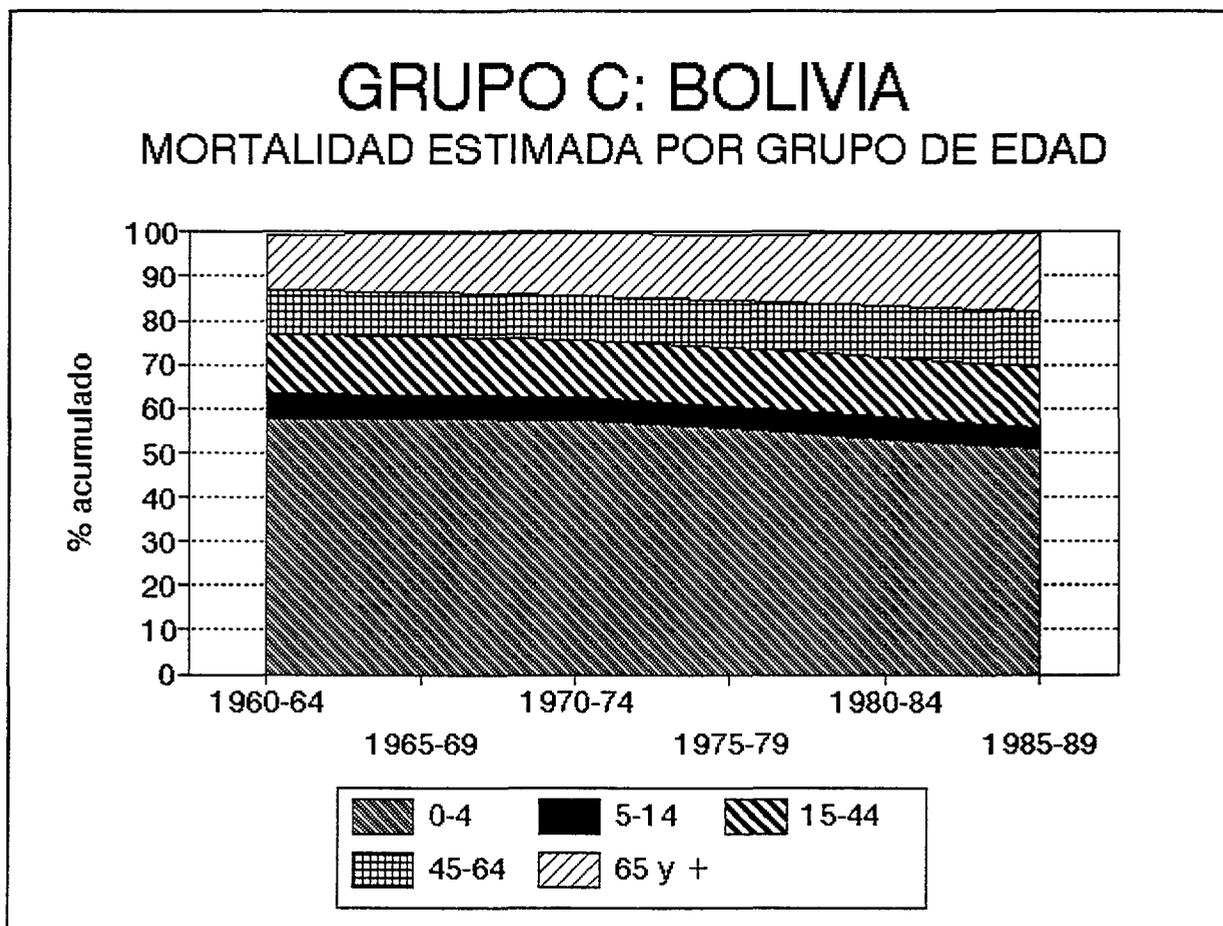
Gráfico II-5



Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social, sobre la base de información del CELADE y de la OPS.

reproducción y quienes luchan contra dolencias mortales evitables, a lo largo de su vida adulta (14-64 años), y padecen enfermedades durante gran parte de ella. Por lo tanto, se debe otorgar una alta prioridad al binomio madre-niño y al segmento de la población integrado por trabajadores adultos en la asignación de recursos para la atención de la salud. La mayoría de la población es rural o bien habita fuera del radio de acceso razonable a los servicios de salud. Una proporción importante carece de saneamiento básico, sufre de carencias nutricionales y vive en zonas expuestas a enfermedades endémicas (malaria, Chagas, etc.). En ese contexto, el bajo nivel de salud de la población en edad de trabajar y su escasa instrucción contribuyen a la persistencia de bajos niveles de productividad. Por consiguiente, la salud es un factor determinante básico de la pobreza masiva que, a su vez, contribuye a las precarias condiciones de salud. Pertenecen a este grupo países como Guatemala y Bolivia, Haití, Honduras y Nicaragua.

Gráfico II-6



Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social, sobre la base de información del CELADE y de la OPS.

La aceleración de la tendencia a la reducción de la fecundidad en los años ochenta permite prever la estabilización de la tasa de natalidad en la mayoría de los países del grupo B antes de fines de siglo y en los del grupo C antes del año 2010. Este será un cambio decisivo, que reducirá la demanda de atención de partos y contribuirá a la disminución del número de muertes de niños menores de un año. Siempre que no varíen los riesgos de enfermedad y muerte, la evolución de la estructura de edades creará condiciones más favorables en esos dos grupos de países, al mejorar la relación entre población, riesgos de enfermedad y muerte, y costos per cápita.

Las tres categorías de países presentan, como se indicó, distintos tipos de problemas de salud y cuentan con capacidades muy distintas para enfrentarlos. En el grupo A la población ocupada total y la empleada en el sector formal siguen aumentando a un ritmo más acelerado que los demandantes de servicios de salud. Lo mismo sucede con sus aportes de recursos a la satisfacción de sus demandas de prestaciones. El ingreso de los hogares también se incrementa a tasas mayores que las demandas de salud y el costo de los servicios. Esto se debe a que, por la edad, se trata de una población cuyo riesgo de

enfermedad y el costo de su atención son relativamente bajos. Los países del grupo B iniciaron durante la década pasada una fase similar, pero con ingresos inferiores y un menor número de personas empleadas por hogar; además, los hogares tienen en promedio un mayor número de miembros y también es mayor la proporción de trabajadores informales. La ventaja es que la tasa de crecimiento del ingreso de los hogares es más importante y rápida. En el grupo C hay muchos demandantes en comparación con los contribuyentes, lo que incide negativamente en el financiamiento pero, en cambio, tiene la ventaja de que las enfermedades predominantes se pueden prevenir y curar a bajo costo. El proceso de transición que conduzca a menores tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad de los grupos más vulnerables (menores de 5 años y mujeres en edad fértil) puede ser más rápido que el aumento del ingreso y del empleo de la población en edad de trabajar.

Es evidente, entonces, que la reforma de los sistemas de salud deberá tener objetivos y orientaciones distintas en cada grupo de países. Los del grupo A deben mantener y profundizar sus políticas sociales y preparar al sistema para responder a una demanda que exigirá gastos crecientes en atención de salud. En el grupo B es prioritario superar las inequidades en lo que respecta a las condiciones de vida y de trabajo e incorporar a la población marginada, para así poner fin a la dualidad del sistema vigente. Por último, en el grupo C hay que ampliar la cobertura de la atención primaria de salud, otorgando prioridad a la salud primaria, el saneamiento básico y la nutrición para modificar considerablemente el perfil de salud.

Los distintos grupos difieren en cuanto a su horizonte temporal y a la relación entre salud y desarrollo. Los países del grupo C tardarán muchos años en lograr que los servicios de saneamiento básico urbano tengan una cobertura universal, mientras que los del grupo A ya deberían comenzar a atender los problemas de descontaminación del agua urbana y de salud ocupacional. El grupo B debe extender la cobertura de los servicios de saneamiento básico, a la vez que se enfrenta a la contaminación hídrica y del aire. En las ciudades de tamaño medio se exagera el déficit de saneamiento y vivienda, y surgen problemas de contaminación en el marco de un explosivo crecimiento demográfico (6%-10%).

En los grupos B y C sigue habiendo una alta proporción de pobres e indigentes en el ámbito rural, lo que exige acciones intensivas para su atención. En el grupo A, en cambio, el esfuerzo en esa área tiende a disminuir y a concentrarse en situaciones específicas, como la intervención en zonas rurales afectadas por la contaminación, en particular hídrica, proveniente de los grandes centros urbano-industriales y mineros, o bien afectadas por la crisis de la producción agrícola, minera o forestal por agotamiento o deterioro de los recursos naturales.

Pese a las diferencias que presentarán los escenarios futuros, cabe suponer que se darán condiciones favorables para superar la heterogeneidad de los perfiles epidemiológicos, mediante la reducción de las enfermedades infecciosas y de las carencias propias de la pobreza. Esto será factible si se logra una cobertura universal básica y progresiva de los servicios de salud y saneamiento básico, que se cuentan entre las áreas en que las inversiones en capital humano son más eficaces en función de los costos. A esto debe añadirse que se trata de las inversiones que tienen un impacto más rápido en términos de equidad para el grupo C y la población pobre de los grupos A y B.

Capítulo III

MACRODETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SITUACION DE SALUD

1. Macrodeterminantes y condicionantes

Como se sabe, la salud de una población depende no sólo de los sistemas de salud, sino también de otros múltiples factores que pueden clasificarse en dos categorías: macrodeterminantes y condicionantes. Entre los primeros se incluyen los recursos de que dispone la sociedad, incluidos los naturales, el nivel de desarrollo general que ha alcanzado, expresado, por ejemplo, en el PIB; la magnitud y la estructura de la población; el grado de desarrollo político, es decir la posibilidad de expresión de los diversos grupos, etc. Los factores condicionantes son las condiciones de vida de los distintos grupos que integran la población y las respuestas sociales a éstas. A continuación se describen, de manera más detallada, las interrelaciones entre estos factores de carácter general (sociales) y particular (grupales), así como la situación que presentan los países de América Latina en lo que respecta a algunos de ellos. Cabe señalar que no se analizan los factores de carácter individual que, obviamente, influyen también en el estado de salud de las personas.

Cuando se comparan los indicadores de salud con los indicadores de desarrollo económico, se observa que están correlacionados y que el nivel de salud de la sociedad depende en parte de macrodeterminantes relacionados con su nivel de desarrollo. Esto significa que el nivel de salud varía según la renta per cápita, aunque los países que pertenecen a la misma categoría de acuerdo con este indicador muestren significativas diferencias en lo que respecta a sus condiciones de salud.

Una situación similar se observó al comparar la situación de salud de diferentes grupos sociales de un mismo país; aunque los macrodeterminantes nacionales sean comunes, es posible establecer importantes diferencias de acuerdo a su situación específica. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer de un habitante del nordeste de Brasil con un bajo nivel de ingresos puede ser más de 20 años menor que la de un habitante del sudeste de ese país perteneciente a los estratos de mayores ingresos. Estas diferencias se mantienen aun cuando el nivel de ingreso varíe. Por ejemplo, algunos estudios sobre la situación nutricional en Brasil demuestran que tanto el ingreso familiar como la región de origen ejercen una influencia significativa e independiente en el indicador altura/edad. El patrón de crecimiento de los niños es siempre menor en el nordeste que en el centro-sur, aunque el ingreso sea igual, lo que indica que hay otros factores que también influyen en el crecimiento y el estado nutricional.

Aun en un país desarrollado como los Estados Unidos, se observan diferencias muy significativas entre distintos grupos sociales. Por ejemplo, el promedio nacional de mortalidad infantil es de 9.2 por

1 000 nacidos vivos, pero en el caso de la población blanca es de 7.7, en el de otras razas es de 14.4 y en el de la población negra es de 17.0.¹⁸

Para comprender estas diferencias hay que tener en cuenta los vínculos existentes entre los macrodeterminantes y la situación de salud de los diversos grupos sociales, fundamentalmente las condiciones de vida y las respuestas sociales a los perfiles de salud y enfermedad que éstas suponen.

Las condiciones de vida dependen de la inserción de los diversos grupos en la vida social y pueden clasificarse en cuatro grandes categorías: las biológicas, entre otras el potencial genético y la capacidad inmunológica; las ecológicas, incluido el medio ambiente residencial y laboral; las conceptuales y conductuales, como los valores culturales, los niveles educacionales y los estilos de vida individuales y colectivos, y las económicas, que se expresan en cómo los grupos participan en la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios.

Cada grupo tiene un perfil de necesidades y de problemas derivado de las condiciones mencionadas, que requieren acciones de salud y bienestar específicas. Por lo tanto, para el logro de la equidad se requiere que la sociedad reconozca la diversidad de problemas y propicie respuestas sociales adecuadas en términos de acciones de salud y de bienestar, que permitan el desarrollo de condiciones de vida saludables, así como la prevención y curación de problemas específicos de salud.

Todo lo anterior significa que las acciones que inciden en los macrodeterminantes y contribuyen al desarrollo global de las sociedades permiten ampliar los recursos y las posibilidades de alcanzar mejores niveles de salud. Sin embargo, esto no es suficiente, porque para mejorar la situación general de salud de una sociedad y superar las inequidades hay que tomar simultáneamente medidas relacionadas con los factores condicionantes.

2. Magnitud, crecimiento y estructura de la población

En los últimos años, la dinámica demográfica de la región ha sufrido una transformación tan profunda que las proyecciones sobre la magnitud, el crecimiento y la estructura de la población realizadas en los decenios de 1970 y 1980 han quedado ampliamente superadas.¹⁹ La población de América Latina y el Caribe —que representa en la actualidad aproximadamente el 8.5% del total mundial— pasó de 165 millones de habitantes en 1950 a cerca de 460 millones en 1992, como resultado de altas tasas de crecimiento demográfico, cercanas o superiores al 3% hasta mediados de los años sesenta en muchos países. Ese fenómeno se debió a la baja continua de la mortalidad desde la posguerra, e incluso antes, y a la persistencia de altas tasas de fecundidad. A fines de los años setenta, la tasa de crecimiento de la región comenzó a disminuir debido al descenso de la fecundidad y esa tendencia se mantuvo invariable durante la crisis de la década siguiente. Sin embargo, el crecimiento demográfico medio anual en el período 1980-1990 fue de 2.1%, en tanto que el previsto hasta el 2000 es de 1.7%. La persistencia de

¹⁸ National Center for Health Statistics (NCHS), Monthly Vital Statistical Reports, vol. 42, N° 2(S), Hyattsville, Estados Unidos, 31 de agosto de 1993.

¹⁹ Véase CEPAL/CELADE, Población, equidad y transformación productiva (LC/G.1758/Rev 1-P; LC/DEM/G.131/Rev.1-Serie E, N° 37), Santiago de Chile, 1993. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.

un crecimiento relativamente alto, a pesar de los cambios en la fecundidad, se explica sobre todo por la estructura etaria de la población, en la que predominan los jóvenes.

Los cambios mencionados han modificado la estructura etaria y, como era de esperar, se observa una tendencia al envejecimiento de la población, es decir, a la disminución porcentual de los niños y al aumento progresivo del porcentaje de población adulta y de la tercera edad. Este es un proceso lento que sólo se aprecia con claridad en el mediano y largo plazo y, además, la situación regional es muy variada. Hay países, como Haití y Bolivia, que tienen una muy alta proporción de niños y jóvenes menores de 15 años (42%) y pocos ancianos (4%). En cambio, en otros la mortalidad (en especial la infantil) ha descendido, pero la fecundidad se redujo levemente, con lo cual la población se ha rejuvenecido (45% menor de 15); tal es el caso de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En un tercer grupo (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela) la cantidad de menores ha descendido, pero sigue siendo alta, a causa del alto número de mujeres en edad fértil. La disminución de la población infantil se compensa por el aumento de la adulta y una reducida proporción de ancianos (4%). Finalmente, en el resto de los países de la región el porcentaje de ancianos (10%) ya equivale al doble del de los países del primer grupo, mientras que los menores de 15 años sólo representan el 28% de la población. Estas modificaciones producirán cambios en los perfiles epidemiológicos y en la demanda de servicios de salud

3. Fecundidad

En 1950 la fecundidad media era de aproximadamente 6 hijos por mujer y la diferencia entre los valores extremos registrados en distintos países era de 4.5 hijos. En 1965 comenzó a observarse un proceso acentuado de disminución de la fecundidad, que se fue extendiendo poco a poco a toda la región, de tal modo que en 1985-1990 fue en promedio de 3.4 hijos por mujer. Aunque los niveles han bajado en todos los países, la diferencia entre los valores extremos no ha variado mayormente, puesto que es de 4 hijos por mujer. Como este proceso se inició en las últimas décadas y la estructura etaria de muchos países sigue siendo predominantemente juvenil, el número de nacimientos anuales en la región subió de 7 a 12 millones entre 1950/1955 y 1985/1990. Sin embargo, en algunos países que se encuentran en una etapa avanzada de transición demográfica, el descenso de la fecundidad se ha traducido ya en cierta estabilización del número de nacimientos. Cuba, Barbados y Martinica presentan ya una tasa de fecundidad inferior al índice de reproducción.

Las causas principales de la reducción de la fecundidad son el aumento de la educación de las mujeres y el acceso a métodos de control de la natalidad. Esto se traduce en la tendencia al predominio de la familia pequeña, que parece ser el ideal aceptado por la mayoría de la población, tal vez como consecuencia de ciertos patrones de consumo y de vida.

Cabe mencionar en particular el aumento de los embarazos de adolescentes, que influyen negativamente en la salud de madres e hijos y constituyen un problema que requiere buscar soluciones efectivas. El embarazo a edad temprana puede inducir a un aumento de los embarazos no deseados, a un mayor número de abortos, y a problemas tales como el bajo peso al nacer y el tétano neonatal.

4. Urbanización y migración

Se ha producido también un notorio avance de la urbanización, rasgo que, desde hace ya cierto tiempo, distingue a la región de otras regiones en desarrollo. En 1950, casi un 60% de los habitantes de América Latina y el Caribe residía en áreas definidas como rurales, pero hacia 1990 se habían reducido a menos de 30% y se prevé que en el año 2000 tres cuartas partes de la población vivirá en zonas urbanas. La situación varía de un país a otro en cuanto al grado de urbanización y en algunos países, sobre todo en el Caribe y en Centroamérica, la población sigue siendo predominantemente rural. En general, el proceso de urbanización se considera uno de los factores que facilitó la transición demográfica, al permitir un acceso más fácil al sistema educativo, a la rápida difusión de nuevas pautas culturales y a tecnologías modernas que favorecen a bajo costo la reducción de la mortalidad y de la fecundidad.

La migración del campo a las ciudades ha sido un factor determinante del cambio del perfil epidemiológico y de la situación de salud de las zonas urbanas y rurales de los países de la región. En particular, el explosivo crecimiento de las grandes metrópolis y de muchas ciudades intermedias en muchos países de la región —fenómeno que se relaciona con el crecimiento de la población urbana en el primer caso y está determinado en gran medida por las migraciones en el segundo—, explica el hecho de que la demanda de salud en los barrios marginales presente características específicas, así como la prevalencia de un importante déficit de servicios de salud, saneamiento básico y vivienda. Asimismo, la colonización espontánea de zonas rurales tropicales, que se intensificó en los años ochenta, explica el resurgimiento o la persistencia de enfermedades transmisibles como la malaria. Cabe mencionar en especial las migraciones estacionales, que pueden provocar brotes de enfermedades transmisibles y que producen una fluctuación anual considerable en la demanda de servicios de salud en las zonas de origen y en las zonas receptoras de migrantes. En un horizonte de mediano plazo, cabe esperar que el impacto de las migraciones en la salud tienda a disminuir en las zonas metropolitanas y a intensificarse en las ciudades intermedias de países que siguen caracterizándose por un alto nivel de crecimiento demográfico (Perú, Bolivia, Honduras, Nicaragua) y en áreas recientemente abiertas a la colonización (zonas tropicales húmedas).

5. Pobreza

Entre mediados y fines de la década de 1980 volvió a aumentar la incidencia de la pobreza en América Latina, especialmente en los países más grandes. Actualmente dos de cada cinco habitantes de las áreas urbanas y tres de cada cinco de las áreas rurales son pobres. Si bien la mayoría de la población pobre reside en las áreas urbanas, la incidencia de la extrema pobreza continúa siendo más alta en las rurales.²⁰

El porcentaje de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza creció en el mismo período de 19% a 22%, de modo que a comienzos de la década de 1990 había 95 millones de personas en esa situación. En la actualidad, uno de cada cinco latinoamericanos no dispone de recursos suficientes para alimentarse en forma adecuada desde el punto de vista nutricional. Además, pese a la recuperación del crecimiento en algunos países, la pobreza siguió aumentando en la región. A ello contribuyeron tanto el notable deterioro económico registrado por Argentina, Brasil y Venezuela, como la lenta mejoría de los

²⁰ CEPAL, Panorama social de América Latina. Edición 1993 (LC/G.1768), Santiago de Chile, 1993.

niveles de ingreso de los hogares pobres de los países que mostraron un mayor dinamismo económico en la segunda mitad de los años ochenta.

En Chile, Uruguay y, en menor medida, en Colombia y Costa Rica el índice de pobreza a nivel de los hogares se redujo a finales de los años ochenta, como se evidencia en el análisis de las encuestas de hogares. Dado el mejor desempeño económico del conjunto de la región desde 1990, cabría esperar que Argentina, México y Venezuela, además de los países citados, puedan lograr importantes avances en la reducción de la pobreza, mediante una combinación de crecimiento y redistribución moderada del ingreso.

6. Empleo y desocupación

Los asalariados siguen siendo el segmento más numeroso de la población activa en América Latina. Pertenecen a esta categoría siete de cada diez ocupados urbanos, pese al incremento de los trabajadores por cuenta propia. Para muchos, este tipo de trabajo es una forma precaria de inserción en el empleo, pues reporta salarios reales más bajos que a fines de los años setenta y relega así a la pobreza a sectores a los que antes no afectaba. Sin embargo, los cauces que permiten una mayor participación en el ámbito laboral están posibilitando una recuperación de los salarios reales.

Otros cambios importantes relacionados con el empleo asalariado son la leve disminución de su importancia relativa con respecto al total del empleo, la menor importancia del empleo industrial, el aumento de los asalariados en el sector servicios, un leve descenso de la participación del empleo público, el aumento de la ocupación en la pequeña y microempresa, y la reducción de la participación del empleo doméstico en el total.

La evolución de las remuneraciones en el período 1990-1992 refleja el impacto positivo que, en algunos países, ha tenido la recuperación del crecimiento. En ese período el índice de remuneración media de Colombia, Chile, México y Uruguay creció 2.9%, 9.6%, 9.1% y 6.4%, respectivamente.²¹ Aunque estos datos son parciales, cabe señalar que en los últimos años las mejoras salariales se han logrado en países en que el crecimiento económico persistente y el aumento del empleo se han visto acompañados por esfuerzos redistributivos. En cambio, en aquellos países en que se han producido fuertes tensiones políticas y se han aplicado programas de ajuste recesivos que no han conducido a un mayor crecimiento y una menor inflación, los salarios han sufrido un deterioro. Su rezago no sólo ha provocado una mayor dispersión salarial, sino que también ha contribuido a la persistencia de altos niveles de pobreza e indigencia en las áreas urbanas.²²

7. Alimentación

La situación alimentaria y nutricional está determinada por factores sociales, económicos, ambientales, políticos y biológicos que influyen en la capacidad de producir, adquirir y consumir los alimentos necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales y en la capacidad biológica (estado de salud) para

²¹ CEPAL, Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe, 1992 (LC/G.1751), Santiago de Chile, diciembre de 1992, cuadro 6.

²² CEPAL, Panorama social..., *op. cit.*

aprovechar plenamente los nutrientes ingeridos. La desnutrición energético-proteica y la deficiencia de micronutrientes (particularmente yodo, hierro y vitamina A) continúan afectando la salud y el bienestar de la población de América Latina. Según datos globales, en Centroamérica y el Caribe el total de niños con bajo peso al nacer aumentó de 2.8 a 3 millones entre 1985 y 1990. Este es un indicador retrospectivo del estado nutricional de la mujer embarazada, que permite predecir, hasta cierto punto, el futuro estado nutricional de los niños. Cabe afirmar, entonces, que las políticas relativas a la seguridad alimentaria sólo tendrán resultados duraderos y eficaces cuando existan condiciones que favorezcan el crecimiento económico.

Al mismo tiempo, en casi todos los países de la región se observa un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la alimentación y la nutrición. Este fenómeno se produce en una época de cambios en el estilo y la calidad de vida de la población, a los que se suman cambios relacionados con los patrones y la calidad de la alimentación y el cuidado de la salud, que afectan tanto a los grupos más favorecidos como a los de bajos ingresos. La coexistencia de la obesidad y el déficit de micronutrientes obliga a promover regímenes alimenticios sanos mediante acciones que no sólo permitan aumentar la disponibilidad de alimentos sino también mejorar su calidad y lograr una equitativa distribución de éstos. Paralelamente, los servicios de salud deben atender tanto los problemas de deficiencias y desnutrición maternoinfantiles como los asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles de los adultos.

8. Medio ambiente

La prevalencia de enfermedades intestinales infecciosas guarda estrecha relación con las deficiencias de las redes de distribución de agua y evacuación de excretas. En 11 de los 23 países de la región en los que se realizan investigaciones, la diarrea figura entre las dos primeras causas de muerte de niños menores de un año y es la primera causa de muerte en niños de uno a cuatro años.²³

La inversión en servicios de agua y saneamiento contribuye a mejorar el estado de salud y a aumentar la productividad de los países, dado que reduce el ausentismo escolar y laboral, y libera a las familias de las tareas domésticas que impone la falta de conexiones domiciliarias o comunales de agua potable y moviliza recursos humanos y financieros para los proyectos de inversión. La atención de los problemas de agua y saneamiento exclusivamente mediante la provisión de sales de rehidratación oral puede constituir una medida temporal efectiva para reducir la mortalidad, pero no tiene repercusiones permanentes o de largo plazo en lo que respecta al bienestar y la productividad de los países.

Las medidas destinadas a mejorar el acceso a la vivienda de la población pobre no sólo son un indiscutible aporte a la dinamización de la economía, sino que también reportan beneficios directos relacionados con las condiciones de salud de la población, puesto que posibilitan simultáneamente la provisión de otros servicios públicos (agua potable, eliminación de excretas y energía eléctrica, etc.). También contribuyen a la provisión de dichos servicios los sistemas de ahorro y crédito en condiciones preferenciales y los sistemas participativos de subsidio solidario o de prepago.

²³ OPS, International Drinking Water Supply and Sanitation Decade, Final Report, Washington, D.C., 1991.

En el campo de la salud, la contaminación ambiental es la causante de 120 000 casos anuales de bronquitis entre los ancianos y la pérdida de 55 millones de días de trabajo en el grupo etario de 15 a 59 años.²⁴ Además, los métodos de eliminación de residuos industriales peligrosos son inadecuados en términos generales, lo que contribuye a la existencia de condiciones ambientales nocivas para la salud.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud incrementará el volumen de desechos hospitalarios peligrosos. A fines de la década pasada, Brasil producía más de 100 000 toneladas anuales de ese tipo de desechos, en tanto que Argentina, Colombia, México y Venezuela producían más de 10 000. Por lo general, éstos se procesan de la misma manera que los desechos domésticos, lo que constituye un peligro tanto para el personal de salud como para los recolectores de basura.

9. Educación

Los sistemas de educación, capacitación, y de difusión de ciencia y tecnología han registrado una expansión cuantitativa notable en las últimas décadas. Sin embargo, ésta ha sido incompleta en la mayor parte de los países de la región y éstos presentan obvias insuficiencias en cuanto a la calidad de sus resultados, a su adecuación a las exigencias del entorno económico y social, y al acceso que tienen a ellos los distintos estratos sociales.

La difusión de valores, la dimensión ética y los comportamientos propios de la ciudadanía moderna, así como la capacitación y la formación indispensables para la competitividad internacional, basada cada vez más en el progreso técnico, reciben un aporte decisivo de la educación y de la generación de conocimientos en una sociedad. La reforma del sistema de generación de conocimiento es, por lo tanto, crucial.²⁵

Por su parte, los vínculos existentes entre el nivel de educación de la población y los comportamientos adecuados desde el punto de vista de la salud son estrechos y numerosos. Por ejemplo, el mayor nivel de educación de la mujer ha contribuido a reducir la mortalidad infantil en la región provocada por enfermedades infecciosas; asimismo, ha influido positivamente en las condiciones de salud materna e infantil mediante el espaciamiento de los nacimientos asociado a cambios en el comportamiento reproductivo.

Por lo tanto, un importante componente de la ciudadanía moderna es lo que podría definirse como "cultura de la salud", es decir, la responsabilidad individual y comunitaria que se refleja en acciones preventivas y curativas. Cabe fortalecer, por consiguiente, el vínculo entre educación y salud, otorgando particular atención a los valores y conocimientos que pueden contribuir a desarrollar dicha cultura.

²⁴ OPS, Health and Environment, Washington, D.C., 1993.

²⁵ CEPAL/OREALC, Educación y conocimiento: eje..., *op. cit.*

Capítulo IV

LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

A. COMBINACION PUBLICO-PRIVADA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud pueden clasificarse en públicos y privados, de acuerdo con sus fuentes de financiamiento, la gestión y la prestación de los servicios.²⁹ El financiamiento público proviene de impuestos generales y de contribuciones obligatorias o voluntarias para la atención de la salud; la administración pública está constituida por el sistema estatal y las entidades paraestatales, entre otras, las instituciones de seguridad social, y la provisión de los servicios también puede estar a cargo de entidades públicas o privadas, estas últimas con y sin fines de lucro.

A partir de esas variables se puede establecer un continuo teórico en un extremo del cual se encuentra el modelo organizacional en el que el financiamiento, la gestión y la prestación de los servicios está a cargo del Estado, y en el otro está el modelo privado. En la región todos los sistemas se ubican en posiciones intermedias y son de carácter mixto.

El modelo netamente estatal se caracteriza por el financiamiento y la provisión de servicios a cargo del Estado. Los recursos provienen del presupuesto público y la gestión del sistema también es pública, aunque puede presentar diversos grados de descentralización. El médico es un funcionario público, que recibe un salario. El hospital cuenta con un presupuesto global y el sistema de precios sólo influye marginalmente en la fijación de las tarifas. En consecuencia, hay escasos incentivos para la reducción de costos. Cuando se producen restricciones presupuestarias, la calidad de los servicios se convierte en la principal variable de ajuste. La cobertura es universal y el acceso, teóricamente equitativo. La libertad de opción de los consumidores es muy escasa y el cambio tecnológico está sujeto a la disponibilidad global de recursos del sector público. En la región, los sistemas de salud que más se aproximan a este esquema son los de Cuba y de los países de habla inglesa del Caribe.

²⁹ Entre los países industrializados, se suele considerar a los Estados Unidos como caso típico de sistema privado de salud, en tanto que el Reino Unido, Suecia e Italia son los mejores ejemplos de sistemas con predominio del sector público. El Japón, Canadá, Francia y Holanda presentan distintas variantes de sistemas mixtos, cuyo financiamiento proviene en su mayor parte del sector público pero la prestación de servicios está fundamentalmente a cargo del sector privado. (Véase "A survey of health care", The Economist, 6 de julio de 1991.)

En los modelos mixtos coexisten agentes públicos y privados. Los recursos provienen del presupuesto ordinario, de contribuciones obligatorias para salud y de aportes voluntarios destinados a ampliar las prestaciones. No existe un patrón definido que rijan la transferencia de recursos financieros, aunque ésta suele basarse en los presupuestos anteriores; el pago a los proveedores se realiza sobre la base de los servicios efectivamente prestados (*fee-for-service*). En el ámbito administrativo predominan las instituciones de seguridad social, pero también existen entidades privadas y la competencia entre ellas no está plenamente regulada. La provisión de servicios puede ser pública o privada, aunque hay una mayor participación de los prestadores particulares cuanto más diversificado es el modelo y más importantes son las entidades no estatales.

Uno de los modelos mixtos es aquél en que el financiamiento y la gestión son públicos, pero están parcialmente a cargo de la seguridad social, y la prestación de servicios puede ser tanto pública como privada. Los métodos de transferencia de los recursos al interior del sector público y de pago a los proveedores privados, así como el logro de una efectiva competencia entre los diferentes prestadores de servicios, inciden en el grado de eficiencia del sistema, la presión de los costos y el incremento de los gastos. El Estado tiene un poder monopsónico, que le facilita el control de los costos, pero debe realizar esfuerzos deliberados en este sentido y actuar como agente regulador del mercado. La cobertura de la seguridad social se limita, en general, a los aportantes que están incorporados a los mercados formales de trabajo, lo que no asegura la universalidad. Sólo es posible alcanzarla cuando el sector público se encarga de la atención de los indigentes y de los trabajadores por cuenta propia, como sucede en Costa Rica, donde la Caja Costarricense del Seguro Social cubre al 83% de la población. Brasil es otro ejemplo de este modelo, aunque también es común el sistema de prepago de los servicios y el acceso a éstos es mucho más discriminatorio que en otros modelos.³⁰

Existe otro sistema mixto, en el que se combina el financiamiento público de las instituciones de seguridad social con la gestión y provisión pública o privada de servicios de las ISS. Las instituciones de seguridad social pueden contar con infraestructura y capacidad propias para la prestación directa de servicios de salud y la adquisición de bienes y servicios tanto del sector privado como de proveedores públicos. En los países donde la seguridad social está fragmentada en distintas entidades recolectoras de fondos hay marcadas diferencias en los recursos disponibles por afiliado, debido a los distintos niveles de ingresos de los trabajadores de los diversos sectores productivos. Esto es lo que sucede en México, donde existen notables diferencias entre la cobertura que brindan el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Lo mismo sucede en Argentina, donde hay 370 obras sociales cuyo financiamiento por afiliado fluctúa entre los 40 y 250 dólares de los Estados Unidos por año. Si bien los costos tienden a ser elevados, el sector público puede recurrir a su facultad de contratación de servicios como instrumento de reducción de costos. La libertad de elección del consumidor es baja y el ritmo del proceso de cambio tecnológico —al menos del subsector público prestador de servicios— depende de la situación fiscal global, lo que tiende a profundizar la brecha tecnológica entre servicios públicos y privados.

El tercer sistema mixto se caracteriza por un mayor financiamiento privado voluntario destinado a mejorar los beneficios. Las contribuciones obligatorias al sistema pueden ser recaudadas y administradas por entidades públicas o privadas, que pueden operar como prestadores directos de servicios o contratar

³⁰ Brasil tiene cobertura legal cercana a la universal pero la provisión de servicios es muy discriminatoria, y el 75% de las camas de hospital están administradas por el sector privado, lo que constituye la proporción más alta de la región.

a entidades públicas o privadas para que desempeñen esa función. La competencia tiende a crecer cuando los usuarios pueden escoger entre hospitales públicos e instituciones privadas y traspasar sus contribuciones libremente de un sector a otro. La competencia que se genere entre ambos dependerá de la calidad y la complejidad de la infraestructura pública; los límites institucionales a la competencia impuestos por el Estado en ejercicio de su función reguladora y la capacidad de éste para financiar el proceso de cambio tecnológico de las instituciones públicas.

La combinación público-privada debe evaluarse en función de su eficiencia y eficacia en la prestación de servicios primarios, servicios de segundo y tercer nivel, servicios de saneamiento urbano, servicios de urgencia y en la atención de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo, y la provisión de medicamentos. Pese a que un sistema nacional de salud debiera integrar estos distintos niveles de atención en el marco de un programa global de cobertura de la población, lo que se observa es una tendencia a la fragmentación de las acciones y las decisiones, tanto en el ámbito público como en el privado.

En muchos países de la región los hospitales públicos comenzaron a sufrir un retraso tecnológico a partir de la crisis fiscal de los años ochenta y de la caída del gasto público en salud. La seguridad social también ha registrado una contracción significativa de sus recursos. Por el contrario, el sector privado ha ganado terreno en lo que respecta a la oferta global de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad.³¹ Este proceso contribuye a la creciente dicotomía entre los dos subsistemas. Por una parte, subsiste la vieja infraestructura del Estado, de limitada eficiencia económica y basada en un modelo de financiamiento con aportes obligatorios e independientes del estado de salud del beneficiario, en el que la libertad de elección del consumidor es casi nula y los incentivos al control de costos son sumamente escasos. Por otra, el sector proveedor privado cuyo financiamiento proviene de aportes voluntarios relacionados con el riesgo actuarial del beneficiario brinda una atención de mayor calidad pero socialmente excluyente, lo que termina por incidir en forma negativa en la equidad global del sistema. Debido a la imperfecta información que recibe el consumidor y la existencia de un "tercer pagador", el sector privado muestra una clara tendencia a la sobreprestación y al aumento descontrolado de los costos y el gasto.

B. NUEVOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO Y DE ATENCION DE LA SALUD

La caída del nivel del gasto público destinado al sector salud y, particularmente, a inversión en infraestructura durante los años ochenta ha sido objeto de una amplia difusión en documentos y foros. Si bien es difícil determinar los efectos inmediatos de este fenómeno, no cabe duda de que tiene consecuencias adversas rezagadas, tanto para el sector salud como para la educación. Una de ellas fue la epidemia de cólera. En 1992, se estimó que la magnitud del déficit de los sectores de saneamiento ambiental y de salud de la región se traducía en la existencia de 130 millones de personas sin acceso al agua potable y 160 millones sin acceso permanente a los servicios de salud.

³¹ La expansión del sector privado responde a programas de contribuciones voluntarias en los que las primas cobradas se calculan en función del riesgo actuarial (risk-rating), y tienden a variar de acuerdo con la edad y la condición biomédicas de los usuarios.

El sector salud perdió importancia relativa en la actividad económica de los países de la región, incluso en los casos en que la producción no se contrajo. En Colombia, por ejemplo, el gasto en salud pasó de 8% a menos de 6.5% del PIB. En los casos en que hubo reducciones, la contracción del gasto en salud se tradujo en una disminución de los gastos de operación y mayores dificultades para la mantención y reparación de la infraestructura y los equipos, y limitó significativamente el margen para inversión. Sin embargo, aun en aquellos casos en que el gasto en salud ha vuelto a aumentar, los componentes relativos a inversión han tenido una recuperación más lenta.

Cabe destacar que uno de los mecanismos de ajuste empleados por el sector salud ante la reducción presupuestaria fue el incremento de la eficiencia de la provisión de servicios. El aumento de la eficiencia es uno de los principales objetivos de la propuesta sobre salud en la transformación productiva con equidad, pero la universalización de la atención y el incremento de la equidad no están condicionados a priori exclusivamente por los avances que se logren en este ámbito.

El Estado y las instituciones de seguridad social se enfrentan a problemas de financiamiento. La crisis de los años ochenta redujo los ingresos fiscales y eso redundó, en algunos países, en una baja del gasto social, incluido el destinado a la prestación de servicios de salud.³² La reducción o el estancamiento de los recursos disponibles para el desarrollo y la operación de los servicios de salud ha limitado las inversiones destinadas al saneamiento básico y al reemplazo, mantenimiento y conservación de equipos e instalaciones. Asimismo, se ha traducido en la incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos corrientes, lo que ha impedido la ejecución normal de programas destinados a la atención de los problemas prevalentes y ha restringido el desarrollo administrativo y la capacitación de personal. El deterioro del sector público ha provocado una privatización del gasto en salud, como único recurso de los hogares para contar con servicios de calidad aceptable.

Los ingresos de la seguridad social también disminuyeron a consecuencia del mayor desempleo, que redujo las contribuciones ligadas a los salarios; de la evasión y mora patronal, y de la postergación del pago de sus contribuciones por parte del Estado. También aumentaron los incentivos a la evasión, porque los trabajadores por cuenta propia pueden optar por cotizar menos que lo correspondiente a su renta efectiva o por no cotizar en absoluto. Este fenómeno es más marcado entre profesionales y técnicos que pueden ejercer su actividad en forma independiente. Estos procesos condujeron a que los hogares, incluso los más pobres, solventaran con recursos propios una parte creciente de sus necesidades de salud, lo que fue posible gracias al aumento del número de personas empleadas por hogar, al papel desempeñado por organismos no gubernamentales, a diversas formas de solidaridad (de parentesco, residencial, etc.) y, con frecuencia, a la desviación de los limitados recursos familiares a la adquisición de medicamentos y servicios de salud.

El porcentaje de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) correspondiente a ayuda al sector salud disminuyó de 7% en el período 1981-1985 a 6% en 1986-1990.³³ En 1990 la ayuda al sector salud en todos los países en desarrollo ascendió a casi 4 800 millones de dólares, de los cuales aproximadamente 4 000 millones correspondieron a la asistencia oficial para el desarrollo, y 800 millones

³² En todo caso, hay que tener presente las limitaciones del gasto social como indicador de la calidad de las prestaciones. Esta depende de la eficiencia con que se utilicen los recursos disponibles, de quiénes sean los beneficiarios reales de las prestaciones y de la forma en que desempeñan sus funciones los agentes prestadores de servicios

³³ Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo . . . , op cit., capítulo 7

a aportes de organizaciones no gubernamentales y fundaciones. Se observa, además, una tendencia a la multilateralización de la ayuda, pues ésta pasó de representar un 25% del total de la AOD para salud en 1980 a un 40% en 1990, lo que demuestra la capacidad del sistema de las Naciones Unidas para movilizar recursos en apoyo al sector.³⁴ La OPS/OMS es el organismo multilateral que canaliza más recursos al sector salud; éstos ascendieron a 500 millones de dólares en 1990, lo que representa un tercio del total aportado por el sistema. En términos porcentuales, el volumen de fondos que éste destina a América Latina (18%) es mucho mayor que el aportado por la asistencia oficial para el desarrollo (10.6% en 1990). En promedio, la proporción de la AOD correspondiente a ayuda al sector salud en la región ascendió a 6.8% en 1990, aunque el porcentaje varía de un país a otro.

También se observan cambios en la distribución de la demanda de atención médica entre los diferentes subsistemas. La demanda a los servicios dependientes del Ministerio de Salud, de otros organismos públicos y de los organismos no gubernamentales registró un aumento a consecuencia de la expansión del sector informal, el surgimiento de nuevos sectores pobres y el incremento del costo de los seguros privados. A ello se agrega que los trabajadores asegurados con derecho a un paquete mínimo de prestaciones recurren a los servicios del sector público, porque no pueden pagar servicios no previstos en sus planes de salud con cobertura incompleta. Asimismo, en países donde la seguridad social protege a indigentes no contribuyentes los cesantes que antes pagaban contribuciones obligatorias también comenzaron a recurrir a dichos servicios. De esto se deduce que el gasto medio por persona atendida en el sector público disminuyó y es muy probable que los servicios de salud prestados tanto por el sector estatal como por la seguridad social se hayan deteriorado.

En respuesta a esta situación, en muchos países de la región han surgido nuevas formas organizacionales para el financiamiento y la prestación de servicios de salud, ya sea en forma espontánea o debido a políticas públicas explícitas. Esto se asocia al cambio en los perfiles epidemiológicos, demográficos y sociocupacionales, así como a la exigencia de una atención de salud más compleja desde el punto de vista tecnológico y de mayor costo por parte de los grupos de mayores ingresos. Ya sea a través de acciones explícitas y deliberadas de política estatal o en respuesta a la crisis que sufren tanto el sector público como la seguridad social, en muchos países de la región se han ido gestando, desde la década pasada, importantes cambios en la combinación público-privada de atención de salud, tanto en lo que respecta a las prestaciones como al financiamiento de los servicios. En este último ámbito cabe destacar lo siguiente: i) el aumento del gasto en salud de los hogares; ii) el incremento de la importancia relativa del gasto del sector empresarial, sobre todo de las firmas grandes y, en menor medida, de las medianas, y iii) el aumento del financiamiento de las organizaciones no gubernamentales para actividades de salud, particularmente en el caso de los países más pobres de la región. Estos fenómenos merecen un análisis más detallado.

El gasto de los hogares en salud tiende a mostrar tasas más altas de incremento en el primer y último quintil. En el quintil más pobre la mayor parte del gasto se destina a la compra de medicamentos, cuyos precios parecen haber registrado un rápido ascenso relativo. Por el contrario, el incremento del gasto del quintil superior se ha concentrado en el pago de servicios hospitalarios y de atención médica, probablemente debido al aumento de las tarifas del sector privado en la última década.³⁵

³⁴ *Ibid.*, p. 171.

³⁵ Estimaciones de la División de Desarrollo Social de la CEPAL sobre la base de encuestas sobre ingresos y gastos en las décadas de 1970 y 1980.

Recuadro IV-1

El agua potable y el saneamiento en la salud pública

La epidemia del cólera en América Latina que empezó en 1991 demostró la vinculación directa entre la provisión de servicios eficientes y efectivos de agua potable y saneamiento y la salud pública, además de llamar la atención sobre el estado deplorable en que se encuentra la eliminación de las excretas en la mayoría de las ciudades de la región. La carencia de alcantarillado se complica por la falta de tratamiento de las aguas servidas, ya que se estima que sólo entre el 5% y el 10% de las descargas de alcantarillado reciben algún grado de tratamiento. En consecuencia, las aguas que reciben la descarga de las alcantarillas en las zonas urbanas están muy contaminadas y siempre existe la amenaza de la transmisión de enfermedades diarreicas a través del agua o los alimentos. En este contexto, es importante hacer notar que los resultados de encuestas realizadas por la OPS (1984) y otros estudios posteriores indicaron que en 75%, o más, de los sistemas de abastecimiento de agua ésta no se desinfectaba o existían problemas operacionales serios que interferían con una desinfección eficaz y continua.

Los ingresos de los sistemas de agua potable y saneamiento

Históricamente, la contribución al financiamiento de los sistemas de agua y alcantarillado proveniente de los ingresos tarifarios ha sido generalmente muy baja, como consecuencia directa del cobro de tarifas irreales, por una parte, y de una gestión comercial ineficiente, por otra. En México, por ejemplo, se ha estimado que el costo total de suministrar agua potable mediante conexiones domiciliarias es de aproximadamente 240 pesos el metro cúbico, mientras que sólo se cobra unos 40 pesos el metro cúbico a los consumidores.

En los últimos tiempos, las empresas han sido incapaces de compensar una disminución en los aportes del presupuesto general de los gobiernos con los ingresos de explotación. Salvo pocas excepciones, por ejemplo, Chile, el déficit resultante en materia de financiamiento de capital ha afectado severamente los programas de inversión y mantenimiento de los servicios actuales. Por lo demás, no todos los países han logrado mantener siquiera los niveles nominales de servicio alcanzados en el pasado. En Buenos Aires, la proporción de la población atendida por el sistema que explota Obras Sanitarias de la Nación ha disminuido constantemente en los últimos 50 años.

Sin embargo, no son sólo las tarifas las que determinan una buena gestión financiera y comercial; hay otros factores importantes. En la mayoría de las ciudades hay elevados niveles de agua no contabilizados que se originan en deficiencias de la gestión comercial, principalmente por problemas de facturación, recaudación y políticas inadecuadas en materia de cuentas vencidas, además de fugas en los sistemas de distribución como causa directa de insuficientes gastos en mantenimiento. En general, las pérdidas de agua en los sistemas urbanos se estiman entre el 40% y el 60% del agua producida. Una mejor gestión comercial puede requerir cambios administrativos, que son difíciles de aplicar, pero que pueden reemplazar o permitir que se posterguen nuevas inversiones.

Una de las consecuencias más graves de la existencia de políticas de gestión comercial inadecuadas —y el argumento más fuerte para la adopción de tarifas que reflejen los costos reales y totales—, es que las tarifas bajas que se cobran actualmente no benefician a los más necesitados. Generalmente, los pobres carecen de acceso adecuado al abastecimiento público de agua potable, a consecuencia de la baja inversión en este rubro. Además, se ven obligados a comprar agua a aguadores particulares a precios que exceden 15, 20 y hasta 100 veces los que cobran las empresas de agua potable a la clase media y alta.

Recuadro IV-1 (concl.)

Algunas recomendaciones en materia de políticas

La única posibilidad de superar las restricciones financieras de las empresas de agua potable y saneamiento es el autofinanciamiento. Hay que establecer tarifas que permitan a las empresas disponer de ingresos suficientes para financiar la expansión y el mantenimiento del sistema, y la construcción y el manejo de plantas de tratamiento de aguas servidas. Estos cambios son impostergables, especialmente si se considera que en América Latina y el Caribe hay más de 130 millones de personas que no tienen acceso al agua potable, 145 millones que no disponen de sistemas sanitarios de eliminación de excretas y 300 millones que contribuyen a la contaminación de las aguas debido a la eliminación de desechos que no se someten a ningún tipo de tratamiento; todo esto exigirá cuantiosas inversiones que seguramente no podrán provenir exclusivamente del presupuesto estatal.

Es imprescindible que se comiencen a adoptar medidas orientadas al autofinanciamiento de los servicios. La escasez de recursos podría compensarse mediante el establecimiento de sistemas tarifarios que permitan cubrir el costo global de la provisión de agua potable a toda la población, incluso en los países más pobres, a través de conexiones domiciliarias.

El establecimiento de una estructura tarifaria de esa índole no es fácil y exigirá un profundo cambio de actitudes y prácticas administrativas.

En general, para que las empresas puedan autofinanciarse mediante la percepción de ingresos tarifarios, la tarifa por consumo básico tendrá que corresponder a poco más del 2% del ingreso mensual de la población más pobre. Los pobres consumen menos agua que el resto de la población. En cambio, hay estudios que demuestran que, en promedio, el 30% de los hogares de altos ingresos consumen el 50% del agua potable en varias ciudades de México, y algo similar ocurre en Santiago de Chile. La concentración del consumo es aún mayor en otras ciudades y estas conclusiones han sido confirmadas por varios estudios. Esto demuestra que se podrían establecer subsidios internos propios del sistema, que no sólo beneficiarían a los pobres, sino que también permitirían aumentar la eficiencia económica de los servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado. Por lo tanto, se podrían ampliar los beneficios sociales en una proporción mayor a la reducción de los beneficios individuales.

Fuente: OMS/OPS/Programa de Salud Ambiental, Situación del abastecimiento de agua potable y del saneamiento en la Región de las Américas al finalizarse el decenio 1981-1990. Perspectiva para el futuro, vol. 1, Washington, D.C., julio de 1990; T. Lee y Andrei Jouravlev, "Una opción de financiamiento para la provisión de agua y servicios sanitarios", Revista de la CEPAL, N° 48 (LC/G.1748-P), Santiago de Chile, diciembre de 1992.

La contribución de las empresas a la atención de la salud puede adoptar diversas formas, que abarcan desde programas propios de cobertura del personal a la afiliación de un programa de prepago del sector privado, la cobertura social provista por el sindicato o la participación en un sistema de seguridad social de carácter nacional. En muchos de estos casos puede haber una doble afiliación a la seguridad social y, debido a las deficiencias de su cobertura, a un programa alternativo de medicina privada. Esto puede agudizar la inequidad, entre las empresas que aseguran a sus trabajadores y las demás, y también puede erosionar la competitividad externa debido al aumento de los costos laborales.³⁶

Las nuevas formas de financiamiento y atención que se están generalizando cada vez más son los sistemas privados de prepago y los planes de las instituciones de seguridad social que ofrecen distintas combinaciones de prestaciones. Algunas de ellas, como la "medicina de grupo" de Brasil, recibieron en un comienzo subsidios del Estado, pero hoy en día constituyen una alternativa a la seguridad social, financiada por las empresas y los usuarios de mayores ingresos. Entre las nuevas formas privadas de prestación de servicios financiadas con cotizaciones obligatorias establecidas por el Estado se encuentran las instituciones de salud previsional (ISAPRES) de Chile, las organizaciones de seguros de salud peruanas y las entidades promotoras y prestadoras de salud, que se están estableciendo en Colombia. En otros casos, las instituciones de seguridad social exigen mayores contribuciones y adoptan diversas formas de participación en el pago y de recuperación de costos, lo que otorga más libertad de elección a sus afiliados y ofrece una gama más amplia de soluciones de los problemas de salud.

En muchos casos, cuando surgen nuevas formas organizacionales institucionalizadas,³⁷ no se adoptan medidas que permitan reembolsar al Estado y las instituciones de seguridad social los subsidios que otorgan a los beneficiarios del sector privado, lo que agrava su desfinanciamiento. El ejemplo más notable de esta situación es el de las ISAPRES chilenas, cuyos afiliados pueden transferirles la totalidad de sus contribuciones obligatorias, mientras la estructura de financiamiento del Estado, que debe complementarse con recursos tributarios, sigue basándose en gran parte en impuestos indirectos. En cambio, en la reforma de las organizaciones de seguros de salud peruanas se contempla la creación de mecanismos para retener al menos parte de los subsidios al sector privado, lo que moderaría su impacto.

La cobertura de riesgos adopta diversas formas. Las espontáneas se centran exclusivamente en la atención general de la salud y en algunos casos sólo cubren riesgos específicos. Las formas institucionalizadas, en cambio, se establecen con el objeto de ofrecer una amplia cobertura —por ejemplo, mediante subsidios a la atención de los sectores de menores ingresos— e, incluso, de sustituir a la seguridad social y al sector público, pero en la práctica sólo los grupos de ingresos altos y medio-altos pueden acceder a estos sistemas en la actualidad. Por otra parte, las prestaciones de los programas de prevención suelen seguir dependiendo del Estado, incluso en el caso de estos grupos.

Estas nuevas formas de organización de la prestación de servicios implican un aumento de los gastos en salud, cuyo financiamiento suele ser paralelo a las contribuciones obligatorias que percibe el Estado. Este y las instituciones de seguridad social pierden poder monopsonico ante los prestadores de servicios y los asegurados deben pagar primas cada vez más altas. Debido a las imperfecciones del

³⁶ Este último ha sido uno de los principales argumentos esgrimidos por el gobierno de Clinton en la presentación de su programa de reforma del sector salud.

³⁷ Se emplea el término "institucionalizadas" para indicar que responden a políticas públicas explícitas y que se rigen por normas legales que suponen diversos grados de reglamentación e integración con el resto del sistema de salud del país.

mercado de la salud, especialmente en ausencia de regulación, el oferente puede inducir aumentos de demanda, en términos de cantidad y costos; por otra parte, la oferta centrada en la innovación tecnológica y los aumentos de calidad también se traduce en alza de costos.

En los últimos años han ido adquiriendo cada vez más importancia las organizaciones no gubernamentales (ONG), que hacen una contribución relevante a la atención de la salud. Sus actividades adquieren especial importancia en muchos países de la región, en los que el sector público ha cumplido en forma poco eficiente su función en este campo. Estas organizaciones manejan un gran volumen de recursos financieros. Entre 1980 y 1989 canalizaron 6.4 mil millones de dólares a los países en desarrollo, suma superior a la proporcionada por el Banco Mundial, una vez descontado el pago de los préstamos.³⁸ El volumen de fondos de gobiernos donantes canalizados por las ONG a través de mecanismos de financiamiento conjunto ascendió a 1 500 millones de dólares en 1988. Esta suma supera en un 50% la aportada ese año por los gobiernos donantes al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el principal organismo del sistema de cooperación para el desarrollo.³⁹ Asimismo, los cálculos realizados por el Banco Mundial indican que la contribución de las ONG al alivio de la pobreza en algunos países de la región es similar, o incluso superior, a la de los respectivos gobiernos ⁴⁰

Si bien las actividades de las organizaciones no gubernamentales se han caracterizado por las acciones aisladas y en pequeña escala, parece existir una tendencia creciente al fortalecimiento sostenido de sus capacidades y a una mayor complejidad estructural, mediante el establecimiento de redes de organizaciones de esta índole que trabajan en los mismos sectores o en distintas áreas. Además, muchas de ellas tienden a trascender el sesgo asistencial tradicional y dan impulso al desarrollo comunitario por medio de la participación organizada y la autogestión.

En resumen, en la última década se redujo el financiamiento público de la atención de la salud, en tanto que aumentó el gasto de las familias, de las empresas grandes y medianas, y de las ONG. En vista del surgimiento de nuevas formas organizacionales y de la importancia primordial que se otorga al mercado, convendría evaluar el impacto que ejercen en este ámbito.

³⁸ Clark, 1991.

³⁹ Sollis, 1992.

⁴⁰ Banco Mundial, Informe sobre el ..., op. cit.

Recuadro IV-2

LAS ISAPRES CHILENAS

El sistema de salud de Chile, que ha sido uno de los más avanzados de América Latina, comenzó a estructurarse a partir de 1924, con la Ley del Seguro Obrero. Como hitos posteriores, cabe referirse a la Ley de Medicina Preventiva en 1938, la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) en 1942 y del Servicio Nacional de Salud en 1952, y la promulgación de la Ley de Medicina Curativa en 1968, que perfeccionó el SERMENA. Estos avances se complementaron mediante el establecimiento de las mutuales de accidentes del trabajo a partir de los años cincuenta, y la adopción de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales en 1968.

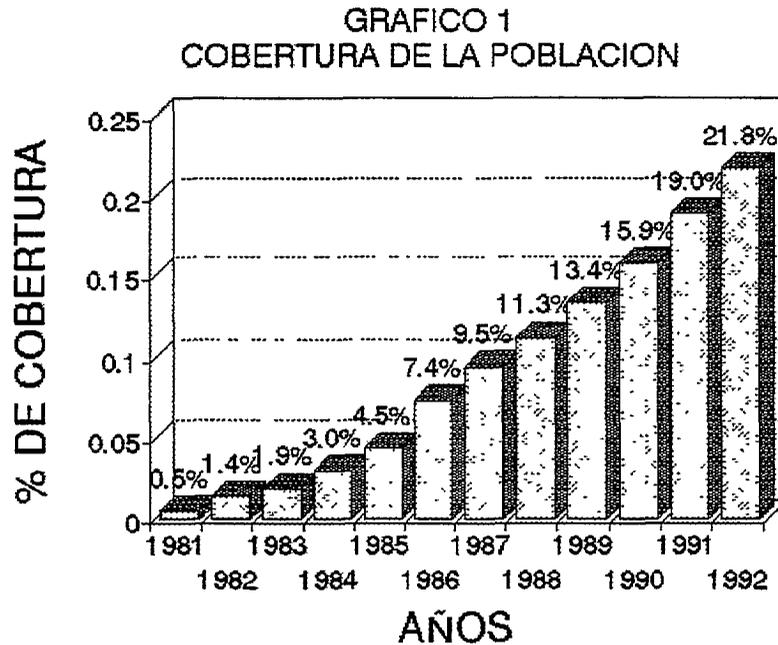
El gobierno que asumió el poder en 1973 introdujo ciertas reformas en este sistema en los años setenta y ochenta. Estas se tradujeron en su descentralización —que incluye la atención primaria de salud a cargo de las municipalidades— y la opción de afiliación a un sistema privado de financiamiento y administración de los beneficios previsionales. Dicho sistema está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que comenzaron a operar en mayo de 1981.

Las ISAPRES fueron el producto de una corriente modernizadora, cuyo objetivo era realzar la eficiencia global de la economía para mejorar su competitividad internacional. Se consideraba que esto contribuiría al ajuste estructural y a la aplicación de un nuevo modelo de desarrollo orientado al exterior. La nueva concepción se sustentaba en la concesión de subsidios, la elección del mercado como mecanismo de asignación de los recursos y el fortalecimiento de la propiedad privada.

En el ámbito de las pensiones, que fue el componente esencial de las reformas del régimen previsional, se sustituyó el concepto de "reparto" simple por el de contribuciones depositadas en la cuenta correspondiente a cada trabajador. En lo que respecta a los servicios de salud, los trabajadores pueden optar entre distintas entidades que financian, administran y prestan servicios de salud, y de aportar sus contribuciones obligatorias al sistema estatal o a las nuevas entidades privadas (ISAPRES).

Hay ciertos rasgos de la evolución de las ISAPRES que son dignos de mención. Entre otros, cabe destacar que la afiliación a las ISAPRES ha aumentado a una tasa promedio de 33% anual y que en los últimos años del período analizado ésta ha sido del orden del 20%. A fines de 1992, aproximadamente el 22% de la población estaba afiliado a estas instituciones.

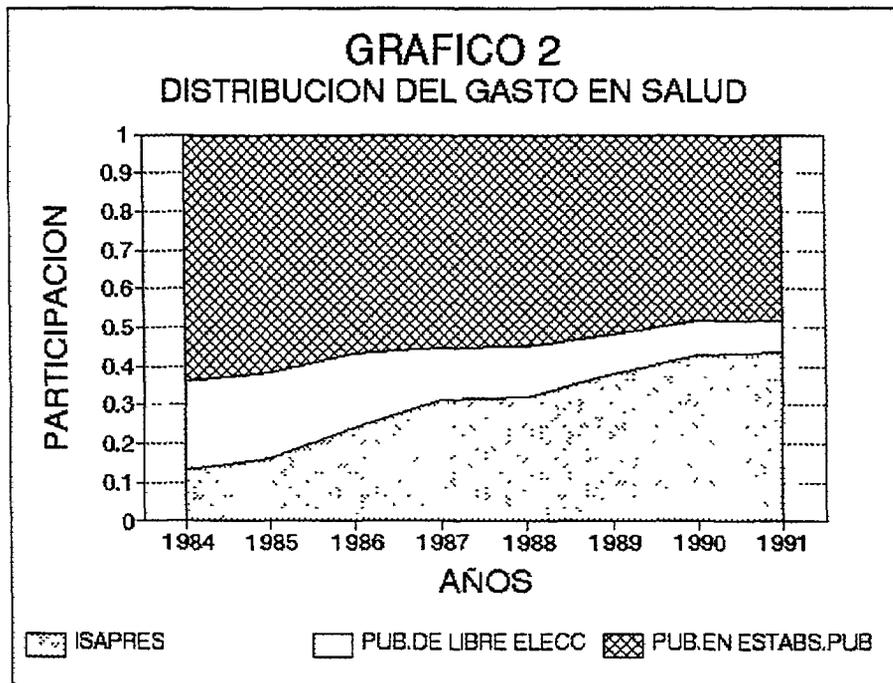
Recuadro IV-2 (cont.)



Debido a que los afiliados a las ISAPRES son los trabajadores de mayores ingresos, la participación de estas entidades en el gasto global en salud ha aumentado; paralelamente, se ha ido reduciendo la participación del sistema estatal (Sistema Nacional de Servicios de Salud —establecimientos públicos— y modalidad de libre elección (FONASA)). Por lo tanto, a fines de 1991 el 50% del gasto en salud correspondía a las ISAPRES. Por una parte, el gasto promedio de los afiliados a las ISAPRES es varias veces superior al de quienes se han visto obligados a mantenerse dentro del sistema estatal, debido a sus bajos ingresos. Por otra, mientras el sistema estatal es de carácter redistributivo progresivo, el de las ISAPRES es regresivo, puesto que quienes ganan más tienen derecho a mayores beneficios. Esto ha acentuado la incoherencia interna del sistema de salud chileno, tanto entre el sistema estatal y el de las ISAPRES como entre estas últimas.

Además, al contrario de lo que sucede en el sistema estatal, las ISAPRES aplican criterios selectivos, en virtud de los cuales no aseguran a las personas más vulnerables. Las ISAPRES también discriminan a las personas de la tercera edad, aunque hayan estado afiliadas a estas instituciones cuando trabajaban. Debido a todo lo anterior, la afiliación al sistema estatal es la única alternativa que tienen los enfermos crónicos, las personas más vulnerables, los ancianos e incluso los afiliados a las ISAPRES que desean evitar el pago de primas muy altas. Esta situación ha dado origen a controversias, puesto que, pese a que las ISAPRES forman parte del sistema de seguridad social chileno, existen profundas diferencias entre ambos.

Recuadro IV-2 (concl.)



En vista de las deficiencias que presentan las ISAPRES, se presentó al Congreso un proyecto de ley de reforma de estas instituciones que se ha estado discutiendo desde 1992. Probablemente sea necesario reformar todo el sistema de salud chileno, para que las ISAPRES sean coherentes con el conjunto y contribuyan al logro de los objetivos generales de salud.

Una de las estrategia propuestas para realizar la equidad y la eficiencia del sistema es el establecimiento de una "canasta básica" de prestaciones que todas las ISAPRES deberían ofrecer a sus afiliados. Además de este mínimo obligatorio y de acuerdo a sus posibilidades económicas, las ISAPRES podrían ofrecer otros beneficios o prestaciones especializadas, que supondrían una cotización adicional no exenta de impuestos. La selección de las prestaciones que se incluirían en la canasta básica debería basarse fundamentalmente en las preferencias sociales y en criterios de eficiencia en función de los costos. El Estado fiscalizaría el cumplimiento de las normas pertinentes por intermedio de la Superintendencia de ISAPRES.

Fuente: E. Miranda, "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno", Estudios públicos, N° 39, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP), invierno de 1990; "Evaluación de la experiencia chilena con las instituciones de salud previsional", Tendencias económicas de los sistemas de salud, M. Virgolini, y Gines González García (comps.), Buenos Aires, Asociación de Economía de la Salud (AES), 1993; y Un análisis de la propuesta de modificación de la ley de ISAPRES (Ley 18.933), serie Documentos de trabajo, N° 194, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP), 1993.

C. PROVISION DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD

A continuación se presenta un breve análisis de algunos aspectos de la provisión de bienes y servicios de salud, que se complementará con un examen de los mercados vinculados al sector en la versión definitiva de este documento.

La provisión de servicios de salud supone diversas combinaciones de recursos humanos (médicos y otros profesionales de la salud), equipos, establecimientos hospitalarios, insumos de salud y fármacos. El precio de estos recursos se determina en distintos mercados, que conviene analizar por separado pese a su estrecha interrelación.

Las prácticas médicas determinan la demanda de equipos, insumos, fármacos y servicios de hospitalización. Aunque existen complementariedades obvias entre estos factores productivos, corresponde a los médicos determinar en qué proporción se combinan.

1. El mercado de servicios médicos

La oferta de servicios varía notablemente en la región, tanto de un país a otro como en cada uno de ellos. Esto se refleja en las diferencias que presentan los índices de profesionales de la salud por número de habitantes. En algunos países el número de médicos por habitantes es similar a la tasa europea promedio y muy superior a la de los países industrializados.

Una de las peculiaridades del mercado de servicios de salud es la concentración del ingreso en los profesionales más destacados. Los especialistas han desplazado a los médicos generales. Por otra parte, se ha producido una reducción relativa de los ingresos de los médicos jóvenes, las mujeres —que constituyen una proporción creciente de los nuevos graduados—, los profesionales que ejercen en el medio rural y otros.

En la medida en que se expande el ámbito de la medicina privada, tienden a consolidarse dos modelos de atención de la población. La fragmentación de los servicios y los dos modelos de organización que ésta supone condicionan notablemente el financiamiento global del sector salud, en la medida en que existen vasos comunicantes entre el ámbito público y el privado. Lo que ocurre en este último acaba repercutiendo en el sector público, que también se ve impulsado a incorporarse a la carrera en pro de la modernización tecnológica, a elevar los aranceles médicos, a adoptar pautas de exclusión de pacientes, etc.

A medida que los mercados de salud se van formalizando y desarrollando, el ingreso de los médicos pasa a depender cada vez más de las entradas provenientes de la propiedad de los equipos que emplean y éstas, a su vez, dependen cada vez más de las entradas asociadas a la innovación tecnológica. Esta tendencia general se ve exacerbada en los mercados en que la oferta de servicios médicos es abundante. La competencia que se establece entre los médicos por atraer a un mayor número de pacientes, lejos de centrarse en los precios y en los esfuerzos por reducir los costos, se centra en la diferenciación de los servicios sobre la base de una creciente complejidad tecnológica. Esta actitud los impulsa a lograr un mayor grado de especialización, y a optar por las terapias y los equipos más avanzados desde el punto de vista tecnológico, de tal modo que sus ingresos dependen en forma creciente de la inversión y la innovación tecnológica. Naturalmente, esta actitud lleva a incrementar las exigencias del sistema de

formación médica, lo que se combina con restricciones cada vez mayores destinadas a imponer barreras a la incorporación al mercado de servicios especializados.

2. El mercado de servicios hospitalarios

El mercado de servicios hospitalarios también se caracteriza por una organización y un comportamiento complejos. También en este ámbito, la región presenta enormes disparidades; en algunos países (Argentina, Barbados, Cuba o Uruguay) el número de camas por habitante es superior a la media de los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. La relación entre el sector público y el privado se está transformando, debido al rápido crecimiento de la infraestructura privada en la última década, a partir de una base de 20% a 40% de las camas disponibles. En Chile las camas privadas aumentaron de 4 088 a 10 190 entre 1980 y 1989, y llegaron a constituir el 25% del total. Algo similar ocurrió en Argentina, Brasil y otros países de la región. En Uruguay la infraestructura de los hospitales públicos sufrió un deterioro en las últimas tres décadas (el número de camas se redujo de 14 000 a 8 100), en tanto que las mutuales privadas lograron expandir significativamente su infraestructura hospitalaria, de tal modo que en 1991 tenían 2 500 camas en sus establecimientos y 750 disponibles en otros, en comparación con 1 900 en 1962. En Argentina las camas de los establecimientos privados (algo menos de 50 000 en 1980), constituían cerca de un tercio del total disponible en el país. En las últimas dos décadas han aumentado un 4.5% acumulado por año, en tanto que las camas de los servicios públicos disminuyeron de 100 000 a 93 000, aproximadamente. Esta redistribución de la infraestructura se deriva, en muchos casos, de la demanda de servicios que las entidades de la seguridad social han ido encauzando gradualmente a prestadores privados.

Algo similar a lo que ha sucedido en el mercado de servicios médicos ocurre actualmente con los servicios hospitalarios, cuya propiedad está pasando a manos de profesionales más destacados, que también conciertan acuerdos comerciales que les permiten participar en los ingresos provenientes de la internación de sus pacientes. Una tendencia semejante se observa en el caso de los centros médicos y centros de diagnóstico, que además establecen vínculos favorables con los proveedores de los insumos empleados en las actividades terapéuticas y de diagnóstico.

3. El mercado de medicamentos y materias primas farmacéuticas

Los fármacos son elementos importantes de los diagnósticos y las terapias y, por lo tanto, forman parte del proceso de prestación de servicios de salud, aunque incluso pueden llegar a sustituirlos en algunos casos. El escenario regional muestra marcadas disparidades, tanto en la oferta (producción más importación) como en la demanda de medicamentos. En un extremo está Argentina, cuyo consumo asciende aproximadamente a 80 dólares per cápita anuales a precios minoristas, monto similar al registrado en España y Portugal. Esto contrasta con la situación existente en países cuyo gasto per cápita asciende apenas a 7 dólares anuales por habitante. En estas notables diferencias inciden el precio promedio de los fármacos, los hábitos de la comunidad médica, la actitud de la población con respecto a los medicamentos, los sistemas de financiamiento, las facilidades de acceso, la conducta de la industria productora de medicamentos y el nivel de desarrollo de la sociedad.

La industria farmacéutica es dinámica en lo que respecta a las innovaciones y la elaboración de nuevos productos y, además, emplea a una variada gama de profesionales. Por lo tanto, ha contribuido significativamente al perfeccionamiento de las tecnologías de diagnóstico y terapéuticas empleadas, tanto

en el fomento como la prevención y recuperación de la salud. No obstante, en la práctica las áreas de mayor rentabilidad se han centrado en la recuperación de la salud, lo que responde a la tendencia predominante en la evolución de la medicina.

Hasta no hace mucho, los precios de los fármacos estaban sujetos a control en gran parte de la región. La reciente desregulación de la economía ha provocado un aumento de los precios absolutos y relativos de los medicamentos, con lo que se ha incrementado la proporción del gasto de los hogares y de la comunidad que éstos representan. Las instituciones de seguridad social médica han reaccionado a esta situación, que incide en sus gastos globales, reduciendo la cobertura que otorgan en este rubro o estableciendo mecanismos de recuperación de costos.

El origen de los fármacos que se consumen en la región permite identificar al menos tres situaciones, que corresponden a distintas etapas de desarrollo de la industria químico-farmacéutica. En algunos países se fabrican prácticamente todos los fármacos que se consumen y una cierta fracción —entre 10% y 30%, aproximadamente— de los principios activos y las materias primas farmacéuticas. En otros, se fabrica una proporción importante de los medicamentos, pero prácticamente no ha comenzado a desarrollarse una industria local que sea capaz de elaborar principios activos de uso farmacéutico. Finalmente, en los países más pequeños o de menor desarrollo relativo, una alta proporción o la totalidad de los fármacos son importados.

Cada caso plantea problemas muy diferentes, tanto desde el punto de vista del funcionamiento del mercado de fármacos como desde la perspectiva de la política pública. Con la reducción de los aranceles de importación, la admisión de la emisión de patentes para los productos farmacéuticos y biotecnológicos y la libertad de acceso a los certificados de autorización del lanzamiento de nuevos productos al mercado, la industria de capital nacional productora de materias primas farmacéuticas está desapareciendo y siendo sustituida por grandes empresas transnacionales que dominan cerca del 80% del total del mercado local. Esto ocurre incluso en algunas de las economías más grandes de la región, como Brasil y México.

Hay factores que dificultan el desarrollo de la industria farmoquímica local, como el alto costo y la larga duración de los programas de investigación y desarrollo de nuevos principios activos. Estos factores dificultan el acceso de los productores latinoamericanos a la innovación farmoquímica. Además, debido a la posibilidad de patentar los productos, la reducción de las barreras arancelarias y la supresión de las preferencias otorgadas a fabricantes nacionales por las autoridades sanitarias del respectivo país, es muy difícil que pueda existir una industria nacional en este sector.

Capítulo V

LA PROPUESTA SOBRE SALUD EN LA TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD

Tal como se mencionó en el Capítulo I, la propuesta sobre Salud en la Transformación Productiva con Equidad (STPE) procura avanzar hacia el logro de una mayor equidad respecto de los riesgos de salud y el acceso a los servicios, lo que requiere, a su vez, mayor eficiencia en la asignación de recursos y mayor eficacia en las intervenciones de salud. Esto deberá lograrse progresivamente mediante la promoción de la salud y la garantía del acceso universal a los servicios de atención, por una parte, y por la otra, la modificación de los factores condicionantes que generan morbimortalidad y el logro de acuerdos entre los principales participantes en el sistema de salud en torno de la propuesta de reforma. Con vistas a una transición del sistema y las condiciones sanitarias para promover una mayor equidad, calidad y productividad en el campo de la salud, la propuesta de STPE se sustenta en los siguientes componentes:

- i) la acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud;
- ii) el diseño y la implementación de una canasta básica de atenciones de salud;
- iii) la focalización de programas y acciones de salud;
- iv) la reforma del sector de la salud, que comprende el cambio institucional a nivel cultural y la descentralización; la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto a financiamiento, regulación, gestión y provisión de servicios de salud; el desarrollo de la capacidad de monitorear los perfiles de problemas prioritarios de salud en diferentes sectores sociales y el impacto de las intervenciones sobre las inequidades en cuanto a salud; y
- v) la inversión en recuperación y ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y de la infraestructura sanitaria básica.

En la acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud se reconoce que los avances de la salud obedecen a una pluralidad de causas, en las que tienen fuerte incidencia los factores extrasectoriales —agua potable, saneamiento básico, nutrición y educación, entre otros—, así como la atención primaria de salud y las acciones preventivas. En esta perspectiva cabe buscar, por lo tanto, tecnologías menos medicalizadas, con especial énfasis en el fomento de la salud y de la prevención. Con ello también se pueden aprovechar las interrelaciones entre el sector de la salud y el resto de los sectores productivos, dado el potencial efecto dinamizador que ésta ejerce sobre la producción, el empleo, el desarrollo científico y tecnológico y la formación de recursos humanos. La política de promoción de la

salud es parte importante de este componente debido a su capacidad de movilización intersectorial, que le permite incorporar a los distintos factores que inciden en el mejoramiento de los niveles de salud de la población al fomentar la toma de conciencia respecto de los problemas y las inequidades de acceso en el campo de la salud, así como de la necesidad de asumir compromisos políticos para resolverlos.

La propuesta tiene como uno de sus ejes principales el acceso equitativo a una canasta básica de atenciones de salud, la cual responde a los estándares y métodos técnico-médicos, es económicamente solventable y socialmente convenida y aceptada. Su propósito es garantizar el acceso universal a la población, por lo que se articula convenientemente con el conjunto de servicios y condiciones que inciden en la salud, aunque dependen de otros sectores de actividad, con el fin de asegurar que también en todo ese conjunto de condicionantes se logre universalidad y equidad. El componente de focalización tiene como referente la canasta básica y el resto de los condicionantes multisectoriales convenidos, y permite concentrar las intervenciones en los grupos de menor ingreso y mayor riesgo, así como en los grupos excluidos o postergados⁴¹ con el fin de asegurarles un acceso efectivo. El componente de inversión incide principalmente en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento y medio ambiente, por lo que se constituye en una expresión de la intersectorialidad. Al mismo tiempo, persigue recuperar la capacidad instalada de equipamiento e infraestructura, a la vez que redimensionarla y adecuarla para que pueda responder a los requerimientos vinculados a la implementación de la canasta básica y de las intervenciones de focalización. Incorpora, asimismo, inversiones en desarrollo institucional (estructuras organizativas, sistemas de gestión y de información) y de los recursos humanos (capacidad tecnológica y de gestión), con lo que persigue el aumento de la eficacia, la eficiencia y las interrelaciones sectoriales. De este modo, el componente de inversión está muy estrechamente vinculado al componente de reforma sectorial, que busca potenciar los recursos asignados a la salud, para lograr la máxima eficacia e impacto, minimizando los costos —para una calidad predefinida constante—, al atender a las necesidades de salud percibidas por la población.

Los componentes de la propuesta considerarán tanto al conjunto de los agentes que intervienen en el sistema proveedor de atenciones de salud como las interrelaciones de éstos con los del resto de los sectores cuya acción incide en los determinantes y condicionantes de la situación de salud, lo que generará cambios en los roles de dichos agentes —en un ambiente de creciente diversificación— y exigirá especialmente modificaciones de los papeles del Estado. En éste, las **funciones de regulación** pasarán a tener una importancia creciente, lo que obligará a cambiar sus modalidades y capacidad de gestión y negociación. También serán cruciales los cambios en las modalidades de gestión de todos los agentes, al ser la **descentralización** un requisito indispensable para que las comunidades locales logren creciente autonomía y responsabilidad en el enfrentamiento de sus problemas de salud.

A. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE ACCION

Tres valores constituyen el marco de referencia permanente de la propuesta STPE: la calidad, la productividad y la equidad en el campo de la salud. Se otorga especial prioridad a la formulación y puesta en marcha de políticas que busquen incrementar la equidad en materia de salud, es decir, que reduzcan

⁴¹ Se entiende por grupos excluidos o postergados aquellos sectores de la población cuyo acceso a la salud a través de los mecanismos regulares de provisión se encuentra obstaculizado por factores de género, etnia, perfil ocupacional y geográficos, para mencionar los principales.

las disparidades en las condiciones de salud de los diferentes grupos sociales y garanticen el acceso de todos los ciudadanos a la atención de sus necesidades básicas de salud.

Existe el convencimiento de que no pueden alcanzarse los objetivos planteados en materia de salud si no cambia la dinámica del desarrollo; por su parte, los factores del desarrollo —y muy especialmente los que conducen a mejorar la estructura productiva, la competitividad y la equidad— tienen como eje fundamental el desarrollo y mejoramiento de los recursos humanos de la sociedad, por lo cual la educación y la salud constituyen también factores que inciden en su dinámica.

La propuesta STPE tiene como horizonte normativo tanto los objetivos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, como los criterios estratégicos contenidos en la propuesta sobre transformación productiva con equidad. Entre las metas de la Estrategia de Salud para Todos en América Latina y el Caribe se destacan: elevar la esperanza de vida al nacer a un mínimo de 70 años, reducir la tasa de mortalidad infantil a un índice no superior a 30 por mil, prestar servicios de inmunización a todos los menores de un año de edad contra las principales enfermedades infantiles, y hacer extensivo a la totalidad de la población el acceso a servicios sanitarios. La propuesta sobre transformación productiva con equidad tiene como objetivo central el retorno de los países de la región a la senda del desarrollo en forma acorde con los nuevos escenarios mundiales y en el marco de economías abiertas, generando una dinámica que favorezca simultáneamente la modernización productiva, la inserción competitiva en la economía global y el mejoramiento sostenido de los niveles de equidad en todos los países. Tanto los objetivos inmediatos de salud como los del desarrollo sostenido distan de haberse alcanzado en el grueso de los países de la región.⁴²

Las economías de la región se encuentran en diferentes etapas del proceso de transformación productiva que puede conducir al crecimiento autosostenido y la equidad. Unos pocos países ya han efectuado el ajuste estructural y se encuentran avanzados en el camino de la recuperación, en tanto que otros han puesto en marcha el esfuerzo de ajuste y están ahora en las primeras fases de la recuperación. En la mayoría de los países, sin embargo, el ajuste recién se está llevando a cabo. La capacidad económica global para financiar las reformas varía según las etapas, lo que condiciona la posibilidad de avanzar en la dirección deseada.

La propuesta STPE busca reducir los riesgos de salud y asegurar la **universalización de la cobertura** de servicios básicos a la totalidad de la población. El logro de este objetivo permite incrementar la equidad y, al mismo tiempo, apoya la capacidad de las personas para convertirse en agentes activos de la producción. También contribuye a elevar la competitividad sistémica, al conjugarse con las intervenciones en educación y con el resto de los componentes de la inversión social.

Dado que la STPE se orienta de acuerdo con esta interacción sistémica entre mayor calidad y equidad de la salud, por una parte, y desarrollo de recursos humanos, por la otra, la estrategia aquí propuesta privilegia el uso de medidas que movilicen a diversos actores e incidan simultáneamente en distintos ámbitos. Así, por ejemplo, la coparticipación de los usuarios en el financiamiento de los sistemas, conjugada con la focalización, contribuiría sistémicamente (en varios sentidos), a revertir la recurrente tendencia del sector al desfinanciamiento; a ampliar progresivamente la cobertura de una

⁴² Un caso elocuente es el del agua potable, a la cual tiene acceso sólo 60% de la población de la región; otro, el de la vacunación contra enfermedades evitables de la niñez, cuya cobertura actual sólo alcanza a 70% de los niños.

canasta básica de condiciones y servicios de salud ofrecidos a los segmentos más pobres de la población; y a establecer un control mayor sobre la evolución de los costos y la calidad de las prestaciones.

También la canasta básica de servicios se concibe en una perspectiva sistémica, coherente con la lógica de la STPE. Por una parte, impulsa la transición de la situación de salud, ya que obliga a reorientar hacia la salud de los pobres la mayor parte de los recursos públicos que actualmente se utilizan para subsidiar la seguridad social y financiar la atención de los grupos de ingresos medios y altos, lo que favorecerá una mayor equidad en materia de salud. Por otra parte, al suprimir la "protección" financiera que otorga a los agentes privados y a la seguridad social, el Estado quedaría en mejores condiciones de asumir un papel regulador que lleve a eliminar las prácticas de evasión de pagos de los contribuyentes (empresas, trabajadores y hogares). Al ejercer esa función reguladora, el Estado puede impulsar una mayor eficiencia, la moderación de costos y la participación activa de personas y hogares en la promoción, prevención y cuidado de la salud. Todo ello permite avanzar en el proceso de transición sanitaria.

Sobre la base del análisis presentado en capítulos anteriores, la propuesta plantea ciertos desplazamientos necesarios desde las políticas de salud actuales hacia otras que contribuyan al logro de los objetivos que se pretende alcanzar. Estos serían los siguientes:

- i) desde un enfoque estrictamente sectorial a uno que contemple la acción intersectorial;
- ii) desde un Estado ineficiente, omnipresente u omiso, a un Estado promotor, regulador y eficiente;
- iii) desde una gestión centralizada a una descentralizada y autónoma;
- iv) desde un gasto público sin control y mecánico a otro controlado y que priorice las necesidades de los más pobres;
- v) desde acciones cuyo efecto se desconoce a programas y proyectos adecuadamente evaluados según metodologías que relacionen el costo con el resultado.

A su vez, los principios básicos de la propuesta son los siguientes:

- i) rol activo del Estado en la formulación e implementación de políticas de salud que contemplen el aporte de los sistemas de salud y de los sectores cuya acción incida en la situación de la salud y de los sistemas de servicios sanitarios;
- ii) conducta proactiva del Estado, esto es, capacidad para reconocer el entorno, para monitorear la situación de la salud en diferentes sectores de la población, así como el impacto de las intervenciones, y para anticiparse a los eventos mediante decisiones adecuadas. Para ello requiere capacidad de regulación y fiscalización del sistema de salud, de intervención cuando sea necesario corregir sus imperfecciones, y de reacción ante las prácticas restrictivas y cambiantes de los proveedores de atención de salud, a fin de corregir o moderar sus efectos regresivos, las presiones sobre los costos y el deterioro de la calidad;
- iii) desplazamiento progresivo desde un enfoque predominantemente curativo a uno orientado hacia lo preventivo;

- iv) creciente protagonismo tanto de la comunidad como de las personas en las acciones y opciones relativas al cuidado de su salud.

Lo anterior implica disminuir, en la medida de lo posible, la variedad de regímenes de contribución y beneficios que caracterizan a los sistemas fragmentados de seguridad social. En la mayoría de los casos, la diversidad de beneficios no guarda relación directa con las contribuciones destinadas a la salud, lo que agrava la inequidad. Debe procurarse minimizar los aportes del Estado a las ISS, hasta mantener sólo el nivel necesario para garantizar a los pobres su acceso a la canasta básica. Esto deberá ir acompañado de cambios en el rol de los distintos agentes, orientados a aumentar su eficiencia y a producir atenciones de salud que, con el mínimo costo, cumplan estándares de calidad determinados.

B. COMPONENTES DE LA PROPUESTA

1. Intersectorialidad y promoción de la salud

a) Criterios básicos para la intersectorialidad en el ámbito de la salud

La solución de los problemas de salud es compleja por la multicausalidad de los factores que la condicionan. No corresponde, por tanto, centrarse en la enfermedad, sino en la prevención, la promoción, el control y la reducción y eliminación de riesgos y daños (tanto individuales como comunitarios). El reconocimiento de que la salud está sujeta a influencias que van desde la herencia genética, pasando por los comportamientos individuales y las circunstancias sociales y familiares, hasta las condiciones del medio ambiente social y físico, constituye la base de este nuevo enfoque.

Las estrechas conexiones entre el desarrollo sanitario y factores determinantes exógenos al sector de la salud hacen necesario establecer vínculos intersectoriales para promover una estrategia integral que impulse el desarrollo sanitario con equidad. En la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Bogotá, 1992), se establece claramente la relación que existe entre el desarrollo de la salud y el esfuerzo por lograr la solidaridad y la equidad social. La persistencia de las condiciones de pobreza y los círculos viciosos que las acompañan, muestran la importancia de interrelacionar las acciones del sector salud con las de otros sectores (como educación, vivienda, agua y saneamiento, trabajo, obras públicas, transporte, agricultura, industria); más aún, cualquier conjunto de problemas que tenga que ver con las condiciones de salud de la población no puede ser resuelto sólo por la red de servicios de salud, sino que requiere el complemento intersectorial adecuado; ejemplos de situaciones de este tipo son los riesgos del medio ambiente físico o la reducción de factores de riesgo en las comunidades precarias o dispersas.

La coordinación intersectorial contribuye a mejorar los procesos decisorios al asegurar, por una parte, que las decisiones adoptadas a cualquier nivel estén fundamentadas en un rango amplio de información pertinente al problema en cuestión y, por la otra, al propiciar que los problemas de política se incorporen a alternativas integrales, en lugar de responder a demandas atomizadas.⁴³ La

⁴³ Véase M. Schaeffer, "Intersectoral Coordination and Health in Environmental Management", serie Public Health Papers, N° 74, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1981.

intersectorialidad requiere, a su vez, que se reemplace el enfoque convencional por otro multidimensional, que incorpore los factores no médicos que inciden en el estado de la salud, las relaciones entre ellos y el acceso a los servicios sanitarios —en especial de los grupos más pobres—, a fin de que las propuestas sean también intersectoriales.

Para la puesta en marcha de políticas intersectoriales un factor crucial es la identificación de los grupos postergados o de riesgo. También deben establecerse procesos de planificación intersectorial orientados por la estrategia de promoción de la salud.⁴⁴ Deberán proveerse medios para identificar y evaluar la influencia de los programas nacionales y las políticas macroeconómicas sobre la salud de la población, para lo cual pueden individualizarse o diseñarse varios mecanismos. El ministerio de salud debe desarrollar su capacidad para planificar actividades de salud interrelacionadas, analizar el impacto de factores extrasectoriales sobre las metas de salud y ofrecer alternativas para coordinar acciones intersectoriales. Esto exige adaptar o sustituir tecnologías, implantar nuevos marcos de organización, poner énfasis en la atención primaria y la promoción de la salud y modificar el perfil profesional de los trabajadores de la salud. Además de estos cambios dentro del sector sanitario, es preciso promover transformaciones en el ámbito nacional. Así, por ejemplo, se requiere ubicar la salud y la equidad en lugares prioritarios de la agenda política; aumentar la confianza de otros sectores y hacerlos participar en cuestiones de salud; aumentar la capacidad de negociación del sector; y formular objetivos para los niveles político, legislativo y de asignación de recursos. En materia de instrumentos de política, es importante la reasignación del gasto gubernamental en favor de la salud y de actividades para su protección y promoción; también lo es lograr que los donantes reorienten su apoyo financiero hacia la solución de problemas de salud enunciados intersectorialmente.⁴⁵

La articulación es fuerte si es horizontal y se puede manejar a diversos niveles: desde la comunidad motivada, cuando ésta participa en el proceso de adopción de decisiones y es punto focal para definir necesidades y gestionar cambios, hasta el nivel del gobierno nacional. La formación de redes comunitarias o de otros tipos de mecanismos a escala local representa un doble aporte. Por una parte, presiona a la autoridad política para que disponga la provisión de recursos de apoyo. Por otra, potencia el impacto sobre las condiciones de salud de iniciativas surgidas fuera del sector, como podrían serlo la extensión de servicios de agua potable y alcantarillado o la promoción de la salud por la vía de la educación comunitaria o la atención preescolar.

Para que la salud se convierta en una preocupación de todos es necesario realizar esfuerzos informativos y educativos que lleguen al mayor número de personas. La introducción de información pertinente en los medios de comunicación masiva, en los contenidos educativos básicos y en las deliberaciones comunitarias es de esencial importancia para lograr que las decisiones de la población en lo concerniente a la salud individual, familiar y comunitaria, sean fundamentadas. También es indispensable apelar a las organizaciones de trabajadores de la salud y a líderes sociales y políticos para promover su apoyo al mejoramiento y transformación de los sistemas nacionales de salud.

⁴⁴ La estrategia de promoción de la salud apunta a formular políticas sanas, prestar atención al ecosistema, modificar estilos de vida nocivos y reorganizar los servicios de salud.

⁴⁵ Véase Health Transition and Development. Sector Priorities and Reform, Informe de Conferencia Internacional, Bellagio Study and Conference Center, Italia, 22 al 26 de junio de 1992.

En la región se están dando importantes iniciativas intersectoriales para el desarrollo sanitario.⁴⁶ Se han realizado campañas especiales de salud de alta prioridad nacional con la cooperación de diversos sectores e instituciones, así como experiencias en coordinación intersectorial para el fomento de la salud en las áreas de planificación familiar, nutrición, salud rural, control de vectores, medio ambiente, programas escolares para la atención de salud, inmunizaciones, educación para la salud a edad temprana y promoción de hábitos, actitudes y prácticas que propicien la salud. Se han llevado a cabo campañas antimaláricas, por ejemplo, que deben ser integradas y coordinadas con programas agrícolas, de irrigación y de provisión de agua potable, servicios, vivienda e instalaciones para la educación. No obstante, persiste la falta de coherencia y la limitada coordinación en muchos de los programas y, con frecuencia, los planes de salud quedan limitados a las acciones que competen exclusivamente a los servicios sanitarios. Aunque la naturaleza de los vínculos entre la salud y los procesos más amplios de desarrollo socioeconómico se ha vuelto más evidente, todavía hay que avanzar en la formulación de políticas públicas y programas que contribuyan efectivamente a mejorar la calidad de vida de la población y a promover la equidad. Por último, se mantienen tendencias que no favorecen la aproximación intersectorial, como la excesiva centralización de la adopción de decisiones y el manejo de recursos, la verticalidad operativa y la feudalización institucional, que atomiza los sectores encargados de la política social.

La promoción de la salud constituye un proceso de concatenación que trasciende del sector específico al que compete, si bien su objetivo central es otorgar a las personas un mayor control sobre la salud. Se basa en la denuncia de las inequidades existentes en el seno de cada sociedad y entre los diversos países, para cuya corrección se postula la necesidad de asumir un compromiso político, sobre la base de que los recursos dedicados a la salud y su mantenimiento constituyen una inversión social y no un gasto irrecuperable. En este marco, la Carta de Ottawa y la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Bogotá definen las principales áreas de acción para la promoción de la salud:⁴⁷

- i) formulación de una política de salud pública que trascienda de las dimensiones curativas. Esto implica una visión intersectorial que posibilite acciones de la población, de los servicios de salud, de las autoridades sanitarias y de los sectores sociales productivos;
- ii) creación de ambientes propicios a la salud tanto en los aspectos físicos y ambientales como sociales, mediante la promoción de municipios sanos;

⁴⁶ En algunos países del Caribe existen comités intersectoriales para formular políticas y planes; en Venezuela se dispone ya de estudios sobre el impacto de las políticas extrasectoriales sobre la salud; en Brasil se ha llevado a cabo un estudio sobre las relaciones entre estructura agrícola, gobierno y políticas de alimentación y nutrición en favor de la salud de grupos vulnerables, procesos de urbanización y sus efectos sobre la salud, políticas industriales y solicitudes para producir productos farmacéuticos y otros utilizados por el sector de la salud. (Véase también, OPS, "National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study in Intersectoral Action", serie Technical Papers, N° 13, 1988.)

⁴⁷ Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública, Carta de Ottawa para la promoción de la salud: una conferencia internacional sobre la promoción de la salud, Ottawa, noviembre de 1986; OPS y Ministerio de Salud de Colombia, Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C., 1992.

- iii) fortalecimiento de las acciones comunitarias en materia de salud. La participación de la comunidad organizada favorece la identificación de necesidades y prioridades para modificar la realidad y aumentar el bienestar;
- iv) desarrollo de aptitudes personales que conduzcan al control individual de la salud y del medio ambiente, a fin de reducir los factores de riesgo de morbilidad;
- v) reorganización de los servicios sanitarios para priorizar la promoción de la salud y la prevención;
- vi) la promoción de la salud debe identificar los factores que favorecen la inequidad, promover acciones para aliviar sus efectos y, además, actuar como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y de sus dirigentes al respecto.

La estrategia de promoción de la salud contribuye simultáneamente a mejorar el estado de salud de la población y a aumentar las actividades que movilizan a otros sectores, como la educación. Asimismo, promueve intervenciones de salud que son altamente efectivas en relación con su costo, tanto en lo relativo a enfermedades infectocontagiosas como a las crónicas y degenerativas. De hecho, también constituye una estrategia importante para contener los costos de salud, en especial en sistemas que dependen de alta tecnología. Debe recordarse, además, que en la región existirá en los próximos años un importante contingente de población en edad productiva vulnerable a patologías como el SIDA, el tabaquismo, la drogadicción y el alcoholismo, para cuya prevención la promoción ha demostrado una gran eficacia. Con ello se puede contribuir al mantenimiento de la productividad de la mano de obra y al ahorro potencial en atenciones médicas. La movilización social que la promoción de la salud desencadena puede ser capitalizada también en otros ámbitos del desarrollo.

b) Núcleos estratégicos para la intersectorialidad de la salud

Una primera dinámica intersectorial es la que se da entre educación y salud. Existe, por ejemplo, la necesidad de hacer que todos los niños se incorporen a la escuela a la edad correspondiente; esto favorece la participación laboral de ambos padres y mantiene a los niños bajo atención en la escuela. El contingente poblacional que ingresará a la educación en los próximos 6 a 10 años será —por factores demográficos y de aumento de la cobertura y de la esperanza de vida escolar— el mayor en la historia de la mayoría de los países de la región. Este mismo hecho torna el establecimiento educacional en un ámbito privilegiado para la acción sanitaria, ya que allí podrían practicarse intervenciones en las áreas de la nutrición, la vacunación y, en especial, la educación para la salud.

La relación entre educación, medios de comunicación de masas y promoción de la salud constituye otra esfera estratégica. Actualmente coexisten el acceso bastante generalizado a la educación formal y la creciente exposición a los medios de comunicación de masas. Si esto se combina con el conocimiento de las interrelaciones entre los hábitos de vida y la salud se configura un campo fundamental de intervención al futuro: la educación para la salud mediante su incorporación en los currículos de educación formal (primaria y secundaria) y en módulos destinados a los medios de comunicación de masas. Integrada a los currículos primario y secundario, la educación para la salud permitiría lograr la socialización inicial. Igualmente, a un costo reducido, por medio de una reglamentación sencilla y de la concertación con las empresas de los sectores productivos y de los medios de comunicación, es factible ir dotando de

coherencia y consistencia los mensajes sobre salud que se emitan y favorecer así la socialización en materia de salud de los adultos. Esta acción intersectorial permitiría, en diversos grados según el estado de avance educativo y el desarrollo de los medios y las audiencias, aprovechar la experiencia acumulada por los países desarrollados en las áreas de la prevención y de la promoción de la salud, anticipando así su influencia positiva en la reducción de los costos de la medicina curativa (ambulatoria y de internación).

La adaptación de las acciones intersectoriales puede encontrar espacios más flexibles y propicios en unidades político-administrativas de menor escala, como se recomienda en el programa sobre municipios sanos de la OPS. Estos ambientes permiten potenciar los esfuerzos multisectoriales de las autoridades, las instituciones públicas y privadas, los empresarios y trabajadores, así como la inversión de recursos comunitarios para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población. Además, estos entornos pueden beneficiarse de la utilización adecuada de los medios de comunicación de masas y favorecen el incremento de la cobertura poblacional.

El proyecto "Ciudades sanas" que la Organización Mundial de la Salud está llevando a cabo en Europa y en municipios de Quebec, Canadá, ha impulsado a los países de América Latina y el Caribe a tratar de adaptar esas experiencias a las municipalidades locales. La OPS ha apoyado este esfuerzo, que favorece la transferencia de poder a la comunidad, la movilización de recursos y el aumento de la capacidad de gestión de los trabajadores de la salud. A pesar de que la extensión de estos proyectos es todavía limitada, se ha acumulado cierta experiencia en localidades de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba y México, que ha demostrado su factibilidad y viabilidad.

Una dimensión tradicionalmente propicia a la acción multisectorial y que ahora adquiere creciente importancia es la ambiental. Cabe referirse, en particular, a las experiencias de saneamiento básico en ciudades grandes e intermedias, cuyo desarrollo podría conjugar la eficacia que alcanzaron en el pasado en materia de salud y urbanización con una mayor eficiencia y equidad. La eficiencia se lograría a través de la gestión autónoma y descentralizada de las empresas de agua potable y alcantarillado, y la equidad, mediante la generalización de tarifas progresivas sobre el consumo; también existe la posibilidad de utilizar esos recursos para favorecer a los pobres, que hacen menor uso de los servicios de agua y alcantarillado. Las experiencias en curso demuestran la rentabilidad financiera de estas empresas, a la vez que dan un impulso importante al incremento de la cobertura de estos servicios. Hay fórmulas que también podrían extenderse al medio rural, como la de los comités de agua, que consiste en entregar a órganos de la comunidad la responsabilidad de conservar las fuentes y mantenerlas en funcionamiento, complementando su acción con apoyo técnico y económico del Estado para la construcción de pequeñas obras. El principio común es la autonomía de gestión y el financiamiento a través de entes descentralizados. Los órganos centrales o regionales asumen así más plenamente su función de regulación y de apoyo subsidiario.

Los problemas ambientales de salud que están surgiendo incluyen la vivienda, el centro de trabajo y el espacio urbano. La vivienda, cuyo déficit es crónico en la región, emerge como un obstáculo relevante a medida que se van solucionando las carencias de saneamiento básico. Obviamente, esto no remite los problemas de vivienda al sector salud, pero sí da lugar al desarrollo de organismos de financiamiento habitacional sustentados en el esfuerzo de empresarios, trabajadores, Estado y organismos de cooperación externa⁴⁸ para promover, según el tipo de país, la difusión de fórmulas como la

⁴⁸ Desde el financiamiento de casetas sanitarias a la creación de fondos de capitalización para el crédito habitacional.

autoconstrucción o la vivienda económica comercial. Las autoridades de salud pueden así complementar las acciones llevadas a cabo por otros sectores con la elaboración y actualización de normas sanitarias habitacionales y la sugerencia de soluciones técnicas que viabilicen su cumplimiento.

La relación entre salud y ambiente en el campo laboral tradicionalmente se asociaba a la prevención de accidentes del trabajo. Actualmente, se consideran cada vez más los problemas relacionados con la duración de la jornada de trabajo, la exposición a factores de riesgo (por ejemplo, luminosidad y ruido), el clima de tensión y otros similares, que siendo igualmente negativos para la salud, no son tan evidentes como los accidentes. Para abordarlos serán decisivos la seguridad social y el fortalecimiento sindical. La primera debe intervenir por el costo que representan los días de ausencia por enfermedad, las indemnizaciones por incapacidad y el incremento de los retiros anticipados por razones de salud; los sindicatos, por la atención que requiere este problema recurrente, hasta ahora postergado en aras de las reivindicaciones salariales. La relación que se dé entre estos dos factores en cada país irá determinando la importancia de los problemas ambientales y su gravitación estratégica. La salud ocupacional deberá mantener la autonomía de su gestión y financiamiento. La participación estatal estará centrada en la regulación interministerial (salud y trabajo) y será fundamental que se oriente al fomento de la previsión y a la promoción, hoy ausentes.

En el campo de la salud ambiental urbana corresponde orientarse hacia la autonomía institucional, la descentralización administrativa y el financiamiento por parte de los responsables y usuarios (por ejemplo, aplicación del principio de "quien contamina paga"). Aquí, sin embargo, la acción del Estado debe combinar su función regulatoria general con el apoyo —incluso financiero— para la puesta en marcha de las intervenciones de mayor envergadura (como por ejemplo, la relocalización industrial). También es recomendable que en situaciones muy agudas de contaminación del aire urbano, como sucede en Ciudad de México y Santiago de Chile durante el invierno, el ministerio de salud cuente con un sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) para evaluar los efectos de la contaminación atmosférica y los factores climáticos en la salud de la población.⁴⁹

Un área de acción en que la integralidad y la intersectorialidad cobran creciente importancia es la de la salud de la mujer. Se debe mejorar la calidad de la atención de salud, tanto física como mental, y el acceso a la misma y promover un enfoque integral que supere lo meramente biológico y médico. Se deben adoptar medidas respecto de la salud laboral de la mujer, incluida la seguridad en el trabajo, y reorganizar el proceso de atención, de modo que la evaluación y el diagnóstico consideren antecedentes respecto de condiciones de vida específicas de las mujeres que repercuten en su salud, lo que permitiría comprometer la intervención de otros sectores y programas de apoyo social.

El vínculo intersectorial entre la salud de la mujer, la educación para la salud y las actividades en materia de población debe seguir estrechándose. Es necesario incorporar el enfoque de género, centrado en las relaciones entre la biología y el medio social, al análisis de la salud de la mujer; promover especialmente el acceso de la mujer a los recursos básicos para la promoción y protección de la salud; entregarle información sobre reproducción y los medios que le permitan ejercer y acceder a la libre decisión sobre número y espaciamiento de los hijos; e impulsar programas de prevención y tratamiento integral del embarazo adolescente y de lucha contra el cáncer entre la población femenina. También se debe mejorar la prevención de la mortalidad y morbilidad materna perinatal

⁴⁹ H. Sandoval, La contaminación del aire y sus efectos sobre la salud (LC/R.1025(Sem.61/24)), Santiago de Chile, CEPAL, 1991, p. 28.

2. La canasta básica

La canasta básica (CB) es el mecanismo que, de acuerdo con la propuesta STPE, permitiría operacionalizar la meta de universalizar el acceso de la población al conjunto de atenciones de salud contempladas en la CB. En coordinación con las intervenciones focalizadas —para las cuales sirve como referente—, e interactuando con el resto de los sectores cuyo quehacer incide en las condiciones de salud de la población, el objetivo de la implementación de la CB es reducir las inequidades en el campo de la salud derivadas tanto de las condiciones de ingreso y riesgo, como de otros factores diferenciales: el género, el origen étnico, la localización geográfica y las características ocupacionales, entre los más importantes. Permite un mayor aprovechamiento de las externalidades positivas en materia de salud, gracias al acceso universal a atenciones de salud, como en el caso de las inmunizaciones y los programas de prevención de riesgos colectivos, tales como la promoción de la higiene individual, la prevención de accidentes de tránsito y la reducción de la violencia urbana. Asimismo, contribuye a superar la pobreza, dado que garantiza el acceso a la salud a los pobres y excluidos, lo que reduce la incertidumbre de éstos ante la enfermedad y sus implicaciones en términos de pérdida de sus ingresos y menguados patrimonios.

La CB es también un mecanismo mediante el cual se logra materializar la solidaridad entre los distintos grupos de la población (de no pobres hacia pobres y excluidos) y entre generaciones (de población activa hacia población de edad). Así, abre vías concretas para canalizar y expresar la solidaridad en acciones, servicios e intervenciones cuya naturaleza e impacto son claramente identificables. Asimismo, contribuye a aumentar la integración social, deliberada y explícitamente, al reducir la exclusión tácita de los pobres y marginados. Es, por último, un instrumento clave para la política de salud, ya que permite asociar los resultados esperados con el empleo de recursos al contribuir al establecimiento de objetivos y metas, a la cuantificación del gasto, a la presupuestación y el control, lo que posibilita el monitoreo y optimización de los sistemas.

La canasta básica (CB) consiste en un conjunto determinado de atenciones de salud en las áreas de fomento, prevención y curación, que se proveerán a todos los miembros de la sociedad, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y sus diversos grados de riesgo, atendiendo a la disponibilidad de recursos de cada país y según las preferencias sociales y opciones de política adoptadas.

Es sabido que los avances en el nivel de salud de los pueblos se explican principalmente por las mejoras en los factores determinantes⁵⁰ y condicionantes de la salud, junto con acciones de atención de salud predominantemente de complejidad primaria, de lo que se desprende que es necesario abordar el mejoramiento de los niveles de salud mediante estrategias multisectoriales. Por lo tanto, dado que la CB es definida aquí sólo en términos de sus componentes de atención de salud, su implementación deberá necesariamente articularse multisectorialmente.

Será necesario definir los modos de intervención,⁵⁰ con el fin de establecer el grado de énfasis que se dará a las acciones de promoción, fomento, prevención y curación. Esta definición responderá a la evolución de los perfiles epidemiológicos —que acotarán el tipo de solución técnico-médica óptima—, así como a la relación costo-efectividad y costo-impacto de dichas soluciones alternativas; también

⁵⁰ Los modos de intervención se refieren a las distintas combinaciones de acciones de salud de fomento, prevención y curación que podrían adoptarse alternativamente para alcanzar iguales resultados de salud. Por ejemplo, alternativas que enfatizan la curación más que la prevención y el fomento, y viceversa.

considerará su contribución a la competitividad sistémica y las tradiciones y "culturas" sanitarias de cada país.⁵¹

La canasta básica debe reflejar las particularidades epidemiológicas, económicas y sociales de cada país y de sus diversas regiones, cuando en éstas dichos parámetros muestren variaciones que hagan aconsejable abordar sus problemas de salud mediante CB diferenciadas. Esto no sólo obedece a que en cada país las demandas que deberá satisfacer son distintas —por las diferencias en los perfiles epidemiológicos, los grados de desarrollo y las costumbres y preferencias sociales—, sino también a que los sistemas proveedores de atención de salud y, en general, los sistemas de seguridad social, presentan particularidades y grados de desarrollo distintos y a que las estrategias de salud y de atención que se adopten diferirán, al igual que la disponibilidad de recursos y las preferencias sociales en cuanto a la relevancia de la salud y la "disposición a pagar" de los hogares, trabajadores y empleadores.

A través del tiempo, las CB de los países —y de sus regiones— con similares disponibilidades económicas seguramente mostrarán una creciente convergencia. Esto sucederá a medida que las características de la demanda, de las estructuras organizativo-institucionales del sector de la salud y de otros que son determinantes para la situación sanitaria, los niveles de desarrollo, la evidencia sobre la mayor eficiencia de algunas de las soluciones adoptadas y, por último, los grados de conciencia sobre la influencia de la salud en los niveles y calidad de vida, sean más homogéneos.

Al definir su CB, los países deberán: identificar explícitamente el conjunto de atenciones de salud que es necesario incluir según el perfil epidemiológico de sus poblaciones; evaluar las relaciones costo-efectividad y costo-impacto de los distintos componentes de la CB, con la finalidad de priorizarlos sobre la base de su contribución al fomento, prevención y recuperación de la salud, al logro de la competitividad sistémica y a su impacto en materia de equidad; determinar el gasto global que implica otorgar distintos grados de cobertura a las necesidades de salud de la población; compatibilizar los niveles de gasto correspondientes a las alternativas de cobertura con la disponibilidad de recursos; asumir el compromiso de garantizar el acceso a la CB adoptada a la totalidad de la población, con el objeto de lograr universalidad y equidad en el ámbito de la salud. La CB definida sirve de referente para las intervenciones focalizadas⁵² que sea necesario implementar para los grupos poblacionales más pobres y de mayor riesgo y aquellos que se encuentren al margen —o con insuficiente acceso— de los sistemas y mecanismos regulares de financiamiento y provisión de atenciones de salud.

La metodología para el diseño de la CB exige compatibilizar la perspectiva técnico-médica, que considera los aspectos epidemiológicos y las formas de proveer las atenciones de salud, con las preferencias sociales y la perspectiva económico-financiera. Esta última está orientada a determinar el costo de los paquetes alternativos (CB alternativas), que podrían priorizarse con el fin de optimizar la relación costo-efectividad. Cabe destacar aquí, como enfoques prácticos, novedosos y recientes, que

⁵¹ Se entiende aquí como "cultura sanitaria" las costumbres y prácticas predominantes en cada país respecto de las formas de abordar el fomento y prevención de la salud y la resolución de las situaciones de morbilidad, una vez que se manifiestan. Así, en algunos países predominan las culturas sanitarias "medicalizadas" —con fuerte énfasis en las acciones curativas y escaso desarrollo del fomento y prevención—, mientras que en otros predomina el énfasis en la promoción de la salud como primera prioridad.

⁵² La focalización es abordada en la siguiente sección, donde se describen sus alcances y características.

pueden servir como metodologías de apoyo para abordar este problema, la experiencia del Estado de Oregón, en Estados Unidos de América, en la que se ha desarrollado una metodología que articula enfoques técnico-epidemiológicos, económico-financieros y sociopolíticos en la definición de las prestaciones de salud que deben ofrecerse a la población cubierta por su sistema de seguridad social. También, el Informe sobre el desarrollo mundial, 1993 del Banco Mundial, que incluye el cálculo de la carga de morbilidad —sobre la base del año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD), que es una medida que combina los años de vida saludable perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad; esto permite calcular la relación costo-efectividad de las distintas intervenciones. Asimismo, en el Programa Conjunto sobre Políticas Sociales para América Latina (PROPOSAL), realizado por la CEPAL y la Organización de los Estados Americanos (OEA), se ha desarrollado una metodología para evaluar los programas y proyectos de salud y así optar por los que presenten la mejor relación costo-impacto.⁵³

La elaboración de la canasta básica parte por identificar las "brechas" de cobertura,⁵⁴ para luego diseñar diversas opciones de canasta que permitan disminuirlas, establecer los costos de las diferentes opciones y dar un orden de prioridad a las CB alternativas, de acuerdo con la disminución de las brechas que se pretenda lograr y los gastos globales que esto implique. Finalmente, se elige en forma concertada (entre contribuyentes, usuarios y sus representantes) la canasta básica que será universalizada en cada coyuntura. De acuerdo con la evolución económica, el progreso de la tecnología y los cambios en las preferencias sociales, los componentes de las CB podrán ser modificados para reducir progresivamente las brechas y mejorar los niveles de salud de la población.

El grado de eficiencia de los sistemas de salud es un factor crucial para minimizar el gasto global que supone proporcionar la CB. Por lo tanto, parte fundamental del proceso de diseño y selección de la CB es la reforma sectorial, así como la optimización de las relaciones intersectoriales, aspectos que son abordados más adelante como otro de los componentes clave de la propuesta.

La CB constituye una primera fase indispensable, que abre y orienta el camino —a medida que los países avanzan hacia el crecimiento autosostenido y se desarrollan— para lograr, en plazos variables según los países, un sistema universal de seguridad en salud.

3. La focalización

La superación de la exclusión de los pobres, como se verá más detalladamente al analizar la reforma sectorial, implica en muchos casos drásticas transformaciones de las estructuras administrativas y de los niveles, calidad y costos de las actuales prestaciones. La focalización es un complemento de tales reformas; aunque por sí sola no puede garantizar un justo acceso de los pobres a la salud, puede contribuir eficazmente a brindarles paquetes selectivos de beneficios. La idea de la focalización se basa en el hecho de que la población es heterogénea, por lo cual es necesario diseñar acciones adecuadas

⁵³ E. Cohen y R. Franco, Evaluación de proyectos sociales, México, D.F., Siglo XXI Editores, 1992.

⁵⁴ Las "brechas" de cobertura de servicios y de población son las diferencias entre la cobertura requerida para responder a las necesidades determinadas y la cobertura alcanzable con distintos niveles de gasto y de empleo de recursos. Así, existirán diversos grados de reducción de estas diferencias, según los recursos que se esté en condiciones de destinar para lograrlo.

específicamente dirigidas a grupos de riesgo o con carencias, que tengan características similares, lo que permite aumentar la eficiencia y la eficacia.

La aplicación de este criterio es más urgente en países con una cobertura de salud deficiente, sistemas de salud carentes de coordinación y escasa disponibilidad de recursos. Pero también es pertinente adoptarlo en países que tienen una amplia cobertura de prestaciones, ya que en tal caso la focalización puede contribuir a hacer efectivo el acceso universal a la salud. Un ejemplo de ello es el programa para indigentes vinculado a los servicios del seguro social en Costa Rica.

Debido al perfil epidemiológico, los paquetes de beneficios focalizados no pueden reducirse a las patologías más simples y deben cubrir algunos servicios curativos complejos. La gama de esos beneficios estará condicionada por el conjunto de atenciones de salud que cada país incluya en su canasta básica.⁵⁵

La focalización tiene un impacto redistributivo, que es más favorable cuando se ha definido con claridad el espectro de grupos especialmente vulnerables, desde el punto de vista de la salud. Para ello la OPS ha postulado dos criterios; el primero es el criterio social, "que privilegia la atención a grupos especiales de riesgo, cuya salud es afectada de forma más intensa que el promedio de la población o que suelen enfrentar barreras para recibir atención de salud. Allí se incluyen las mujeres, los niños, los trabajadores, los ancianos, las minorías étnicas, etc. El segundo es un criterio epidemiológico, que enfatiza problemas de salud de alta prevalencia que, generalmente, pueden resolverse con tecnologías de costo-efectividad comprobada. Por este criterio se comprenden las enfermedades transmisibles, la desnutrición, los problemas ambientales, los accidentes, el SIDA, etc."⁵⁶

Al focalizar se pueden cometer errores de inclusión o de exclusión. Los primeros corresponden a la filtración de beneficios hacia sectores ajenos a la población objetivo, lo que implica desperdicio de recursos y aumento de las desigualdades. Los de exclusión son fallas de cobertura y acarrear costos en términos de bienestar actual y de pérdidas en recursos humanos.⁵⁷ Los programas focalizados, que buscan conciliar el buen uso de los recursos y la atención a los pobres y poblaciones en riesgo, deben evitar ambos tipos de error.

El conocimiento sobre las pérdidas que originan las filtraciones de beneficio es relativamente amplio, gracias a los avances en la medición del acceso de los pobres a servicios sociales generales y a programas focalizados. Por el contrario, es menor la atención que se ha prestado a los errores de

⁵⁵ En la sección relativa a la canasta básica se señalan los factores económicos, políticos y de desarrollo institucional que determinan su definición.

⁵⁶ C. Vieira, "Estrategias y políticas de atención social a grupos vulnerables: un aporte desde el campo de la salud", documento presentado a la Conferencia de México sobre Desarrollo Social y Pobreza, Oaxaca, México, 8 y 9 de septiembre de 1993, p. 5

⁵⁷ Por ejemplo, pérdidas en productividad ocasionadas por problemas nutricionales en adultos; efectos de la desnutrición y de retardos tempranos en el crecimiento sobre la productividad en la edad adulta; deficiencias cognitivas y de rendimiento escolar como resultado de la desnutrición; efectos intergeneracionales de la desnutrición materna traducidos en bajo peso de los niños; defectos de nacimiento o bajo rendimiento escolar, que pueden transmitirse hasta a dos generaciones. Véase G.A. Cornia y F. Stewart, Two Errors of Targeting, Innocenti occasional paper, Economic policy series, N° 36, Florencia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), marzo de 1993.

exclusión, de modo que el conocimiento al respecto es limitado, impreciso y poco cuantificado⁵⁸ Los errores de exclusión pueden resultar de los criterios utilizados, de recortes presupuestarios o de una combinación de ambos, pero hay indicios de que las restricciones financieras han sido la principal causa. Debe evitarse que los criterios de focalización y las formas de prestación de servicios —por ejemplo, los lugares donde se brindan— constituyan un factor de segregación de potenciales beneficiarios.

La focalización puede ser directa, cuando los beneficiarios son elegidos caso por caso, o indirecta, cuando se recurre a información general sobre grupos u hogares, para llegar a una identificación a nivel regional o comunal de los beneficiarios y sus carencias. Para optar entre diversos mecanismos también debe considerarse el beneficio por entregar y su valor; el tipo de beneficiario potencial, el número de contactos que se requieren para alcanzar el beneficio; los sectores excluidos que estarían interesados en obtener el beneficio; el grado de exclusividad del beneficio para el objetivo determinado; y las posibilidades de dilución intrafamiliar del mismo.

Cuanto menor sea el valor monetario del beneficio o mayor su exclusividad de uso, menores deberían ser las exigencias de focalización. Cuando el beneficio es costoso, como en el caso de las intervenciones curativas en nutrición, pero el eventual beneficiario es pobre, los criterios de selección pueden ser laxos. A su vez, el interés de los potenciales destinatarios de un programa puede decaer cuando el número de contactos necesarios para obtener los beneficios es alto.

A la ausencia de criterios claramente definidos para la focalización de las intervenciones o a la inadecuación de las mismas es atribuible en gran parte la falta de impacto de estos programas. En algunos países se han elaborado mapas de pobreza, que son utilizados por ciertos programas para seleccionar a los beneficiarios y que han demostrado ser útiles para focalizar intervenciones de alimentación y nutrición en áreas prioritarias. Los índices de pobreza que se usen deben ser determinados en función de los tipos de vulnerabilidad o de carencia que se desee solucionar. No conviene usar un único indicador para manejar subsidios muy diversos, porque su uso impide las soluciones específicas y excluye a las personas que exhiben carencias agudas en algunas dimensiones debido a la sobreestimación de valores alcanzados en otras.

El análisis según factores biomédicos, del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir y la focalización en los grupos de mayor riesgo, permiten emprender acciones preventivas y curativas que serán más eficaces cuanto más específicamente se definan el daño y cada uno de los factores considerados. De allí que en el plano local sea fundamental definir los problemas prioritarios de salud no únicamente en términos de daño, sino de factores de riesgo, para así mejorar la capacidad de definir coberturas funcionales e identificar grupos objetivo para acciones focalizadas.

Por su parte, la autoselección no supone costos administrativos y requiere mínima información sobre los beneficiarios. Se aplica cuando los servicios sólo pueden interesar a la población identificada como objetivo; así sucede, por ejemplo, con los programas de atención contra la desnutrición de alto riesgo.

⁵⁸ En un reciente estudio comparativo de 23 programas focalizados de la región se reconoce que "no fue posible medir los errores de exclusión" Véase M. Grosh, From Platitute to Practice: Targeting Social Programmes in Latin America, vol. 1, Banco Mundial, Washington, D.C., 1992, p. IX.

Este criterio de focalización no debe confundirse con la automarginación derivada de las deficiencias de la oferta (tales como baja calidad de las prestaciones, frecuentes rechazos y esperas) que revelan ineficiencia de gestión o extrema precariedad de recursos, y cuyos costos implícitos inducen a autoexcluirse incluso a los efectivamente necesitados

Para la selección individual de los beneficiarios se requiere conocer en detalle su perfil y mantener actualizada la información, como en el caso del tratamiento de personas afectadas por enfermedades o discapacidades específicas o por carencias nutricionales.

La selección grupal de posibles beneficiarios puede basarse en información general que permita identificar a los grupos de riesgo, como en los casos correspondientes a la salud de los trabajadores. Finalmente, las variables territoriales, regionales y locales hacen posible seleccionar por localización geográfica a los beneficiarios de un determinado programa. Esto resulta más fácil cuanto mayor sea la segregación espacial de los problemas de salud, como ocurre con las enfermedades transmisibles endémicas.

4. La reforma sectorial en el ámbito de la salud

La reforma del sector de la salud, como un componente específico de la reforma del Estado en la región, pretende lograr mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación de políticas de salud y en la regulación, financiamiento, gestión y provisión de la atención sanitaria.

La configuración futura de los sistemas sanitarios estará condicionada —como se ha señalado anteriormente— tanto por las características del sistema de salud existente, como por los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos actuales y proyectados en cada escenario nacional. En relación con lo primero, serán de particular relevancia los roles que asuman, dentro del sistema, las fuerzas políticas, sindicales, gremiales y otras, que forman la trama sociopolítica de los distintos modelos de organización sectorial. Otro factor que condicionará el funcionamiento del sector será el avance logrado por cada país en materia de saneamiento fiscal y recuperación de los procesos de ahorro, inversión y crecimiento económico.

Las situaciones de salud a las que cada sociedad puede aspirar deberán conjugar distintos factores, a saber: las tendencias propias de los sistemas de salud; las condiciones relacionadas con la salud, pero que no son propias del sector (agua potable, alcantarillado, educación, seguridad laboral, entre otras); el impacto de la dinámica de crecimiento económico en la expansión de recursos y en la eficacia de la atención de la salud; y la mayor eficiencia que pueda derivar de un equilibrio razonable entre la regulación estatal y el funcionamiento óptimo de los mercados en la asignación de recursos para la salud. Es realista esperar que el futuro escenario sectorial se caracterice, en la mayoría de los países, por la existencia de sistemas mixtos de atención de salud. En cuanto a la provisión de servicios, en algunos casos la redefinición de roles tendrá lugar en el seno del propio sector público, entre entidades centralizadas y descentralizadas y, en lo relativo al financiamiento, se dará entre el fisco, las empresas, los hogares y la cooperación externa. En otros, el Estado reducirá su función de proveedor directo e, incluso, de financiador, para ser sustituido por las instituciones de seguridad social (ISS) y entidades privadas, solidarias o no gubernamentales.

Recuadro V-1

LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público básico de salud y crear condiciones que aseguren el acceso de la población en su conjunto a todos los niveles de atención que éste ofrece.

Gradualmente, el Sistema proveerá servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar discriminaciones por motivos financieros o por nivel de riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial a la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa o exclusión.

Todos los habitantes estarán afiliados al Sistema, previo pago de la cotización reglamentaria o mediante el subsidio, que se financiará con recursos fiscales, aportes solidarios e ingresos propios de las entidades territoriales.

Los afiliados quedarán acogidos a un plan integral de protección de la salud, denominado Plan Obligatorio de Salud, que incluye atención preventiva, médico-quirúrgica y provisión de medicamentos esenciales.

La recaudación de las cotizaciones corresponderá al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social, organismo que delegará esta función en las Entidades Promotoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud se encargarán de la afiliación de los usuarios y administrarán la provisión de servicios por parte de las Instituciones Prestadoras. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán aplicar cláusulas de preexistencia a sus afiliados.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias, organizadas para prestar servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para fomentar estas organizaciones y abrir líneas de crédito destinadas a la organización de grupos de práctica profesional y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tipo comunitario y solidario.

Los servicios de salud prestados en forma directa por el Estado o las entidades territoriales, lo serán principalmente por intermedio de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidades públicas descentralizadas, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por ley o por las asambleas o concejos, según el caso, y sometidas al régimen jurídico previsto en esta ley.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud será orientado, regulado, supervisado y controlado por el gobierno nacional y el Ministerio de Salud y se ocupará de formular las políticas, planes y programas del gobierno, así como de fijar las prioridades de éste en la lucha contra las enfermedades, el mantenimiento y educación, la información y fomento de la salud, en conformidad con el plan de desarrollo económico y social de la nación y los planes territoriales.

Para los afiliados bajo el régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa que permita a sus beneficiarios integrarse progresivamente al plan obligatorio del sistema contributivo antes del año 2001. En su etapa inicial, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel de complejidad por un valor equivalente a 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios de segundo y tercer nivel se incorporarán paulatinamente al plan, de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Durante el período de transición, la población bajo el régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del sector oficial de la salud y en las instituciones privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

Recuadro V-1 (concl.)

Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la evolución de la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad pueda realizarse por intermedio del primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencia. El gobierno nacional establecerá las normas, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, con todas las entidades y elementos que forman parte de él, tendrá un plazo máximo de un año, a contar de la entrada en vigencia de la ley respectiva, para entrar en funcionamiento, salvo casos especiales previstos en la misma ley

Fuente: Congreso de la República de Colombia, "Ley por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones", Santa Fe de Bogotá, diciembre de 1993.

Estos cambios permitirán diversificar la oferta y las nuevas entidades podrán competir entre sí, ofreciendo un amplio abanico de alternativas a los usuarios. Si así ocurre —en el marco de un adecuado régimen normativo-regulatorio— habrán de mejorar la eficiencia microeconómica, la eficacia de las prestaciones y la equidad del acceso al sistema.

a) Institucionalidad del sector salud

En el contexto de la presente propuesta, se asignan diversas funciones a las instituciones del Estado, incluidas las de seguridad social. Algunas de ellas ya se cumplen en muchos países de la región y se las menciona en este documento a fin de reiterar la relevancia que se les asigna para la implementación de la propuesta. Otras son nuevas o de vigencia incipiente en la mayoría de los países o sólo se cumplen en casos excepcionales. Al mismo tiempo, otras funciones, que hoy constituyen parte considerable de la acción estatal, se delegarán a instancias subnacionales o a instituciones privadas, solidarias y no gubernamentales. Esto permitirá liberar a las entidades estatales nacionales para que puedan asumir efectivamente nuevas responsabilidades.

Esta reasignación de funciones determina un nuevo perfil del estado que difiere significativamente del actual en lo que respecta a la salud. Sus funciones y características serán las siguientes:

- i) la concertación, para definir las políticas de desarrollo que buscan incrementar la equidad en materia de salud,
- ii) la acción multisectorial centrada en la provisión de los factores condicionantes de la situación sanitaria, así como en la materialización y la regulación de las inversiones en salud;

- iii) la formulación de programas, el financiamiento y la gestión del sistema de salud, además de la provisión descentralizada de servicios;
- iv) la regulación de la producción de bienes y servicios de salud, así como de los agentes que participan en la misma;
- v) la promoción y el fortalecimiento de las relaciones internacionales de interés para la salud, y
- vi) el monitoreo y la evaluación del impacto de macrodeterminantes, condicionantes y servicios sobre la situación de salud.

Las políticas de desarrollo deben ser adoptadas por las más altas esferas del Estado, para asegurar el mayor compromiso posible de la sociedad y del aparato estatal en la implementación de las mismas. Las funciones multisectoriales corresponden al nivel de coordinación, cooperación y consulta recíproca entre los diferentes sectores del Estado —cuyas políticas afecten a los determinantes y condicionantes de la situación de salud— y a las instituciones de salud propiamente dichas. Estas últimas se ocupan de las funciones que les competen directamente, sobre todo las relacionadas con la conducción, regulación y financiamiento del sector de la salud, así como con el manejo de las relaciones internacionales y la vigilancia de las condiciones sanitarias. A diferencia de las funciones normativas, que deberán seguir radicadas en las instancias nacionales, la prestación directa de servicios por parte del Estado debe trasladarse preferentemente a las instancias subnacionales del mismo, a medida que avance el proceso de descentralización, y a entidades descentralizadas, cuando corresponda.

Los órganos sectoriales centrales, en particular el ministerio de salud, se concentrarán en funciones normativas y de regulación del sistema. Formularán el objetivo global que se desea alcanzar mediante la reforma sectorial, dictarán las normas y crearán las instituciones requeridas. También deberán preparar los programas y presupuestos sectoriales, efectuar el monitoreo epidemiológico y económico-financiero del sistema y fiscalizar ex post el cumplimiento de las disposiciones.

b) Descentralización

En distintas medidas y etapas, muchos países de la región están abocados a procesos de descentralización. El tema mismo constituye un tópico ineludible en la agenda política de los gobiernos y se vincula a la búsqueda de formas más eficientes de gestión, a la desconcentración de recursos y acciones y a la consecución de una mayor participación social. (Véase el recuadro V-2.)

En el contexto de la STPE, la descentralización permitiría promover el aumento de la equidad al captar las heterogéneas características de la población, tanto en términos de necesidades como de acceso a los servicios. Esto no puede lograrse mediante una oferta uniforme y organizada desde el nivel central sino, justamente, por la transferencia de las responsabilidades a los niveles gubernamentales locales

Una nueva institucionalidad de los sistemas de salud implica transferir progresivamente competencias y recursos, por medio de reformas sucesivas, desde la administración central hasta los niveles de gestión subnacionales. La distribución de funciones dependerá de la forma en que se defina el ámbito de la descentralización en áreas tales como el financiamiento, la gestión y la prestación.

Recuadro V-2

DESCENTRALIZACION Y SALUD, CONCEPTOS DE BASE

La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa, que implica transferir funciones y recursos a unidades subnacionales de gobierno, caracterizadas por tener personalidad jurídica, patrimonio propio (expresado en un presupuesto que ejecutan en forma autónoma) y autoridades elegidas directamente y no designadas por la administración central. A estas autoridades competarán los servicios de salud, en un territorio política y administrativamente determinado (estados, regiones, provincias, departamentos o municipios). El principal argumento en favor de la descentralización hacia los municipios es que permite una más estrecha vinculación entre autoridades y población, lo que puede generar un movimiento sinérgico de participación y control en cuanto a la prestación de los servicios de salud.

Junto con la descentralización, y a veces en lugar de ella, aparece la desconcentración —caracterizada por el hecho de que se mantienen las relaciones jerárquicas y no se produce una auténtica transferencia de poder— hacia otros espacios definidos sectorialmente y unidades prestadoras de los servicios. En la práctica, es difícil distinguir entre ambos procesos, sobre todo en sus inicios, cuando suelen estar muy controlados por la administración central. También hay casos de descentralización funcional, lo que supone transferir competencias y recursos a entes con presupuesto propio y funciones determinadas, que actúan con cierta independencia de la autoridad nacional a la cual están jerárquicamente vinculados. En estos casos, las autoridades son designadas por la administración central, aun cuando no son unidades de gobierno y administrativas con jurisdicción territorial.

En el campo de la salud, el debate público, las reformas políticas y las propias demandas de los actores apuntan hacia una progresiva descentralización. Esto supone transferir mayor poder de decisión a las autoridades locales (incluidas decisiones sobre uso y asignación de recursos), y también dotar de mayor autonomía de gestión a las unidades directamente prestadoras de servicios. La comunicación entre gerentes y destinatarios se desburocratiza, y la retroalimentación constante permite ajustar dinámicamente los servicios a las demandas y necesidades de la población. Además, a nivel local las acciones intersectoriales resultan mucho más viables, tanto por la mayor fluidez de la comunicación entre agentes, como por tratarse de una escala manejable para el desarrollo de tales iniciativas.

Las experiencias muestran que la descentralización debe contemplar mecanismos adecuados de financiamiento, que garanticen tanto la adecuada prestación de servicios como la coherencia fiscal.⁵⁹ Para estimular a las administraciones subnacionales a actuar eficientemente se requiere, como mínimo, una asignación transparente de recursos para todos los gastos que implique la transferencia de responsabilidades (salarios, costos operativos y de infraestructura). Para exigir eficiencia a las entidades subnacionales será preciso que el financiamiento del traspaso esté solventado y que se diseñen mecanismos

⁵⁹ En Colombia se registran importantes avances en ambos sentidos, pero otras experiencias han sido menos positivas. En Chile, en Brasil, el nivel de ingreso de los habitantes y la dinámica económica propios de cada comuna determinaron estructuras de ingresos municipales muy estratificadas, a pesar de los mecanismos compensatorios, como las transferencias desde el Fondo Común Municipal. Este hecho, unido a carencias de recursos humanos en las municipalidades pobres, que inhiben la elaboración de proyectos para elevar los ingresos, ha tenido repercusiones negativas en la prestación de servicios. Hasta hoy el déficit municipal de salud de las comunas pobres sigue creciendo

eficaces para el control de los gastos. Normalmente, la situación se prevé así al iniciarse el proceso, pero esto no siempre se mantiene durante su marcha. En muchas ocasiones se pretende que las municipalidades contribuyan con sus propios recursos; esto las obliga a disminuir otros gastos para atender las demandas de salud, lo cual difícilmente incentiva la eficiencia.

En materia de gestión descentralizada, deberán definirse alternativas respecto de la organización misma del servicio: cuándo se ha de otorgar, cómo, y con qué grado de calidad; si el personal depende administrativa y financieramente del ente descentralizado, habrá que determinar los criterios de reclutamiento, contratación de personal y fijación de salarios; también se deberá decidir sobre la forma de organizar la participación comunitaria, tanto desde el punto de vista material como formal.

La descentralización pretende mejorar la calidad de los servicios y del acceso. Sin embargo, debe llamarse la atención sobre el hecho de que, en algunos casos, el servicio se deteriora durante el período de traspaso de competencias, como resultado de la escasa capacidad con que cuentan los órganos de administración subnacionales para manejar tales servicios, el escaso personal técnico de que disponen —especialmente los municipios pequeños—, y la renuencia de los funcionarios de la administración central a ser traspasados. La eficacia puede mejorarse, empero, con políticas de capacitación de recursos humanos; también la introducción de la carrera administrativa en los servicios de salud, sobre la base del mérito y el concurso, como se ha hecho en Colombia, puede constituir un importante estímulo.

Para que los gobiernos locales puedan contribuir al gasto en salud, es necesario incrementar sus ingresos fiscales. Esto se ha ido intentado en Brasil y en Colombia, mediante la redistribución de fuentes de renta y el establecimiento de mecanismos de participación en los ingresos. En Guatemala se transfiere a los municipios 8% de los ingresos estatales.

Para que la descentralización tenga éxito, es preciso minimizar el exceso de gasto, reducir la duplicación de funciones administrativas y poner en marcha programas de incentivos destinados a los entes territoriales y al personal sanitario, para que coadyuven a la descentralización de competencias y servicios. (Véase el cuadro V-1.)

En el campo de las acciones en salud, la iniciativa más difundida en la región en materia de unidades descentralizadas ha sido la creación de **Sistemas Locales de Salud (SILOS)**. Esta modalidad ha sido impulsada como parte de una estrategia de los gobiernos con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, cuyo objeto es imprimir mayor eficiencia a los sistemas sanitarios.

Los SILOS son entidades de salud con una base geográfico-poblacional y unidad política, administrativa y técnica, dotados de autonomía de acción, que deben coordinar, en su ámbito, el uso de los recursos sanitarios disponibles para atender los riesgos de salud que se detecten en la población.⁶⁰

⁶⁰ OPS, Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (CD 33/14), Washington, D.C., 1988.

Cuadro V-1: MODALIDADES DE DESCENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION

Países	Descentralización hacia unidades administrativas existentes	Desconcentración hacia unidades sectoriales	Mecanismos de financiamiento	Mecanismos de traspaso	Situación del personal transferido
Chile	Municipios	26 servicios nacionales de salud. Estructura propia no coincidente con provincia ni región.	El ministerio de salud reembolsa los gastos realizados por las municipalidades. Estas también aportan recursos. Los SNSS se financian con el presupuesto del Estado, que ejecutan en forma autónoma.	Convenio firmado entre el ministerio de salud y las municipalidades. Estas pueden prestar el servicio directamente o a través de una corporación. Creación por Ley de Servicios Autónomos.	El personal transferido a las municipalidades pierde condición de funcionario público. Se rige según Código Laboral. La municipalidad fija los salarios. Los SNSS manejan su personal, pero los cargos y sueldos son fijados a nivel nacional.
Colombia	Municipios y Departamentos		Financiamiento sobre la base del situado fiscal que es cedido a los departamentos y éstos distribuyen a los municipios. Entre el municipio o departamento y la entidad hospitalaria se firma un contrato de prestación de servicios programados, según tarifas acordadas previamente.	Traspaso por ley a los municipios (primer nivel) y a los departamentos (segundo y tercer nivel). Estos no prestan directamente el servicio, sino que lo contratan con personas públicas o privadas.	El personal de los hospitales y servicios de salud (de departamentos, intendencias, comisarías y municipios) se incorpora a la carrera administrativa. Reclutamiento por concurso.
México	Estados	Jurisdicción sanitaria, formada por uno o más municipios. Hay 245 en el país, con un promedio de 7 jurisdicciones por entidad federativa.	Financiamiento con aportes estatales y subsidios federales regulados por acuerdos de cofinanciamiento que también facultan al Estado para manejar los fondos recuperados mediante la operación de los servicios.	La ley general de salud transfiere la administración de la atención médica, salud pública y asistencia social a las entidades federativas.	
Brasil	Estados Municipios		Subvención de la administración federal, fijada mediante convenios acordados entre los secretarios estaduais y el ministerio de salud sobre la base de las estimaciones de cada distrito sanitario.	Asignación de competencias por Ley Orgánica de Salud, que establece el sistema único de salud (19 de septiembre de 1990). La transferencia se hace mediante convenios con los Estados.	Se transfiere el personal a los Estados y municipios, pero continúa siendo remunerado por el gobierno federal, con criterios homogéneos.
Venezuela	Estados. Estos organizan autónomamente a sus municipios		Se transfieren al Estado los recursos asignados al sector. Mecanismo de reajuste anual, de acuerdo con la variación de los ingresos ordinarios.	Mediante convenios solicitados expresamente por los Estados. Inicialmente son provisionales y después sancionados por ley.	Pasa a depender del Estado federado, bajo las mismas condiciones laborales vigentes al momento de la transferencia.

Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social.

Las experiencias regionales indican que para el adecuado funcionamiento de los SILOS es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: los grupos poblacionales con las mismas necesidades deben tener similares oportunidades de acceso a determinantes y atenciones de salud de igual calidad (eje calidad-equidad); la participación democrática habrá de extenderse al ámbito directo de las necesidades de salud, con lo que se logra que las personas y comunidades ejerzan un control directo sobre las autoridades locales; también será preciso promover cambios que permitan alcanzar el desarrollo económico con equidad y elevar la calidad de los servicios de salud provistos, mediante el uso de tecnología adecuada, para así aumentar la eficacia y minimizar los costos.⁶¹

Los SILOS se estructuran a partir de unidades de acción local, por lo que su establecimiento requiere que exista, por lo menos, una organización comunitaria y que se disponga de recursos sanitarios respaldados por instituciones pertenecientes al sector de la salud.⁶² Estas unidades de acción se articulan en áreas de gestión local, encargadas de coordinarlas, de establecer mecanismos de representación y de vincular las acciones de las unidades comprendidas como áreas geográficas del programa. Estas unidades configuran el SILOS, en el cual se constituye un consejo o comité de salud integrado por representantes del sector prestador de atenciones de salud, de los que proveen determinantes de salud y de las organizaciones comunitarias.

Los SILOS deberán seguir consolidando su papel de ámbito facilitador para la concertación del sector público, los sistemas de seguridad social, el sector privado y los organismos no gubernamentales, con el objeto de cumplir metas comunes en materia de atención de la salud de la población en circunscripciones territoriales determinadas.

c) Participación social

La participación social cumple una doble función: por una parte, facilita la ejecución de acciones vinculadas a la prevención en el área de la salud, control de infecciones, nutrición, programas de saneamiento básico y educación para la salud. Por otra, permite a la sociedad civil presionar para acceder a un mayor control sobre la oferta de bienes y servicios de salud, para participar en la determinación de prioridades o para demandar mayores o mejores niveles de atención. También la puede promover el Estado, mediante el debate de cuestiones relativas a políticas y programas de salud o la creación de mecanismos que permitan al beneficiario expresar sus puntos de vista cuando requiere la atención de salud.

Un primer ámbito de participación que puede reforzarse es el sindical, pues muchas de las reivindicaciones impulsadas por intermedio de las organizaciones gremiales tienen un claro impacto en la salud: mejores condiciones de trabajo, que incluyen el fortalecimiento de las medidas de seguridad física del trabajador, mejor acceso a servicios de salud para éste y sus dependientes, más amplia protección de seguridad social para cubrir costos en casos de accidentes o enfermedades prolongadas y,

⁶¹ J.M. Paganini y A.H. Chorny, "Los Sistemas Locales de Salud: desafío para la década de los noventa", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 109, N° 5/6, 1990.

⁶² O. Niremberg y N. Perrone, "Organización y gestión participativa en los Sistemas Locales de Salud", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 109, N° 5/6, 1990.

ocasionalmente, la creación de servicios propios de salud dentro del gremio o sindicato.⁶³ Por otra parte, existe un vínculo cada vez más evidente entre la salud y el ámbito laboral; esto puede deberse a que la atención de salud se canaliza en gran medida por conducto de sistemas de seguridad social; a que las preocupaciones relacionadas con las condiciones sanitarias en el trabajo cobran cada vez mayor importancia en el debate público y en las negociaciones entre trabajadores, empresarios y autoridades públicas; o bien al peso creciente de la propia industria de la salud en la actividad productiva.

Un segundo ámbito es el de la participación ciudadana en el campo de la salud, que se traduce en programas comunitarios de prevención y cuidado básico impulsados por organizaciones no gubernamentales y municipios; formas de asociación para promover prácticas de salud "popular"; o acciones de "educación popular" y de adultos sobre cuestiones de prevención sanitaria.

La participación de la comunidad en el mejoramiento de la salud debe constituir una herramienta para promover una mayor equidad en el acceso a ésta. Se tiene que privilegiar, por lo mismo, el apoyo a las organizaciones de sectores dispersos (rurales y urbano-marginales) y con problemas de acceso; también es preciso buscar mecanismos para dar mayor presencia pública a las demandas de salud provenientes de los sectores con carencias de atención más agudas. Tal como lo planteara recientemente la CEPAL, la participación comunitaria se entronca con la descentralización para lograr una mayor equidad en el ámbito de la salud: "Se podrían así atender de manera efectiva y descentralizada diversas demandas, como las siguientes: mayor presencia de los sectores más pobres en la gestión de programas sociales; mayor presencia de las organizaciones vecinales en decisiones sobre canalización y uso de recursos en la esfera municipal; mayor apoyo estatal y privado a las organizaciones no gubernamentales que trabajan más de cerca con los sectores populares; adaptación de servicios de salud, de la educación pública y de programas de vivienda popular a las necesidades específicas sentidas por los distintos grupos; y mayor acceso y presencia en los medios de comunicación de masas".⁶⁴

Un campo fructífero para la participación comunitaria a escala local son los SILOS, así como las acciones orientadas a mejorar las condiciones ambientales, como el acceso al agua potable y la eliminación de basuras, entre otras, así como a solucionar problemas puntuales de salud (tales como prevención del SIDA, del consumo de drogas y de accidentes).

Al suscribir el acuerdo sobre alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000, los gobiernos han manifestado su disposición a activar y fortalecer los recursos de la comunidad para abordar cuestiones relacionadas con la salud individual y colectiva. A los programas de participación en el área de la salud se les han dado distintas denominaciones: comités populares de salud en Bolivia, asociaciones comunitarias de salud y desarrollo en Argentina y en Colombia, y comités de salud en Ecuador, Honduras, Panamá y Perú.⁶⁵

⁶³ Estos servicios de salud generalmente introducen inequidades y barreras a la modalidad laboral de los trabajadores por lo que sólo se justifican en casos excepcionales (por ejemplo, aislamiento geográfico de la empresa y consiguiente alto costo del servicio).

⁶⁴ CEPAL, *Equidad y transformación productiva ...*, op. cit., p. 245.

⁶⁵ Véase al respecto el documento OMS/OPS, *Evaluación de la estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial*, vol. 3, Región de las Américas, Washington, D.C., p. 17.

En materia de participación ciudadana deberá considerarse también la creciente responsabilidad de la familia y el individuo respecto de su propia salud. Existe consenso en torno del hecho que el estilo de vida ejerce una gran influencia en las condiciones de salud y en la incidencia de las enfermedades. Esto hace necesario transmitir conocimientos a las personas, como una forma de ampliar la participación ciudadana en el campo de la salud.

En el contexto de sociedades democráticas con creciente acceso al conocimiento, la participación social en relación con la salud deberá fortalecerse preferentemente en dos ámbitos: primero, el de la socialización de conocimientos que promuevan una mayor prevención en materia de salud por parte de la población y aumenten la capacidad de discernimiento de los propios usuarios respecto de los servicios a los que recurren; el segundo ámbito es el de la concertación entre múltiples agentes para garantizar el compromiso político de proveer una canasta básica de servicios a toda la población. Como esto implica una distribución de responsabilidades entre distintos agentes públicos y privados, la concertación para la salud constituye no sólo un espacio de participación, sino de legitimación y consagración de tales compromisos.

En los procesos de reforma del sistema de salud que, con variada intensidad, se dan en la región, también se aborda la relación entre participación ciudadana y salud. El intercambio de experiencias de reforma entre los países de la región permite seleccionar mecanismos adecuados para promover la participación ciudadana en políticas y programas de salud. (Véase el recuadro V-3.)

Cabe considerar, finalmente, la amplitud que se le puede dar a los mecanismos consultivos, no ya en el marco de las grandes reformas de los sistemas de salud, sino en un campo más reducido, pero cuya vinculación con la comunidad es más directa y cotidiana: el de la gestión, operación y asignación de recursos en hospitales y de los Sistemas Locales de Salud u organismos regionales de administración de servicios de salud. La crisis de los sistemas hospitalarios, que afecta a la mayoría de los países de la región, constituye un tema de debate público y exige altos niveles de concertación para enfrentarlo.

d) Financiamiento

Con respecto al financiamiento, el eje de la propuesta consiste en procurar que el sector de la salud cuente con los recursos necesarios para universalizar la canasta básica e implementar las acciones focalizadas conexas, en el marco de las actuales restricciones de recursos, sin generar presiones adicionales por gastos no presupuestados —lo que atentaría contra los balances macroeconómicos globales— y, a la vez, moderar los aumentos del gasto global en salud. Lograrlo requerirá una cuidadosa selección de instrumentos y medidas que, al establecer incentivos apropiados para los diversos agentes, permitan aprovechar al máximo las fuentes de financiamiento y las formas de transferir recursos a los agentes proveedores y perceptores de subsidios.

Será necesario prestar debida atención a los cambios observados y previsibles en la importancia relativa de las fuentes de recursos: la revitalización del empleo formal, que favorece el aumento de los recursos provenientes de las contribuciones obligatorias de asalariados y empleadores con destino a los servicios de salud; el incremento de los recursos derivados de la tributación general, que se dedicarán a la concesión de subsidios a los indigentes y pobres; mayor disposición a pagar por parte de los hogares, apertura de canales para aumentar las contribuciones voluntarias destinadas a la salud y disposiciones para

Recuadro V-3

LA INSTITUCIONALIZACION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN COLOMBIA

La reforma del sector de la salud en Colombia se inserta en un proceso más amplio de descentralización de los poderes públicos. El propósito de Ley 10 de 1990, ratificada e incorporada a la Constitución de 1991, es hacer intervenir al conjunto de la sociedad, movilizarla y organizarla para optimizar su impacto en la cultura de la salud, para lo cual se apoya en el potencial organizativo de la sociedad civil.

En la Ley se contempla el fortalecimiento y la creación de mecanismos institucionales, mediante disposiciones relativas a: i) promoción de gestores comunitarios para promover la salud, prevenir enfermedades y atender problemas ambientales y de salud de bajo grado de complejidad en la propia comunidad; ii) creación de unidades comunitarias de salud y ambiente, que permitan movilizar a la comunidad para impulsar planes vecinales de desarrollo social integral; iii) establecimiento de comités de participación comunitaria, que lleguen a acuerdos sobre responsabilidades con el municipio, las instituciones de salud, las unidades comunitarias de salud y ambiente, otras organizaciones comunitarias y los equipos de salud familiar y comunitaria; iv) constitución de empresas comunitarias de salud y ambiente, preferentemente de tipo cooperativo o asociativo, que ofrezcan servicios integrales de salud; y v) configuración de equipos extramurales de salud familiar y comunitaria integrados por representantes de instituciones que trabajen directamente en la comunidad, para así acercar los servicios de salud a los usuarios e intervenir en el lugar donde se originan los factores de riesgo.

Otro aspecto político-institucional que cabe destacar es que se institucionaliza la concertación de actores en torno del tema de la salud, mediante un sistema consultivo múltiple para la formulación de una nueva legislación en materia de salud. Dicho sistema incluye a parlamentarios, personal especializado del Sistema Nacional de Salud, entidades estatales centrales y descentralizadas, organizaciones gremiales y profesionales de la salud, alcaldes y firmas consultoras especializadas. De este modo la participación ciudadana ha constituido una fuente de legitimación de la reforma del sistema y de la acción futura del Estado en el campo de la salud.

Fuente: Miguel Eduardo Cárdenas, "Reforma de la seguridad social en salud: hneamientos para una propuesta", Reforma de la seguridad social en salud, Santa Fe de Bogotá, 1992; y Colombia, Ministerio de Salud, La revolución de la salud, Santa Fe de Bogotá, 1991; Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Memoria analítica de la Ley 10 de 1990, Santa Fe de Bogotá, 1990.

que los grupos solventes paguen de su propio peculio sus gastos de salud, en lugar de subsidiarlos;⁶⁶ reorientación de los recursos provenientes de la cooperación internacional, para dedicarlos crecientemente al logro de equidad.

⁶⁶ Cabe notar que en el caso de las atenciones de salud que generan externalidades positivas, como por ejemplo las inmunizaciones, las medidas para reducir los riesgos laborales y los accidentes del tránsito, entre otras, podría justificarse su provisión con diversos niveles de subsidio a la totalidad de la población. Los grados de subsidio reflejarían la diferencia entre los beneficios privados y los beneficios sociales derivados de la obtención de estas atenciones y servicios.

Deberán aprovecharse las circunstancias favorables que generarán la recuperación de las economías, la gradual consolidación del proceso de ajuste estructural y, finalmente, el crecimiento autosostenido, que acrecentará la disponibilidad de recursos globales. Esta también será favorecida por los perfiles demográficos y epidemiológicos que predominarán en la región durante las tres próximas décadas, ya que los países de América Latina y el Caribe tendrán poblaciones "jóvenes", con la consiguiente reducción de los costos de salud; una elevada razón entre población activa y pasiva, disminución del tamaño de los hogares y mayor número de trabajadores por hogar, lo que contribuirá a aliviar la "carga tributaria" por concepto de salud de cada trabajador activo. Deberá prestarse atención, sin embargo, a que estas circunstancias no redunden en aumentos del gasto en salud por encima del nivel que las personas deseen, como consecuencia de las consabidas imperfecciones de los mercados de salud

El Estado deberá adoptar una conducta activa en el proceso de redefinición y adecuación de las fuentes de financiamiento y mecanismos de transferencia, esto es, liderar el proceso y procurar que el cambio efectivamente contribuya a elevar el nivel de salud de la totalidad de la población. En el ámbito de las entidades estatales y del sector público, así como para el conjunto del sistema de salud y sus interrelaciones con el resto de los sectores, corresponderá al Estado proponer reformas legales, establecer la normativa y las reglas del juego, efectuar el monitoreo, regular la actividad e intervenir selectivamente.

En diversas instancias se ha reiterado la necesidad de aumentar los recursos asignados a los sectores sociales en general y al de la salud, en especial. Si bien es cierto que los esfuerzos al respecto desplegados por algunos países de la región no alcanzan a los niveles que el consenso sugiere, se debe reconocer que no en todos los casos es conveniente incrementar el gasto social. Esto obedece a que la inversión social —incluida la inversión en salud— tiene que ser compatibilizada con la que se encauza hacia otros sectores, ya que el total de los recursos disponibles es limitado. Los organismos internacionales de cooperación y financiamiento concuerdan en que la distribución de los gastos sociales es regresiva en la mayoría de los países de la región y que, por lo tanto, los aumentos del gasto público no se traducen íntegramente en mayores niveles de bienestar de los pobres; luego, es necesario reestructurar los sistemas y mecanismos a fin de reorientarlos en favor de los sectores con mayores carencias, así como mejorar la prestación de servicios tanto en cantidad como en calidad. En todos los casos, esto supone esforzarse por mejorar la eficiencia en la asignación y el empleo de los recursos a fin de lograr una mayor eficacia e impacto.

La búsqueda de más recursos para la atención de la salud debe tener en cuenta los requerimientos de una mayor equidad y los impactos positivos que una población más sana puede tener en la economía nacional. Al mismo tiempo se debe evitar la espiral de costos que enfrentan algunos países y que lleva a destinar porcentajes crecientes del producto nacional a la salud, sin que ello se refleje en mejoras de los indicadores correspondientes. Ese aumento de los recursos malgastados puede afectar, incluso, la competitividad internacional de los productos exportables.

En los casos en los cuales es necesario aumentar los recursos destinados a salud, deben estudiarse las diversas fuentes. Tradicionalmente, el financiamiento ha provenido de la tributación estatal. Asimismo, la vía usual para obtener mayores recursos ha sido crear nuevos impuestos o elevar la tasa de los existentes. Se sostiene que en algunos países se habría alcanzado un "techo tributario", por lo que cualquier nuevo impuesto o aumento de éstos desincentivaría la inversión productiva. Sin embargo, la carga tributaria en la región resulta inferior a la de países desarrollados y la heterogeneidad intrarregional es muy amplia en este sentido. Cabe pensar entonces que, en muchos casos, es posible obtener recursos para los sectores sociales mediante aumentos de la tributación. Un segundo problema al respecto es cómo recaudar y qué tipo de impuestos aplicar. Si bien éste es un tema de política tributaria, conviene

mencionar que en la mayoría de los países latinoamericanos es necesario mejorar los sistemas de recaudación, dado que la posibilidad de evasión es muy grande y que las tasas excesivamente altas de algunos impuestos probablemente promueven la evasión, por lo que su rebaja podría redundar en incrementos de la recaudación.

Otro tema por considerar es la conveniencia de establecer impuestos destinados específicamente a la salud. En general, la orientación técnica es contraria a esta solución, por cuanto predomina la tesis del tesoro único y de mantener la mayor flexibilidad posible para la asignación de recursos. Sin embargo, en muchos países existen impuestos de este tipo y se considera que desempeñan un papel importante para asegurar el efecto anticíclico del gasto social, al impedir su reducción en situaciones de crisis. El impuesto sobre el consumo de alcohol y tabaco (sin tax), cuyo producto en muchos países se destina al financiamiento de programas de salud, es un ejemplo interesante por su doble impacto positivo.

También cabe considerar la reestructuración del gasto público. Es posible obtener recursos para la salud mediante la reasignación de fondos ya disponibles en los presupuestos públicos, modificando sus destinos tradicionales o actuales. "Existe un enorme potencial para reestructurar los presupuestos nacionales y la ayuda internacional en favor del desarrollo humano".⁶⁷ En este plano es usual aludir a la conveniencia de reducir los gastos militares y destinar esos recursos a los sectores sociales.⁶⁸ En los últimos 15 años el tercer mundo triplicó sus gastos militares, mientras que los países desarrollados y, en especial, las grandes potencias, los disminuyeron y actualmente están acelerando ese proceso.⁶⁹ Si bien América Latina no es una de las regiones del mundo que más recursos orienta hacia esos fines, hay países que les destinan una importante proporción de sus ingresos. El PNUD ha demostrado la fuerte relación inversa que existe entre gasto militar y gasto social y, por ello, es razonable pensar que una parte de esos recursos podría encauzarse hacia otros sectores. Asimismo, los Estados latinoamericanos han dedicado una gran proporción de sus ingresos al financiamiento de empresas públicas ineficientes, que generan enormes déficit. Mediante su cierre o su privatización se podrían liberar recursos para financiar proyectos que impulsen efectivamente la equidad o el crecimiento. Algunos países han insistido en que el producto de la venta de las empresas públicas engrosará el presupuesto público social (Bolivia, en su Estrategia Social, por ejemplo). Por otra parte, es sabido que en muchas ocasiones se realizan obras efectistas, que carecen de impacto, sea cual fuere el criterio aplicado para evaluarlas.

Las contribuciones con destino a la seguridad social son otra fuente tradicional de financiamiento del sector de la salud. La base financiera del sistema de seguridad social debe fortalecerse, para lo cual hay que eliminar las transferencias desde otros programas para cubrir el déficit del de enfermedades y maternidad; éste debe autofinanciarse mediante mayores aportes o menores gastos. Los ingresos del seguro social pueden aumentarse mediante múltiples expedientes, según sea el caso: reducir la evasión y las moras en los pagos; aplicar los impuestos del seguro social a la totalidad de la remuneración; renegociar e indizar la deuda del Estado y los particulares con el seguro social; aumentar el aporte de los asegurados, u otras contribuciones porcentuales, cuando sean insuficientes. Las contribuciones obligatorias

⁶⁷ PNUD, Informe sobre el desarrollo humano, 1991, Santa Fe de Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1991.

⁶⁸ Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial, 1990 ..., op. cit. y PNUD, Informe sobre el ..., op. cit.

⁶⁹ Recientemente el Presidente Clinton, ante una afirmación en el sentido de que su programa de extensión de la cobertura de salud a los norteamericanos que carecen de ella provocaría un aumento del déficit fiscal de 1.5% del producto, sostuvo que lo evitaría mediante la reducción del gasto militar.

deben ser proporcionales a las rentas, con exenciones tributarias limitadas y permitir cubrir los costos de la canasta básica; es conveniente posibilitar que las personas efectúen contribuciones voluntarias adicionales para obtener beneficios superiores a los fijados. En tal caso, ese gasto tendría igual tratamiento tributario que el resto de los bienes. Asimismo, es necesario crear incentivos para que los trabajadores informales puedan incorporarse al sistema como contribuyentes, lo que permitiría reducir las filtraciones del gasto en salud derivadas de la prestación de servicios a quienes pueden pagar

Entre los incentivos y mecanismos financieros para facilitar el acceso de los trabajadores informales y los pobres al seguro social cabe señalar: i) establecer para los trabajadores autónomos, de grupos informales o rurales, un aporte más bajo que el equivalente al empleador (salvo en el caso de los de altos ingresos); ii) asegurar un paquete de atención básica, con beneficios acordes con el aporte o complementado con subvenciones; iii) reservar los subsidios estatales para ampliar y mejorar la atención a los pobres, ya sea según el modelo de atención universal básica y solidaridad social o el modelo de atención dual;⁷⁰ iv) cuando no sea posible una fiscalización eficiente, promover la afiliación voluntaria, junto con programas de asistencia social para los indigentes.

Es necesario seleccionar acciones efectivas en función de su costo, lo que implica optar por las alternativas de costo mínimo y efectuar una constante evaluación para apreciar el impacto de las acciones emprendidas sobre la población objetivo. Igualmente, se requiere de la evaluación para introducir el principio de que los agentes deben rendir cuentas públicas (accountability), con el fin de mejorar la información a disposición de los usuarios, aumentar la competencia y medir la pertinencia en el empleo de los recursos.

La solidaridad internacional en el ámbito de la salud, canalizada mediante préstamos y donaciones, deberá ser incentivada, reforzando su papel complementario del financiamiento interno, particularmente en programas focalizados que se relacionen con la implementación de la canasta básica de salud, el saneamiento básico, la nutrición y la educación para la salud, en zonas y para categorías de población con carencias. Esta concentración en aspectos específicos favorecerá igualmente una creciente coordinación de la cooperación externa, a partir de los niveles ya alcanzados.

Esta política de cooperación financiera externa debe y puede ser implementada a la brevedad para aprovechar el incremento de los recursos procedentes, en particular, de organismos multilaterales (como el BID y el Banco Mundial), que compensarán los menores aportes de algunas fuentes bilaterales, como consecuencia de la más alta prioridad relativa asignada a otras regiones. Esta nueva situación demandará un redoblado esfuerzo para mejorar la capacidad de elaboración y evaluación de proyectos, dado que las instituciones que aumentarán su participación en el financiamiento total de la salud exigirán mayor rigor.

En vista de la multiplicación de instituciones públicas y privadas como consecuencia de las reformas, es recomendable impulsar, por ejemplo, la constitución de fondos de inversión a los que pueden presentar proyectos los gobiernos municipales, estatales o provinciales, las comunidades locales, los organismos no gubernamentales y las empresas prestadoras de servicios de salud en general. Obviamente, esto supondrá adecuar los procesos de presentación y evaluación de proyectos a la capacidad que sea posible desarrollar mediante programas masivos de entrenamiento.

⁷⁰ Las definiciones aparecen en las secciones correspondientes.

La adopción de estrategias de salud como las aquí propuestas puede favorecer un nuevo y más importante movimiento de los países acreedores tendiente a condonar deuda externa a cambio de aumentos del gasto y la inversión externa en salud. Estas operaciones de conversión de deuda mediante el uso de recursos internos serán mejor acogidas a nivel nacional en el actual contexto de aumento de los flujos de capital externo, tendencias a la revaluación cambiaria y reducción de las presiones inflacionarias.⁷¹

Otros recursos pueden tener un origen no público. Hay un importante gasto en salud que es realizado directamente por las organizaciones no gubernamentales (ONG) o por los hogares. Las primeras, en algunos países, manejan recursos que superan el presupuesto estatal para los sectores sociales.⁷² El gasto de los hogares ha ido creciendo en los últimos años y alcanza actualmene a 60% de los gastos totales en salud de la región.⁷³ El desarrollo de servicios privados de salud orientados fundamentalmente a satisfacer la demanda de quienes poseen medios económicos y tienen interés en recurrir a ellos, permitiría al Estado concentrar los recursos públicos en los estratos poblacionales no solventes.

También corresponde considerar el aporte de los beneficiarios, que puede ser de diversa índole y, en algunos casos, limitarse incluso al propio esfuerzo y la ayuda mutua. En muchos países existen tradiciones de aporte de trabajo a la comunidad, que pueden ser utilizadas. La aplicación de este criterio ("lo que no cuesta, no es valorizado por el que lo recibe"), que busca el compromiso de la comunidad receptora con la inversión promovida por el programa, mediante la participación en el pago, presenta el riesgo de que puede conducir a la marginación de los que no están en condiciones de asumir dicha responsabilidad financiera.

La tendencia a la recuperación de costos, mediante la fijación de tarifas que cubran total o parcialmente el valor de la prestación de servicios públicos anteriormente gratuitos, se está generalizando. Desde el punto de vista de la equidad, resulta absolutamente justificable aplicar el principio de que "el que puede hacerlo, debe pagar", en especial porque con frecuencia esos servicios públicos favorecen a sectores solventes de la sociedad. Sin embargo, en la mayoría de los casos los costos recuperados son poco significativos; en otros, su proporción ha tendido a crecer y puede hacerlo más aún, como sucede en Jamaica.⁷⁴ Todo depende del tipo y monto de las tarifas que se apliquen. Unas son tarifas nominales, que buscan desincentivar la utilización del servicio, ante el uso excesivo que el público estaría haciendo del mismo. Se trata sólo de crear una barrera al acceso, que permita equilibrar demanda y oferta, por la vía de reducir la primera. Con las tarifas reales, en cambio, se intenta recuperar el costo del servicio prestado, que podría llegar a alrededor de 15% a 20% de lo gastado.⁷⁵ Sin embargo, los mecanismos de recuperación de costos presentan desventajas. Estudios recientes muestran que en algunos países su

⁷¹ OPS, "Conversión de deuda por salud: una opción para financiación adicional", serie Informes técnicos, N° 5, Washington, D.C., 1992; M. Mortimore, "Conversión de la deuda externa en capital", Revista de la CEPAL, N° 44 (LC/G.1667-P), Santiago de Chile, agosto de 1991.

⁷² Amalia Anaya, El gasto social en Bolivia, La Paz, 1992.

⁷³ OPS/OMS, Las condiciones de salud ..., op. cit.

⁷⁴ T. Bossert, "Innovative health financing and management initiatives in Latin America", documento presentado al seminario "Los desafíos de política en el sector salud", organizado por la Universidad de Chile con el patrocinio del Ministerio de Salud y el Banco Mundial, auspiciado por la OPS, la CEPAL y el CEDES, Santiago de Chile, noviembre de 1993.

⁷⁵ Banco Mundial, Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo, Washington, D.C., 1990.

aplicación ha provocado una disminución sustancial de las demandas de atención.⁷⁶ Una parte no poco significativa de ese descenso se debe a que el cobro de ese tipo de atención margina incluso a los grupos más desfavorecidos, que no disponen de los recursos mínimos necesarios para cubrirlo. Por ello, es necesario aplicar un criterio basado en la capacidad de pago del receptor del servicio: quienes tienen ingresos altos deben pagar el costo real, los de ingreso medio, por lo menos una parte, en tanto que a los pobres se les atiende gratuitamente.⁷⁷ Asimismo, las tarifas podrían variar según el tipo de servicio de salud, a fin de favorecer el acceso a atenciones prioritarias y limitarlo en el caso de las menos imprescindibles o con una relación costo-efectividad más baja.

En materia de subsidios y bonificaciones es necesario que el receptor tenga conciencia de los costos y de la conveniencia de moderar el gasto, lo que se puede lograr mediante controles del uso: fijar límites de uso normal, más allá de los cuales sea necesario someterse a verificaciones médicas específicas, requerir autorizaciones especiales para tratamientos prolongados y enfermedades crónicas, u otras medidas similares. También es recomendable efectuar el seguimiento del nivel de gasto, para así limitar el consumo excesivo y favorecer el uso razonable. Los subsidios deben beneficiar preferentemente a los pobres y darles la opción de elegir tanto la entidad administradora como la proveedora de servicios. También es preciso equiparar la condición del receptor de subsidios con la del usuario solvente, e incluso dotarlo de la capacidad de decidir sobre el pago del servicio, para asegurar así su posición negociadora ante el proveedor. Este tiene que percibir que su retribución depende de la calidad de la atención que proporcione.

Deben estudiarse las modalidades más adecuadas para transferir recursos a los prestadores de servicios en el caso de las entidades integradas verticalmente. Siempre será preferible establecer una relación proporcional entre el nivel de actividad del proveedor y el financiamiento, una relación directa entre las tarifas y los costos relevantes para el proveedor, según su grado de autonomía. Si el proveedor es privado, la tarifa deberá cubrir la totalidad de los costos, un margen que retribuya el costo de oportunidad del capital y una prima adicional por riesgo según la actividad. Por el contrario, si es público, no maneja sus inversiones autónomamente y recibe recursos adicionales para el mantenimiento y reparación de equipos e instalaciones, las tarifas considerarán sólo los gastos operacionales.⁷⁸

Las formas de pago según resultados (por altas de tratamientos e intervenciones y por grupos de diagnóstico relacionado) suelen ser más eficientes que los pagos convencionales por servicio prestado (*fee-for-service*). Las formas de pago por la vía del presupuesto deben tener una base prospectiva en vez de reproducir los presupuestos históricos. Así se facilita la estimación de un presupuesto global de los recursos financieros y es posible fijar límites máximos al gasto. Su desventaja está en que las diferencias entre estimaciones presupuestarias y necesidades efectivas se cubren mediante limitaciones de cantidad

⁷⁶ M. Makinen y Bitrán, "Economic analysis and research tools for health policy in developing countries", trabajo presentado a la conferencia "Health Sector Reform in Developing Countries: Issues for the 1990s", Harvard School of Public Health, 1993.

⁷⁷ G.A. Cornia, R. Jolly y F. Stewart (comps.), *Ajuste con rostro humano*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1987.

⁷⁸ Estas tarifas son sólo para los efectos de transferir los recursos al interior de entidades integradas verticalmente. Por lo tanto, no necesariamente coincidirán con los precios de venta de los servicios; éstos deberán establecerse de modo que cubran la totalidad de los costos, puesto que de otro modo generarían distorsiones en la asignación de recursos entre entidades con diversos grados de autonomía y provocarían una competencia desleal en contra de aquéllas con autonomía total.

(racionamientos implícitos que adquieren mayor incidencia hacia el final de los períodos presupuestarios) o disminuciones de calidad. Por esta razón, los presupuestos no son la mejor vía para transferir recursos a los proveedores de servicios de salud, excepto en casos en que las líneas de productos sean muy estables en el tiempo o dependan de otras actividades cuyo nivel de producción sea controlable.

Los pagos por capitación consisten en entregar al proveedor un monto establecido que corresponde a una canasta de medidas de prevención, fomento y recuperación respecto de determinados riesgos, por cada persona a su cargo. Este método tiene la ventaja de impulsar al proveedor a controlar los costos, por cuanto se le transfiere el riesgo. Algunas de las condiciones para su aplicación son las siguientes: i) una cartera de afiliados suficientemente grande, que permita diversificar riesgos; ii) la posibilidad de traspasar riesgos a entidades reaseguradoras, si bien en forma selectiva y con limitantes y copagos a cargo del proveedor, para evitar que éste pierda el incentivo para economizar; iii) tarifas fijadas sobre la base de criterios comunitarios o promedios (community-rating), para así reducir la selección de riesgos en perjuicio de los miembros de la comunidad más propensos a enfermar; iv) prohibición a los proveedores de efectuar una selección de riesgos; v) sistemas de monitoreo de los indicadores de condición de salud de las personas y de la eficacia y calidad de la atención brindada por el proveedor, información que se debe proporcionar a las personas, para que seleccionen a su proveedor en forma fundamentada.

e) La combinación público-privada

Si bien la presencia gubernamental es esencial en el sector de la salud, muchas de sus funciones pueden cumplirse mediante actividades de regulación más que de ejecución directa. Establecer mecanismos de "tercer pagador" es un paso esencial para aumentar la eficiencia y la equidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, si bien existe un amplio espectro para la intervención del sector privado en el campo de la salud, sus límites son conocidos y han sido analizados en la literatura sobre el tema. Por lo tanto, la intervención del sector privado no puede tener por objeto reemplazar al Estado en la provisión de servicios sanitarios o de elementos esenciales para la salud pública, sino aportar una mayor racionalización a los esfuerzos del sector público.⁷⁹

En el capítulo II se señaló que durante la última década en muchos países de la región han tendido a consolidarse dos subsistemas de salud separados, tanto en lo que atañe a sus modalidades de prestación como de financiamiento de los servicios. Dicho proceso afecta negativamente a la eficiencia microeconómica y la equidad global del conjunto, lo que da origen a situaciones que deben corregirse en el curso de la reforma sectorial. Tal como se plantea en el informe de la reunión de Cocoyoc (México, 22 al 26 de julio de 1991), organizada por la OMS/OPS, existen áreas especialmente conflictivas en la combinación público-privada, como las siguientes:⁸⁰

- i) los sectores público y privado suelen competir por los mismos recursos, sobre todo en materia de recursos humanos;

⁷⁹ Ch. Griffin, "Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector", serie Discussion Paper, N° 4, Corporación Financiera Internacional (CFI), Washington, D.C., 1989.

⁸⁰ OMS/OPS, "The Public/Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health. A Report of a Meeting in Cocoyoc, Mexico", Document Reproduction series, N° 22, Washington, D.C., Health Policies Development Program, agosto de 1992.

- ii) en el sector privado los objetivos lucrativos son más determinantes que en el sector público; así, en muchos casos el sector privado sólo provee los servicios más remunerativos, por lo que recae en el gobierno la responsabilidad de ocuparse de los pobres, la atención de emergencia y la capacitación;
- iii) dado que el requisito principal para acceder a los servicios del sector privado es la voluntad y la disponibilidad de medios de pago, es probable que su expansión genere crecientes inequidades en el sistema de atención de la salud, a menos que se ejerza un cuidadoso control;
- iv) el gobierno puede tener escaso control sobre algunos aspectos de la actividad del sector privado (como las tendencias de costos y precios) que pueden incidir en el desenvolvimiento del sector público; y
- v) si no existen rigurosos sistemas de planificación y monitoreo, la actividad del sector privado puede acarrear duplicación de esfuerzos y malgasto de recursos.

Tal como se planteara en la Reunión de Cocoyoc,⁸¹ la teoría económica muestra que no existe una combinación correcta o definitiva de los sectores público y privado en el campo de la salud. Toda propuesta en tal sentido debe adecuarse a la estructura del sistema de salud existente, y a la voluntad y libertad de acción de los gobiernos. Esto no impide, sin embargo, sugerir a los países criterios estratégicos que podrían adaptar y aplicar dentro de dicho marco. Hecha esta consideración, y dados los problemas generales de ineficiencia e inequidad, las siguientes recomendaciones estratégicas apuntan a revertir las posibles tendencias negativas de la combinación público-privada, después armonizarlas con las situaciones nacionales específicas.⁸²

Con respecto a las modalidades de financiamiento, se pueden considerar diversas acciones destinadas a mejorar la equidad y la eficiencia microeconómica:

- i) universalizar la obligatoriedad del aporte empresarial a la cobertura formal de salud de la población que emplea. Así no sólo se eliminaría un subsidio oculto dentro del aparato productivo, sino también la competencia desleal de las firmas que no hacen aportes a la seguridad social para la salud. Permitiría, además, generalizar el acceso de la población formalmente ocupada a una canasta básica de bienes y servicios de salud. Semejante medida implicaría, por cierto, un aumento de los costos laborales de las empresas que actualmente no cumplen con sus obligaciones de aportar a la seguridad social. Luego, se regularizaría una situación que existe de hecho, dado que el hospital público —al no cobrar a quien no tiene cobertura formal— en la práctica subsidia a esas empresas. Durante algún tiempo, mientras las empresas se adaptan al nuevo modelo, seguramente requerirían subsidios directos del Estado, pero una vez normalizada la situación, quedaría definitivamente saneada esta modalidad de financiamiento de los servicios;⁸³

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Nuestras ideas en esta materia reflejan de cerca el contenido del debate de expertos de la reunión de Cocoyoc, México. Véase OPS/OMS, "The Public/Private Mix ...", *op. cit.*

⁸³ Esta transición aparece con toda claridad en la propuesta de reforma del sistema de salud recientemente formulada por el Gobierno de los Estados Unidos.

- ii) la recuperación de costos en prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad constituye un medio importante para fortalecer el esquema de financiamiento del sistema de salud;
- iii) en el caso de la población no cubierta por la seguridad social o por los sistemas privados de previsión, la universalización de la cobertura en cuanto a prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad debería contemplar un esquema explícito de financiamiento, para que así la provisión de servicios no suponga un subsidio implícito del hospital público a la tesorería.

En lo que se refiere a las modalidades de prestación, lo fundamental es crear condiciones de competencia entre ambos sectores —y dentro de cada uno de ellos. La competencia generaría incentivos para reducir costos, mejorar la calidad y, en general, para que los sectores en su conjunto respondieran en mayor grado a las necesidades y a la capacidad de elección de la población. En el actual debate sobre la reforma de los sistemas de salud en el mundo, este punto suele plantearse como una modificación del esquema de financiamiento de los servicios, para que así "el dinero siga al paciente". Esto significa pasar de modelos en los que se subsidia la oferta, a otros en los que la demanda controla el uso de los recursos y, mediante la mejoría de la información y el aumento de la capacidad de elegir, actúa como mecanismo inductor de una mayor eficiencia, eficacia y equidad.⁸⁴

En este mismo marco suele proponerse extender la libertad de elección por la parte de la demanda y, por la de la oferta, impulsar la adopción de esquemas que faciliten la compra-venta de servicios entre los sectores público y privado. Esto último permitiría reducir la duplicación de inversiones en equipos sofisticados, de elevado costo y uso sumamente específico, tales como las unidades de resonancia magnética nuclear o los pabellones de cirugía de alta complejidad. No tiene sentido que ambos sectores instalen este tipo de equipamiento, pues termina siendo subutilizado. Es así que la programación a nivel global, con un sistema de referencias cruzadas entre los sistemas público y privado, permitiría hacer un uso más eficiente de la infraestructura física del sector de la salud, visto como una totalidad y no como dos esferas independientes e incomunicadas.

Con el propósito de impulsar la competencia entre ambos subsistemas, debería explorarse la posibilidad de desarrollar mercados internos dentro de las entidades públicas proveedoras de servicios de salud.⁸⁵ Para concretar esta idea sería necesario avanzar en el proceso de descentralización y de otorgamiento de personalidad jurídica a las diversas unidades asistenciales del ámbito estatal, a fin de capacitarlas para diseñar y ejecutar sus propias políticas de subcontratación de servicios (tales como mantenimiento de planta, lavandería, cocina y otros), así como de formación y contratación de recursos humanos calificados; esto posibilitaría que mejoraran su competitividad relativa en el mercado, por medio de la reducción de costos y el aumento de la calidad.

⁸⁴ En otros términos, en la concepción contemporánea se trata de fortalecer la soberanía del consumidor que, como ya se viera anteriormente, es relativamente escasa en los mercados de servicios de salud. (Véase A.C. Enthoven, "Managed competition of alternative delivery systems", Journal of Health Politics, Policy and Law, vol 13, N° 2, 1988, pp. 305-332.)

⁸⁵ En este plano puede resultar muy provechoso el examen de la experiencia al respecto llevada a cabo en los últimos años por el servicio nacional de salud de Gran Bretaña.

Recuadro V-4

¿SUBSIDIOS A LA OFERTA O A LA DEMANDA?

Actualmente, los subsidios son la forma universalmente aceptada mediante la cual las sociedades procuran reducir las desigualdades entre pobres y no pobres respecto de los ingresos y el acceso a bienes y servicios considerados esenciales. Los subsidios consisten en la transferencia, sea de dinero o especies, desde los grupos poblacionales de mayores ingresos hacia los pobres.

En el pasado, estas transferencias asumían principalmente la forma de contribuciones voluntarias de naturaleza caritativa y filantrópica, por medio de las cuales la sociedad civil —con diversos grados de cobertura, organicidad y permanencia en el tiempo— atendía a las necesidades y riesgos más apremiantes de los grupos desposeídos. Con el tiempo, gracias al desarrollo de los principios de seguridad social, la creciente conciencia sobre los derechos de las personas y la conveniencia de diversificar socialmente los riesgos previsionales y de salud, los Estados han asumido progresivamente la responsabilidad de generar los mecanismos para financiar y transferir recursos destinados a lograr una mayor equidad. Sin que las organizaciones caritativas y filantrópicas perdieran relevancia —ya que con el desarrollo de las economías ésta incluso se ha acrecentado—, el financiamiento se ha vuelto de carácter obligatorio y los Estados han procurado responder más adecuadamente a las preferencias del conjunto de la comunidad con respecto a mejorar el acceso de todos los grupos poblacionales marginados a mayores beneficios.

En lo que se refiere específicamente a la salud, también han influido en esta tendencia los avances científico-tecnológicos que han hecho posible reducir la mortalidad y aumentar los años de vida sana, universalmente percibidos como objetivos deseables y cruciales para toda la población, pero imposibles de implementar —y aún menos de financiar— únicamente sobre la base de la asociación y las contribuciones voluntarias. Por otra parte, en años recientes se ha llegado a percibir con creciente claridad la significativa contribución de la salud al desarrollo y mantenimiento del capital humano que representan las personas y que la evidencia empírica identifica como el factor más fundamental para el desarrollo. Así, hoy día los subsidios en el campo de la salud son entendidos como un componente básico de las inversiones destinadas a potenciar las habilidades de los pobres para convertirlos en sujetos del progreso social.

A medida que las tendencias señaladas se han hecho más manifiestas y especialmente en vista de los cuantiosos recursos que es necesario movilizar, se ha dedicado creciente atención a la eficiencia con que éstos se manejan. Naturalmente, esta preocupación se acrecienta cuanto mayor sea la diferencia entre los compromisos y los recursos disponibles. La eficiencia se refiere a la capacidad para producir y proveer al costo mínimo —para una calidad determinada— los bienes y servicios que las personas perciben como necesarios y que contribuyen a elevar su nivel de bienestar. Desde esta perspectiva, la forma en que los subsidios se transfieran a las personas es importante.

Se distinguen dos modalidades genéricas de transferencia de los subsidios: subsidios a la oferta y subsidios a la demanda. Corresponden al primer tipo aquellos en que el proveedor de la prestación de salud recibe directamente el subsidio —para cubrir sus costos pertinentes en forma parcial o total— de manos de la entidad que administra el financiamiento. Los subsidios a la demanda se producen cuando el receptor del subsidio es habilitado por algún medio para disponer de un poder de compra equivalente al valor total de una prestación de salud, aun cuando haya solventado de su peculio sólo una fracción del costo técnico correspondiente a dicho valor.

También pertenecen al segundo tipo los subsidios más generales que el usuario percibe para complementar sus recursos propios y así habilitarlo para cancelar el costo total de la prima necesaria para ingresar a un sistema de prepagos o seguro de salud. En ambos casos, la persona podrá disponer de prestaciones a las que, sin el subsidio, no habría estado en condiciones de acceder. Pero su capacidad de negociación y potestad para decidir serán mucho mayores si puede elegir entre varios proveedores alternativos que cuando su única opción es aceptar lo que se le ofrece.

Recuadro V-4 (concl.)

La existencia de proveedores alternativos no supone necesariamente que el usuario disponga de libertad de opción, es decir, de la capacidad de elegir en todo momento cualquiera de los múltiples proveedores directos de servicios y prestaciones de salud: por razones de economía, la persona puede optar por incorporarse a un sistema de prepagos o seguro de salud que contemple formas de atención convenidas con grupos predeterminados de proveedores. Estos se conocen como planes de salud "cerrados". Ejemplos de tales esquemas son las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations) y las organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organizations) en los Estados Unidos, las ISAPRE en Chile, las instituciones de prepago en Argentina, Brasil y Perú, y otras. Según estas modalidades, las instituciones administradoras del financiamiento —sean de prepagos, seguros de salud o las mismas entidades de la seguridad social— pueden subrogar a las personas en cuanto a su capacidad de decisión y de negociación y actuar como contratantes o compradores de servicios de salud. Así, cada persona puede disponer de la asesoría técnica que difícilmente podría procurarse en particular y los vacíos de información característicos de los mercados de salud son superados con éxito. Por supuesto, para que así suceda los usuarios deben contar con alternativas en cuanto a entidades administradoras de financiamiento a fin de poder ejercer su poder de negociación al tratar con ellas y decidir libremente cuál seleccionan.

Lo fundamental entonces es que el receptor del subsidio tenga alternativas de opción y esté en condiciones de manejar los medios que controlan el financiamiento. Así, la disponibilidad de alternativas en general, y los subsidios a la demanda, por su propia lógica, generan en los usuarios sensibilidad al costo y en las entidades aseguradoras y proveedoras, sensibilidad al paciente, ya que perciben que su financiamiento depende de la decisión del usuario.

La disponibilidad de alternativas supone necesariamente situaciones en las que existan múltiples entidades aseguradoras y proveedoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas (con y sin fines de lucro). Estas deben estar insertas en un ambiente competitivo —en el que la función del Estado sea normar, supervisar e intervenir selectivamente cuando las circunstancias lo requieran— que las induzca a minimizar costos y adecuar progresivamente su respuesta a las necesidades de las personas. La combinación público-privada óptima dependerá principalmente de las características de cada país, las estructuras de costos, la naturaleza de la demanda, las especificidades de los sistemas de salud y ex salud, los vacíos de la cobertura de la población y las políticas de salud.

En las últimas décadas en América Latina y el Caribe se han realizado experiencias basadas en el desarrollo de múltiples entidades privadas aseguradoras y proveedoras de servicios de salud; los resultados de tales iniciativas apuntan a la necesidad de ser cautelosos, ya que, por una parte, demuestran una creciente eficiencia administrativa, ofrecen variadas opciones —que se adaptan mejor a las necesidades de las personas— y exhiben gran dinamismo y flexibilidad. Sin embargo, por la otra, no han tenido igual éxito en la contención de los aumentos de costos y han generado crecientes disparidades en el acceso a la salud. Esto supone un llamado de atención para que al implantar modalidades de subsidio a la demanda —que de todos modos parece ser la dirección en que se debería avanzar en el futuro— se aprovechen estas lecciones cuando se establezcan la normativa legal y los mecanismos de supervisión que aseguren los objetivos perseguidos: mejor nivel de salud de la población, mayor eficiencia del sector y más altos niveles de equidad.

Fuente: E. Miranda, "Salud para todos: ¿subsidio a la oferta o subsidio a la demanda?", Revista administración en salud, N° 10, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1991; y "Sistemas de salud en el mundo: un marco conceptual", Sistemas de salud en el mundo, serie Documentos de trabajo, N° 203, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP), noviembre de 1993

También debería considerarse la posibilidad de convertir a los grandes hospitales públicos de alto nivel de complejidad en empresas estatales autónomas.

Conjuntamente con lo anterior, sería necesario concentrar la capacidad de compra de los usuarios a fin de internalizar, por la parte de la demanda, las mejoras de productividad que se logren en el ámbito de la oferta de prestaciones. Este es uno de los elementos centrales de la propuesta de reforma sectorial que actualmente se debate en los Estados Unidos —que para ello contempla la creación de corporaciones regionales de salud—,⁸⁶ y también de las iniciativas respecto de la concentración de las entidades de seguridad social registradas en Argentina y en Colombia.

La intensificación de la competencia entre proveedores de servicios sanitarios puede resultar ser condición necesaria, aunque probablemente insuficiente, para asegurar eficiencia, eficacia y equidad de acceso en el campo de la salud. Se ha visto ya que el sector privado tiende a desarrollar mecanismos de exclusión que son difíciles de contrarrestar en un contexto de competencia imperfecta en el cual la soberanía del consumidor es, por definición, limitada —si bien se espera que mejorará tras la reforma sectorial. Por lo tanto, no basta con fomentar la competencia entre proveedores públicos y privados o dentro del propio sistema asistencial público; también será necesario impulsar la implantación de un adecuado marco regulatorio, tanto de las entidades de financiamiento como del sistema proveedor de servicios de salud, público y privado. Dicha normativa tendría que centrarse en la regulación de las atenciones de salud y en el ordenamiento de los mecanismos de pago al sistema proveedor de servicios de salud, por la vía de establecer modalidades de pago por conjuntos de prestaciones asociadas a diagnósticos —tales como nomencladores globalizados; grupos de diagnóstico relacionados (DRG); pagos asociados a diagnóstico (PAD)—, por capitación y otras, tanto para los proveedores públicos como privados. Esto permitiría trasladar el peso de la ineficiencia relativa al campo de la oferta y forzaría a las entidades prestadoras de servicios a racionalizar sus procedimientos, reducir costos y mejorar la calidad. En los casos en que los sistemas hospitalarios públicos adolezcan de importantes rezagos tecnológicos acumulados durante la última década, será necesario modernizarlos y reorganizarlos antes de que entren al régimen competitivo.

Finalmente, la expansión no coordinada de los programas de acción de las ONGs frecuentemente conduce a la duplicación de servicios en algunas zonas y ámbitos específicos, y a su carencia en otros. Esto plantea a los ministerios de salud la necesidad de constituirse en órganos de coordinación entre el sector público y las entidades privadas solidarias, a fin de optimizar el aporte de éstas y, cuando sea conveniente, de liberar al sector público de tareas y requerimientos de recursos en áreas en que la gestión de las ONGs se muestre eficiente. Esto reviste especial importancia, pues a menudo las organizaciones privadas sin fines de lucro comparten las metas de los gobiernos.

⁸⁶ Véase "Health Security Plan", Washington, D.C., septiembre de 1993 y Washington Post, 23 de septiembre y 28 de octubre de 1993.

El esquema propuesto se refiere principalmente a la atención de segundo y tercer nivel de complejidad, pues se parte de la base que la atención primaria continúa siendo responsabilidad indelegable del sector público, por lo menos durante las primeras etapas del plan de reforma sectorial (aunque con la colaboración de las ONGs, particularmente en los países de menores recursos). Conviene agregar que la puesta en marcha de un programa de reforma sectorial como el que aquí se sugiere supone una estrecha colaboración entre las autoridades sanitarias —que serán las encargadas de establecer la normativa para las prestaciones de salud, la acreditación de agentes y la fiscalización de resultados—, y las autoridades económicas a nivel federal, provincial y municipal que, en principio, se encargarían de poner en práctica el modelo de financiamiento que está a la base de la propuesta. Deberá elevarse sustancialmente el nivel de cooperación interministerial, lo que requerirá crear nuevas instancias de organización interagencial dentro del aparato gubernamental. La base informativa que exige un programa interministerial en este campo es todavía endeble, por lo que su construcción es un requisito ineludible de cualquier esfuerzo de coordinación que se decida emprender más adelante.

f) Gestión y provisión

La reforma debe incluir el desarrollo de sistemas y métodos de gestión en cada entidad de financiamiento, administración y provisión; la capacitación para la operación de esos sistemas y, sobre todo, para la adopción de decisiones; y una estructura legal y administrativa que incorpore a la totalidad de los agentes —públicos y privados— al sistema nacional de salud, respete sus respectivos márgenes de autonomía, armonice el conjunto y regule la competencia a nivel micro.

En las entidades integradas verticalmente, hay que buscar formas de lograr una mayor capacidad de adaptación a las necesidades de las personas. Un contexto competitivo, con múltiples agentes, tenderá a generar mayor eficiencia, pero eso no bastará para superar todos los problemas que afectan a estas entidades ni para mejorar, necesaria e instantáneamente, su productividad y efectividad. Para alcanzar estos objetivos es preciso dotarlas de un financiamiento adecuado e inducirles a desarrollar su capacidad de gestión financiera, administrativa y productiva, otorgándoles mayor autonomía a medida que lo logren.

La concesión de creciente autonomía a estas unidades no debe entenderse como una atomización o disyunción del aparato institucional, sino como una forma de crear condiciones propicias a una mayor eficiencia, a la vez que se asegura la integralidad sistémica. Es por eso que la descentralización también comprende el diseño de mecanismos de programación y presupuestación globales, el cumplimiento de orientaciones y políticas institucionales (que son formuladas conjuntamente por los niveles directivos central y locales), y una variada gama de sistemas de información y rendición de cuentas en cuanto a productividad, eficiencia y resultados.

Para dotar de efectiva autonomía a las unidades verticalmente integradas es preciso traspasarles las siguientes facultades: i) compra de insumos y fármacos; ii) contratación y despido de personal (con independencia para definir, dentro de ciertos rangos, las descripciones de los cargos y las habilidades y conocimientos requeridos); iii) selección de las tecnologías que se utilizarán (sujeta a los estándares técnicos institucionales y legales); iv) adquisición de equipamiento menor y mejoras y mantenimiento de las instalaciones; v) contratación y venta de servicios (en conformidad con las tarifas institucionales y dentro de rangos que permitan ajustes a las condiciones del mercado local); y vi) recaudación de los cobros directos a los usuarios y autorización para retener una proporción como incentivo.

Recuadro V-5

PRIVATIZACION DE SERVICIOS EN COSTA RICA: LAS COOPERATIVAS DE SALUD

En Costa Rica, la privatización de algunos programas de salud ha sido motivo de debate desde la década de los ochenta. En este sentido, la acción más significativa ha sido el traspaso de las clínicas de Pavas y de Tibás de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a dos cooperativas de salud.

Según los directivos de las nuevas entidades sanitarias, el cooperativismo en el ámbito de la salud está compenetrado con los principios de la seguridad social: garantizar a la población una cobertura total e igualitaria y la contribución solidaria de todos a su financiamiento, cuya administración recae principalmente en el Estado. Estiman que la empresa privada, aunque no es intrínsecamente eficiente, facilita el aumento de la eficiencia y la buena calidad de los bienes y servicios entregados. Plantean la necesidad de garantizar que la privatización no redunde en una elevación del costo de las prestaciones, y que son funciones del Estado definir claramente el concepto de necesidad pública, estimular la iniciativa privada mediante amplios programas de privatización, y controlar y regular la eficiencia y calidad de los servicios brindados por entidades no gubernamentales.

COOPESALUD, según un convenio suscrito con el Ministerio de Salud y la CCSS, se hizo cargo de la atención ambulatoria de la población de Pavas, distrito de San José. Por la administración de la clínica, la CCSS paga aproximadamente 30 dólares al año por asegurado residente en esa área de salud, suma negociada anualmente y cancelada en cuotas mensuales; el compromiso del Ministerio de Salud de realizar un aporte mensual de 15 300 dólares, sólo se ha cumplido parcialmente. A la Cooperativa se le paga por cuidar de la salud de la población, y no por cada atención sanitaria. Según sus socios, este régimen permite equilibrar el interés económico de la empresa y el fin social del servicio público que presta, ya que si la atención de salud no es adecuada, la cooperativa compromete sus recursos futuros al enfrentar un eventual incremento de la demanda causado por la mayor morbilidad.

Para iniciar el proyecto, la CCSS aportó una clínica nueva (750 m² de construcción y 9 000 m² de áreas verdes y estacionamientos), equipada aproximadamente en un 80%, con un valor cercano al millón y medio de dólares. COOPESALUD pagó, por una sola vez, un alquiler simbólico de 20 dólares. La Cooperativa es responsable del mantenimiento de la planta física y también ha asumido el del equipo y mobiliario de la CCSS, que teóricamente sería compartido. La empresa puede adquirir los medicamentos y demás productos que distribuyen la Caja y el Ministerio de Salud a precio de costo, más un 15% por concepto de gastos administrativos. El aporte de la CCSS corresponde a la estimación del gasto promedio anual por beneficiario del seguro de enfermedad y maternidad.

La atención preventiva, que incluye visitas periódicas a domicilio, ocupa un lugar importante en la estrategia de la Cooperativa. Por cada 3 000 o 3 500 personas cubiertas se asigna un equipo básico de atención integral constituido por un médico, un auxiliar y un asistente de salud comunitaria encargado de desarrollar actividades de atención primaria: vacunas casa por casa, detección de hipertensos y de embarazadas; formación de grupos para prevenir el embarazo precoz y realización de programas para discapacitados.

La rotación de personal es baja, probablemente debido que se ofrecen: mejores remuneraciones, sobre todo en los primeros años de servicio, una estructura administrativa "personalizada" y mayor participación en la administración de la clínica.

Recuadro V-5 (concl.)

Por sus características, COOPESALUD es comparable con las clínicas de consulta externa tipo 4 de la CCSS, que brindan atención ambulatoria más amplia y compleja que incluye atención médica en cuatro especialidades básicas y subespecialidades y servicios como laboratorio clínico y rayos X; estas clínicas prestan apoyo, en el área que comprenden, a los establecimientos de menor capacidad. En comparación con las clínicas tipo 4, COOPESALUD tiene más auxiliares y menos personal administrativo. Su productividad en términos de consultas médicas, que al principio fue menor que la de las otras clínicas, sobrepasó en 1990 el promedio de éstas en un 9%. Debe señalarse que no es posible comparar debidamente la relación costo-efectividad de la Cooperativa con la de otras clínicas sobre la base de la información disponible, ya que en sus informes sólo se incluyen los costos de depreciación del equipo adquirido por COOPESALUD, que representa aproximadamente 30% del equipo total, y no se considera la depreciación de la infraestructura ni del equipo provisto por la CCSS o el Ministerio de Salud. Esto significa que se subestiman sistemáticamente sus costos reales; por ejemplo, si este criterio se corrigiera, variarían los costos de las consultas, que actualmente aparecen 30% inferiores a los de otras clínicas.

Entre las propuestas para mejorar el modelo se plantea modificar los acuerdos de financiamiento y la estimación del aporte público, a fin de que las cooperativas se conviertan en un medio para reducir el gasto mediante un uso más eficiente de los recursos, que no refleje simplemente los actuales costos promedio.

Fuente: Ana Sojo, "La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes", serie Reformas de política pública, N° 17 (LC/L.784), Santiago de Chile, CEPAL, noviembre de 1993.

La prestación de servicios es el componente crítico del sistema de salud. De él dependen los resultados obtenidos, los costos y los gastos. Aquí se abordará principalmente la atención de salud que proveen las entidades públicas, ya que la prestada por el sector privado se examina en la sección dedicada a la regulación. La atención de salud debe ser eficaz, producir resultados, minimizar los costos dentro de estándares de calidad determinados y responder a las necesidades de las personas.

La eficacia aumentará si se integran los niveles de atención mediante procedimientos de referencia y contrarreferencia oportunos y efectivos, cuya implementación requiere de sistemas interconectados de información, que permitan disponer de los antecedentes clínicos de los pacientes y efectuar el seguimiento de las patologías, los procesos de curación y las altas.⁸⁷

Para minimizar los costos es necesario diseñar y establecer un conjunto de mecanismos de registro, evaluación, administración e información, entre los que se incluyen los siguientes: i) sistemas de registro y evaluación de costos de producción, así como centros de análisis de costos que permitan el seguimiento y la evaluación del desempeño de las distintas unidades; ii) indicadores de eficiencia y productividad que identifiquen los recursos humanos, equipos e instalaciones que más inciden en los costos; iii) tecnologías

⁸⁷ En las unidades pequeñas bastará con procedimientos manuales, pero en las de mayores dimensiones y volumen de actividad será preferible contar con sistemas computarizados, actualizados periódicamente, que ofrecen las ventajas de su menor costo y mayor confiabilidad.

de administración basadas en el concepto de calidad total para minimizar las variaciones de los resultados de salud en los procesos de producción; y iv) una adecuada programación entre los niveles de atención de distinta complejidad e intersectorial para que las acciones e intervenciones sean más oportunas, se reduzcan las pérdidas y mejore la calidad y efectividad de la atención.

g) Regulación

La estructura y organización futura del sector de la salud se caracterizará por la presencia de un mayor número de agentes y la ampliación de la gama de opciones a disposición de las personas, lo que mejorará la eficiencia de la asignación de recursos y de la producción de servicios. Sin embargo, tales efectos virtuosos no serán espontáneos, sino que requerirán un rol activo por parte del Estado

En su nuevo papel el Estado pasa a asumir el liderazgo en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, así como en la ejecución de intervenciones selectivas. Por otra parte, el fortalecimiento de la acción reguladora del Estado es decisivo para coordinar y concertar a la amplia gama de agentes que intervienen en el campo de la salud, inducir el establecimiento de normas de procedimiento que gobiernen la acción de dichos agentes, y otorgar incentivos que orienten el desarrollo científico-tecnológico y fomenten una mayor equidad en la oferta de servicios. Esto supone: i) inducir la fijación de normas que regulen los servicios y atenciones de salud comprendidos en la canasta básica; ii) establecer reglas técnicas, administrativas y operacionales para el sector público, y establecer los estándares de calidad para el sistema de servicios de salud; iii) reforzar su capacidad de regulación del mercado de drogas y medicamentos, de la tecnología de alta complejidad y de la inversión física, a fin de moderar la discriminación de precios, las conductas monopólicas, la formación de carteles y todas las prácticas que impliquen apropiación de excedentes de los consumidores por parte de las entidades de financiamiento y de prestación de atenciones de salud; iv) garantizar a las personas una variedad de opciones al seleccionar las entidades de financiamiento o gestión y de provisión de servicios sanitarios; v) regular la formación de recursos humanos para el sector de la salud para que su disponibilidad sea equilibrada y equitativa; y vi) establecer normas en materia de medio ambiente y de seguridad laboral, de coordinación de la acción pública y privada y de articulación intersectorial.

La reforma sectorial afecta, obviamente, a los agentes que intervienen en el financiamiento, la gestión y la provisión de atenciones de salud: modifica sus roles y reduce o amplía sus campos de acción y sus competencias administrativas, con diferentes énfasis y alcances según la fase de la reforma. En la mayoría de los países, la reforma sectorial se iniciará en un período de ajuste económico y escasez de recursos. El Estado tendrá que desempeñar un activo papel en su promoción e implantación, especialmente en los aspectos de financiamiento —para lo cual deberá reforzar la captación de recursos por las vías tradicionales y recurrir a alternativas complementarias— y de mejoría de la eficiencia. Corresponde al gobierno la tarea política de movilizar a las fuerzas sociales y comprometerlas con los cambios. Asimismo, tiene que impulsar la realización de experiencias piloto que permitan evaluar las acciones de reforma sectorial.

En esta fase el sector estatal mantendrá su rol predominante en la provisión directa de atenciones de salud, pero deberá mejorar la capacidad de gestión del aparato público, en especial de las unidades encargadas del diseño y aplicación de las reformas. Otra de las tareas críticas durante esta fase será la configuración de un marco legal e institucional coherente para la totalidad del sector de la salud, adecuado a un escenario que se caracteriza por la diversificación de los agentes, que establezca espacios para todos ellos y regule sus funciones, obligaciones y atribuciones.

h) Investigación y desarrollo científico-tecnológico y metodologías para aumentar la eficacia de los programas

La viabilidad de la STPE en cada país depende de su adecuación a las realidades sanitaria, económica y política nacionales. Esto supone desarrollar la capacidad de analizar y monitorear los perfiles de problemas prioritarios de salud de los diversos grupos sociales, así como la de elaborar y evaluar propuestas de intervención que tomen en cuenta dichos perfiles de problemas, la disponibilidad de recursos y los intereses de los distintos actores participantes. Otro elemento fundamental para hacer viable la propuesta es la disponibilidad de elementos que son críticos para la operación de los servicios de salud, en particular conocimientos y tecnologías. En otras palabras, la promoción de la investigación y el desarrollo tecnológico en el campo de la salud es un componente esencial de la STPE.

De las anteriores consideraciones se deduce que es indispensable desarrollar la capacidad para evaluar la situación de salud de cada territorio y grupo de población, identificar y analizar los perfiles de problemas prioritarios y vigilar el impacto diferenciado que las acciones correctivas puedan tener sobre ellos. Esto requiere, además, transformar y desarrollar los sistemas de información sobre la situación de la salud y los registros de hechos vitales en todos los niveles decisorios del sistema y fortalecer su utilización en los procesos de adopción de decisiones y de evaluación de las acciones de salud y bienestar.

Una investigación en salud capaz de servir de soporte a una propuesta como la STPE no puede limitarse a los temas y disciplinas propios de la investigación biomédica y clínica o a los que tradicionalmente suele abordar la investigación en materia de salud pública. Muchos de los problemas que son fundamentales para la propuesta STPE, como los relativos a financiamiento sectorial, organización institucional, descentralización, papel del Estado, dinámica de los actores, distribución del poder, entre otros, exigen la contribución de otras disciplinas, particularmente de las propias de las ciencias sociales. En este sentido, el desafío que se plantea es cómo ampliar y diversificar la masa crítica de investigadores e instituciones de investigación que se ocupan de los temas de salud. El fortalecimiento de la investigación para que responda a los problemas prioritarios de salud y se superen las barreras entre la producción y la utilización del conocimiento requiere que se formulen políticas en este campo, se asignen recursos apropiados y se reorganice la investigación.

El desarrollo tecnológico en materia de salud, entendido como la capacidad para desarrollar, adaptar y producir componentes esenciales para la atención (por ejemplo, medicamentos, vacunas y equipos), así como también para regular y evaluar la incorporación y utilización de la tecnología a nivel de los servicios, tiene gran importancia para consolidar la viabilidad de la STPE. De esta capacidad depende la disponibilidad de tecnologías adecuadas para implementar la canasta básica y la posibilidad de utilizar de manera más eficiente y equitativa los procedimientos de alto costo

La investigación y el desarrollo tecnológico en salud constituyen un elemento crítico de la STPE, no solamente por su importancia para la atención sanitaria, sino también por su influencia en el desarrollo científico-tecnológico de otros sectores. De hecho, el complejo de servicios y componentes del sector de la salud permite y estimula la incorporación y desarrollo de nuevas tecnologías que van más allá de las aplicaciones sectoriales, como es el caso de la biotecnología.

5. Inversión

Dado el evidente deterioro de las condiciones de vida de la población, la recuperación económica de los últimos años ha hecho posible replantear las prioridades de inversión en los programas económicos y en las políticas de gasto público de los países de la región, a fin de asignar mayor importancia a los sectores sociales. A su vez, los organismos internacionales de financiamiento disponen actualmente de recursos adicionales para estos sectores.

Para satisfacer las atenciones de salud consideradas en la canasta básica y enfrentar las demandas relacionadas con la transformación de los perfiles epidemiológicos se requerirán inversiones adicionales, que podrán complementarse mediante instrumentos como los fondos de inversión social. Por su parte, los cambios en la participación pública y privada harán necesario considerar los aspectos relacionados con la inversión dentro de un marco regulatorio.

Considerando que en el corto plazo será ineludible ejecutar proyectos de infraestructura física destinados a recuperar la capacidad de producción perdida en los años ochenta, es oportuno revisar la política de inversiones del sector de la salud para convertirla en un complemento fundamental para apoyar el proceso de reforma del sistema de salud en los países de la región.

En la actualidad, numerosos establecimientos de salud cuya construcción se financió con costosos créditos internacionales, ya no están en condiciones de proveer los servicios para los que fueron creados. Evaluaciones *ex post* realizadas por el BID para apreciar los resultados de préstamos concedidos al sector de la salud en los años setenta y ochenta, muestran que las metas de infraestructura física no se cumplieron en los plazos esperados y que los costos excedieron de lo previsto; también se señala que los recursos del préstamo no se comprometieron oportunamente y que hubo numerosas reformulaciones de los proyectos, lo que afectó principalmente a los niveles más primarios de atención. La responsabilidad de todo ello es atribuible tanto a los gobiernos como a los organismos internacionales de financiamiento.

Estas realidades ponen en evidencia el hecho de que el sector de la salud necesita fortalecer su capacidad para optimizar el uso de los recursos y aprovechar adecuadamente la alta prioridad que actualmente se le asigna: mejorar la calidad de la inversión es un requisito básico para asegurar que el incremento de recursos tenga el mayor impacto posible. Para ello es preciso consolidar la capacidad del propio sector para formular y evaluar proyectos, ya que hasta ahora tales tareas generalmente se han concentrado o estado bajo la tutela de las entidades del sector económico; para lograrlo se hace imprescindible asignar mayor prioridad a estas materias en las actividades de capacitación del sector. Estas competencias también deben ser fortalecidas entre los nuevos actores, como los municipios, ligados al proceso de descentralización. Lo mismo se aplica al caso de las organizaciones no gubernamentales y de las empresas comerciales y cooperativas que actúan en el sector.

En la evaluación de los proyectos deben considerarse aspectos de organización e institucionales relacionados con su futuro desempeño en el sector. El diseño de la política de inversión en salud debe comprender, además de la inversión en infraestructura física, otros componentes del gasto que ejercen un efecto directo sobre la capacidad productiva del sector y de las instituciones específicas de salud. Con este fin, en los proyectos se deben identificar actividades para el fortalecimiento institucional, que incluyan tanto inversión en capital humano (entrenamiento), como en equipo y en reorganización de los agentes productivos. Asimismo, al formular los proyectos de inversión debe prestarse la debida atención a los compromisos presupuestarios que implicará la operación de los servicios.

Las anteriores recomendaciones tienen por objeto incrementar la efectividad de la inversión y asegurar que el proyecto genere los resultados esperados. En este sentido hay que tener presente que la inversión debe producir un doble impacto: mejorar las condiciones de producción y también las del consumo de los servicios de atención de salud.

Para mejorar la eficacia y eficiencia es preciso que en cada país se evalúe el impacto efectivo de las acciones de salud en términos de solución de problemas específicos, así como el que potencialmente se lograría mediante una combinación alternativa de acciones. En el análisis de la eficacia y eficiencia se debe considerar aspectos institucionales y de organización del sector, tales como la medida en que la capacidad de gestión determina el nivel de producción, a fin de identificar las modificaciones de organización e institucionales que se deberían introducir. Las prioridades establecidas respecto de la canasta básica deben orientar las inversiones del sector, en las que también habrá que tener en cuenta la redefinición de roles de los sectores público y privado.

Dada la estrecha vinculación entre la política de inversiones y el proceso de reforma del sector de la salud, los recursos asignados a la inversión en éste permitirán cumplir un doble objetivo por una parte, se recuperará la capacidad de producción perdida, entre otros factores, por el abandono de la inversión en capital físico; por la otra, se fortalecerá la capacidad de proveer atención de salud como resultado de la reorganización de los factores productivos que participan en el proceso.

C. VIABILIDAD POLITICA Y ECONOMICA DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

Una reforma como la que aquí se propone hace indispensable analizar su viabilidad tanto política como económica. Como cualquier política pública, una reforma que modifica el statu quo se sustenta en la voluntad política y en el conocimiento técnico. En ausencia de la primera no existe posibilidad alguna de poner en marcha el esfuerzo reformista. En esta sección se presenta un diagnóstico de los problemas que enfrenta la población latinoamericana y del Caribe en materia de salud y se proponen algunos lineamientos de acción que harían posible remediarlos en un plazo relativamente corto. El propósito es llamar la atención de los encargados de adoptar las decisiones públicas sobre la conveniencia de emprender esta reforma no sólo por razones de tipo ético o por la necesidad de mejorar el nivel de bienestar de la población de sus países —lo que de por sí ya sería suficiente— sino también por las ventajas que representa contar con una población saludable para elevar la competitividad internacional de los países de la región. La combinación de estas razones debería contribuir a gestar la voluntad política. En cuanto al conocimiento técnico, se debe reconocer que en este campo, si bien se han realizado ciertos avances en los últimos tiempos, se requiere —como un componente de la misma reforma propuesta— destinar esfuerzos y recursos a la investigación orientada a hacer más viable la propia reforma, mediante el fortalecimiento de la eficiencia y la eficacia de las acciones de salud.

El análisis de la viabilidad de la estrategia propuesta hace necesario identificar las fortalezas y debilidades de los instrumentos con que cuentan las autoridades encargadas de llevar adelante el proceso de reforma, así como las oportunidades y amenazas que presentan los diferentes escenarios en los cuales deberá desenvolverse el esfuerzo reformista.

Las amenazas provienen de las presiones de grupos de interés que se sienten afectados negativamente por la reforma, porque pierden ventajas vinculadas al statu quo. Entre los eventuales perjudicados podrían encontrarse segmentos empresariales y profesionales, sindicales y de usuarios en riesgo de perder alguna posición privilegiada como consecuencia de la reorientación de recursos estatales en favor de la universalización de la canasta básica o de la eliminación de exenciones tributarias por gastos en salud que excedan de las prestaciones y servicios de salud previstos en la CB. Es probable que estos grupos posean una gran capacidad de organización e influencia política para defender sus intereses.

En un sistema democrático la autoridad y los agentes reformistas deben lograr que amplios sectores de la sociedad comprendan la conveniencia de la reforma, tanto desde el punto de vista de la transformación productiva como de la equidad. Debe recordarse que "... En una sociedad democrática, toda acción de reforma económica o institucional requiere apoyo popular, y este apoyo, para ser sólido y bien fundado, exige una comprensión cabal de aquello que está en juego, de la naturaleza y sentido de lo que se va a reformar y de la manera en que la reforma va a ser hecha".⁸⁸

Por lo tanto, el esfuerzo de los promotores de la reforma no sólo tiene que centrarse en convencer a los encargados de adoptar las decisiones, sino en generar un amplio consenso en pro de la reforma entre los diversos actores sociales; esta coalición no debe limitarse a incluir a los potenciales beneficiarios de la misma o a quienes no serán afectados por los cambios, sino atraer también a los eventuales perjudicados, cuyas pérdidas puedan ser reducidas o compensadas de diversas maneras. También es preciso tratar de incorporar a otros agentes, como los organismos internacionales de cooperación y financiamiento, ciertos segmentos del personal de la salud, las organizaciones no gubernamentales y elementos de la sociedad civil organizada.

La seguridad social tendrá que expandir sus programas y ampliar su cobertura para cubrir las contingencias relativas a la salud y el bienestar social de estratos actualmente excluidos, lo cual puede generar tensiones entre los actuales beneficiarios, que gozan de situaciones de privilegio

La contribución de las organizaciones no gubernamentales puede ser muy determinante para la puesta en práctica de la reforma, dada su experiencia en proyectos de apoyo a poblaciones de bajos ingresos y en materia de financiamiento, administración y prestación de servicios sociales destinados a esos mismos estratos. Debido a lo anterior, a las ONGs les cabría desempeñar un importante papel en la ampliación de la cobertura de salud, especialmente en el caso de áreas alejadas o de necesidades no atendidas por los servicios estatales; también podrían impulsar el incremento de la eficiencia, tanto en sus propios programas como en los realizados por el sector público, y contribuir a aumentar los recursos disponibles, sea mediante la cooperación internacional, la movilización comunitaria o la recuperación de costos, experiencias en las que han logrado éxito. El potencial de las ONGs sólo podrá ser utilizado adecuadamente si los funcionarios del Estado superan viejos prejuicios respecto de la esfera no gubernamental.

La utilización de los medios de comunicación resulta fundamental, si se considera que actualmente no existe una percepción clara del bien común que entrañan muchas acciones de salud pública, como las intervenciones para el control de enfermedades infecciosas mediante la vacunación, así como de saneamiento del medio ambiente para prevenir enfermedades de transmisión entérica o pulmonares,

⁸⁸ M. Vargas Llosa, "América Latina y la opción liberal", El desafío neoliberal, Barry B. Levine (comp.), Santa Fe de Bogotá, Norma, 1992, p. 21.

ocasionadas por la contaminación del aire en las ciudades. La falta de difusión de estos conocimientos fomenta la ignorancia al respecto, la que a su vez refuerza la falta de solidaridad del individuo con la colectividad de la que forman parte.

En lo que respecta al personal de la salud, se requiere un especial esfuerzo de convencimiento. Es común que las burocracias de los ministerios de salud se opongan a las iniciativas de modernización del sector público, lo que acentúa su imagen de ineficiencia y resistencia al cambio. Los ministerios de salud son uno de los mayores empleadores del sector público y enfrentan una fuerte proclividad de su personal al conflicto laboral crónico. Las huelgas prolongadas de los trabajadores de los hospitales públicos forma parte del panorama político y laboral de las grandes ciudades de la región, lo que afecta la ya deteriorada eficiencia del sector y su imagen ante la opinión pública.

Los brotes epidémicos de enfermedades como el cólera y el sarampión, tornan aún más crítica la visión que la opinión pública tiene de los ministerios de salud, lo cual intensifica la propensión a atribuir supuestas responsabilidades por los daños percibidos. Todo ello contribuye a limitar el rol y el peso político de los ministerios de salud, por lo que sus proposiciones suelen ser poco consideradas en el momento de adoptar decisiones.

Otro elemento que añade complejidad a las perspectivas de la reforma sectorial es la creciente dicotomía entre la medicina moderna, cuya constante incorporación de tecnología avanzada es uno de los factores principales de la elevación de los costos, y la persistencia de problemas básicos de salud característicos de las situaciones de pobreza y de deficientes condiciones de vida. En muchos casos, las inequidades que afectan a los más pobres no son consideradas cuando se asignan los recursos del sector, omisión que contribuye a perpetuarlas.

El proceso de transformación de la actividad del gobierno, que de guiarse según modelos centralizados y planificados adoptará otros descentralizados y con predominio del mercado, también supone reducciones de la gravitación y el protagonismo del sector público, cambio que lo hará parecer todavía más anacrónico y, por lo tanto, más susceptible a las críticas de los partidarios de la privatización. Esta situación se verá agravada cuando la aparición de una oferta de servicios de salud privados, más modernos y eficientes, contribuya a la fragmentación de los recursos disponibles y acreciente la visible diferenciación entre las atenciones que ellos ofrecen y las prestadas por el sector público, crecientemente desfinanciado.

Una condición sine qua non de la viabilidad política de la reforma es que sea abordada por el gobierno en su conjunto —y no exclusivamente por el ministerio de salud— con un enfoque político global, que demuestre la existencia de una sólida voluntad política y asegure que el ministerio de hacienda o finanzas proporcionará los recursos necesarios para llevarla a cabo. El énfasis en la estrecha relación ya señalada entre mejoramiento de la salud e impulso de la transformación productiva y la competitividad auténtica puede atraer a aliados importantes, miembros del gabinete, y evitar que sea vista sólo como una modificación de carácter sectorial.

Se debe actuar políticamente para construir una alianza política y social en favor de la reforma, que incluya a los principales actores: partidos políticos, tecnócratas, profesionales de la salud, trabajadores de hospitales, representantes del sector privado y de las industrias ligadas a la salud. En definitiva, se trata de convertir la reforma de la salud en una política de Estado. No tiene que concebirse como la obra de un gobierno determinado, porque su materialización se prolongará más allá de su mandato y porque

será casi imposible llevarla a cabo si en ese amplio consenso sobre su necesidad no participan todos los sectores políticos y sociales.

Es necesario, asimismo, tener una clara visión de los obstáculos que se habrán de superar, como la férrea oposición que presentarán los grupos de interés que se sientan perjudicados por los cambios propuestos. Ganar a esos sectores para la causa de la reforma o, por lo menos, neutralizarlos, exigirá gran manejo político. Una manera efectiva de consolidar la viabilidad política de la reforma es dividirla en propuestas en torno de las cuales sea fácil generar consenso, separadas de las que requieren concertaciones más complejas. Así se facilita la identificación de los focos críticos a los que es preciso dedicar especial esfuerzo para que la reforma no fracase.

Asimismo, es conveniente constituir un equipo técnico central encargado de la reforma, cuyos miembros cuenten con una sólida formación teórica en materia de salud pública y una gran capacidad de diálogo con las demás instancias, para poder así ir imprimiendo al proceso de reforma la dirección más adecuada. Se deben proveer los incentivos necesarios para que los miembros de ese grupo permanezcan en el sector público el mayor tiempo posible, a fin de asegurar la continuidad de las reformas. De otra manera, se corre el riesgo de que se desintegren equipos humanos que resulta muy difícil reconstituir una y otra vez.

La viabilidad de la reforma también depende de las inversiones en salud que se realicen. En la sección correspondiente ya se presentó un análisis de las diversas fuentes de financiamiento que podrían utilizarse para obtener los recursos que requieren las reformas. Los organismos internacionales de financiamiento pueden desempeñar un papel importante en la materialización de la reforma, ya que para la aprobación de créditos destinados al sector de la salud han puesto como condición que se aumente la funcionalidad y se modernicen los mecanismos operacionales de las instituciones del sector de la salud.

En la agenda gubernamental de muchos países de la región se aprecia una progresiva incorporación del objetivo de mejorar los niveles de salud de la población. Sin embargo, proliferan las críticas en el sentido de que estas prioridades no llegan a manifestarse en la práctica.

Para modificar esta situación y posibilitar el avance de una reforma como la sugerida es necesario, por una parte, contar con un correcto diagnóstico del estado de cosas actual, ya que en muchos casos se parte de apreciaciones erróneas. La complejidad del sector, su intersectorialidad y otras de sus peculiaridades no son siempre debidamente consideradas. Estas deficiencias se acentúan en países en los que se ha producido un desarrollo inorgánico e independiente de los sectores público y privado, lo que ha inducido la creación de grupos de interés que no están dispuestos a coordinarse para lograr mayor eficiencia y equidad.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta el complejo entramado de actores e intereses en juego en los sistemas de salud, que pueden verse afectados por la reforma. Así sucede en el campo de los productos farmacéuticos, donde, como ya se ha señalado, la presencia de las grandes transnacionales es muy importante. Respecto de la seguridad social, pese a ser inequitativa en su financiamiento y en la provisión de atenciones de salud, los intentos por modificarla enfrentarán la resistencia de los grupos que se

benefician de la situación actual.⁸⁹ Como ya se mencionó, es común que las burocracias de los ministerios de salud se opongan a las iniciativas de modernización del sector público, lo que ha acentuado su ineficiencia. Esta, a su vez, ha propiciado el traslado de los estratos de mayores recursos a sistemas de atención privados, erosionando así la solidaridad entre grupos sociales, en desmedro de los más pobres.

Los ministerios de salud, por su propio quehacer, deben adoptar un enfoque de máxima intersectorialidad y mantener relaciones con múltiples áreas, como finanzas, obras públicas, agricultura y ganadería, planificación, medio ambiente, gobierno interior, defensa y, en especial, educación. En la práctica, la salud es una actividad en la que intervienen casi todas las entidades gubernamentales.

Llevar a cabo las estrategias propuestas requiere que se realice un permanente análisis de situación que permita aprovechar las coyunturas favorables y modificar las acciones en circunstancias adversas. Distintos escenarios estratégicos podrían resultar del desarrollo a largo plazo de las políticas económicas y sociales, sea que tengan éxito o no.

La gama de posibilidades va desde un escenario optimista, con alto crecimiento económico acompañado de efectivas políticas redistributivas que posibiliten un grado aceptable de equidad, hasta otro pesimista, en el que retroceden tanto el crecimiento económico como la equidad social. Las situaciones intermedias serían aquellas en que se mantiene un elevado ritmo de crecimiento económico, pero sin mejoras sustantivas en materia de equidad, o un crecimiento económico bajo, aunque acompañado de una progresiva reducción de las diferencias en materia social que separan a los distintos estratos de la población.

Las dificultades para alcanzar las metas planteadas (coincidentes con el escenario ideal) tienen su origen en las presiones de grupos de interés que se oponen a la propuesta. Algunos productores de bienes y servicios privados de salud —entre los que se incluyen los profesionales de la salud, la industria farmacéutica y productora de servicios médicos y las entidades privadas de salud— podrían oponerse a iniciativas tendientes a regular y modificar el modelo de prestación de servicios para orientarlo hacia la prevención. Estos grupos son más organizados y tienen mayor influencia política que los consumidores de servicios asistenciales, por lo que el gobierno central, encargado de la implementación de la propuesta, tendrá que abrir espacios de negociación y concertación y establecer alianzas con actores que apoyen los cambios: los organismos internacionales de cooperación y financiamiento, el personal de salud del sector público, algunas organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada (gremios, sindicatos y otras entidades).

Una vez concretadas las reformas, seguirán existiendo los tres subsistemas actualmente vigentes en la mayoría de los países (sector estatal, seguridad social y sector privado), pero su participación variará de acuerdo con las situaciones nacionales. En todos los casos, la presencia del subsistema estatal continuará siendo significativa, pero su importancia relativa se reducirá y tenderá a concentrarse en los grupos de menores ingresos. Mediante su política de aranceles, de pago a proveedores y de regulación en general, su función será la de racionalizar la conducta de los otros dos subsistemas en el mercado.

⁸⁹ Recientemente, la revista Veja ha informado sobre las enormes transferencias de recursos que los directorios de diversas empresas públicas brasileñas realizan en beneficio de la previsión de sus empleados y que superan ampliamente lo previsto en las ya magnánimas leyes respectivas, en perjuicio del financiamiento de otros programas que beneficiarían a la sociedad en su conjunto.

Independientemente de la participación relativa de los subsistemas, el Estado deberá garantizar la provisión de condicionantes y prestaciones de salud a la totalidad de la población y encargarse de asegurar la equidad y el acceso igualitario. Su rol en este sentido será insustituible en lo que respecta a financiamiento, pero en cuanto a la provisión de servicios de salud, en ciertos casos éstos se prestarán por medio de instituciones propias (propiamente estatales y paraestatales), y en otros, mediante la contratación de servicios con entidades privadas, tengan o no fines de lucro. Esto demuestra nuevamente la necesidad de que el Estado ordene y racionalice el sistema en su conjunto.

Es imprescindible entonces buscar nuevas formas de organización y de uso de los recursos que posibiliten mantener, e incluso fortalecer, el papel del Estado como garante de la atención de las necesidades sociales y sanitarias de los grupos de población con menores ingresos y de la sustentabilidad de los procesos de desarrollo, desde el punto de vista del resguardo del medio ambiente y de los recursos naturales.

Los países de la región deben analizar la posibilidad de que los sistemas de seguridad social amplíen su gama de acciones y sus áreas de intervención, por la vía de incorporar a sus actuales responsabilidades la de desarrollar programas de salud pública y ambientales, así como de incrementar su participación en servicios de bienestar social que, en forma creciente, son reconocidos como componentes fundamentales de la atención a la salud.

En este mismo plano, es indispensable introducir innovaciones en los sistemas de seguridad social para corregir desequilibrios y situaciones de privilegio de algunos grupos, avanzar hacia la inclusión de toda la población en los esquemas de protección básica ante riesgos fundamentales, y reemplazar el concepto restringido de seguro social por el de programas y acciones de salud y bienestar.

Las actividades de las organizaciones no gubernamentales, por las razones señaladas anteriormente, pueden contribuir a vincular la equidad y la eficiencia. Sin embargo, para aprovechar adecuadamente su potencial contribución, el Estado deberá disponer de recursos para apoyar, en ocasiones, el financiamiento de sus actividades. En todo caso, sería conveniente hacer un seguimiento de éstas, para así distinguir entre las entidades no gubernamentales que realizan adecuadamente sus tareas y las que no ayudan a superar las limitaciones de los servicios estatales.

Como se ha insistido en los últimos tiempos, es importante que la comunidad internacional aumente su apoyo financiero con destino a las inversiones en salud. En la reciente propuesta del Banco Mundial se recomienda restablecer la ayuda destinada a salud por lo menos a su nivel anterior de 7% del total de las transferencias, e incrementarla progresivamente en los próximos años. Los países beneficiarios, por su parte, tienen que vigilar de manera permanente la política y los flujos de la cooperación internacional para identificar oportunamente y aprovechar las oportunidades que se les abren. Para acceder a estos fondos deben mantener una conducta ágil y creativa. La labor de identificación de organismos de cooperación externa debe ser permanente y exige conocer sus intereses en aspectos tanto temáticos como geográficos, así como también los procedimientos para solicitar su cooperación.⁹⁰

El aprovechamiento de las posibilidades que ofrece la cooperación externa es una responsabilidad de cada Estado. Con este objeto es necesario intensificar las actividades de los respectivos organismos

⁹⁰ Esto incluye: los ciclos de presentación de propuestas, la existencia o no de guías para la preparación de las mismas, los niveles, duración y tipos de financiamiento, etc.