

CONTRIBUYENDO AL FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE DE SISTEMAS DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL

MEMORIAS DE LA I CONFERENCIA INTERNACIONAL
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

LIMA, 11 Y 12 DE NOVIEMBRE 2010



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Catalogación hecha por Centro de Gestión del Conocimiento OPS/OMS en el Perú

Organización Panamericana de la Salud

CONTRIBUYENDO AL FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE DE SISTEMAS DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL MEMORIAS DE LA I CONFERENCIA INTERNACIONAL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS, 2011.

164 páginas

Sistemas de Salud / Financiación de la Salud / Cobertura Universal / Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-15986

Contribuyendo al Financiamiento Sostenible de Sistemas de Salud de Cobertura Universal

© Organización Panamericana de Salud

Los Pinos 251, Urb. Camacho, La Molina - Lima 12, Perú

Teléfono: (511) 319-5700

El presente es un documento de la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, Colectivos de Autores

Las opiniones expresadas corresponden a sus autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS/OMS, ni de sus estados miembros.

Editado por: Dr. Ramón Granados, *Consultor en Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS - Perú*

Primera edición: Diciembre, 2011

Tiraje: 2000 ejemplares

Diseño e impresión: Dayma Consorcio S.A.C.

Av. Iquitos 1481, La Victoria - Lima

info@daymaconsorcio.com www.daymaprint.com

Teléfonos 471-6531 / 471-8062

Impreso en Perú



CONTRIBUYENDO AL FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE DE SISTEMAS DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL

MEMORIAS DE LA I CONFERENCIA INTERNACIONAL
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD
LIMA, 11 Y 12 DE NOVIEMBRE 2010

Elaborado por:

María Soledad Barría Iroume
Pablo Casali
Oscar Daniel Cetrángolo
Miguel Fernández Galeano
Ramón Granados Toraña
Midori de Habich
Augusto Portocarrero Grados
Rubén Suárez Berenguela
Oscar Ugarte Ubilluz
Rafael Urriola Urbina
Román Vega Romero

Editado por:

Dr. Ramón Granados Toraña

INDICE

<i>Presentación Dr. Fernando Leanes</i>	7
Capítulo 1	
BLOQUE 1:	
<i>SALUD, PROTECCIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL:</i>	
1- El aseguramiento universal en salud en el Perú: balance y perspectivas. Dr. Oscar Ugarte Perú	9
2- Retos para el financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. Eco. Augusto Portocarrero – Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	22
3- Protección social en salud, Dra. María Soledad Barría (CHILE)	28
4- El financiamiento de sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. Dr. Rubén Suárez OPS/OMS	38
5- Protección social, solidaridad y equidad. Eco. Oscar Cetrángolo (CEPAL)	50
Capítulo 2	
BLOQUE 2:	
<i>ADMINISTRACIÓN DE FONDOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</i>	
1- Administración de Fondos del Aseguramiento en Salud. La Experiencia de Chile Dr. Rafael Urriola	58
2- Fondo Nacional de Salud para la protección social universal, la experiencia en Uruguay Dr. Miguel Fernández Galeano. OPS/OMS	68
Capítulo 3	
BLOQUE 3:	
<i>ESTRATEGIAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL FINANCIAMIENTO</i>	
1- Sostenibilidad del financiamiento. Eco. Midori de Habich	91
2- La Iniciativa del Piso de Protección Social. (NNUU) Pablo Casali (OIT)	95
3- Sostenibilidad en el financiamiento para el aseguramiento en salud en Chile Dra. María Soledad Barría (CHILE)	105
Capítulo 4	
BLOQUE 4:	
<i>ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA PROTECCION SOCIAL EN SALUD</i>	
1- Problemas de la sostenibilidad del financiamiento en la experiencia del modelo colombiano de aseguramiento. Dr. Román Vega Asignación y distribución de recursos para la protección social en Salud. Experiencia Chile Dr. Rafael Urriola	112
3- Asignación y distribución de recursos para la protección social en salud, la experiencia de Uruguay. Dr. Miguel Fernández Galeano.	128
4- Clausura Dr Oscar Ugarte	147
Capítulo 5	
<i>Sistemas De Salud De Cobertura Universal</i> Dr Ramón Granados Toraño	148

AUTORES

María Soledad Barría Iroume

Médica. Especialista en Medicina Interna. Ex Ministra de Salud del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet

Pablo Casali

Especialista en Seguridad Social de la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo para los países andinos, Lima, Perú.

Oscar Daniel Cetrángolo

Licenciado en Economía. Máster en Filosofía. Experto en políticas públicas de la CEPAL.

Miguel Fernández Galeano

Médico. Postgrado en Administración de Servicios de Salud. Ex docente de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social en la Facultad de Medicina. Ex viceministro de salud del Gobierno del Presidente Tabaré Vázquez. Consultor de OPS en Uruguay.

Ramón Granados Toraño

Médico cirujano. Maestría en Administración de Salud y Organización de la Salud Pública, Doctorado en Ciencias de la Salud. Consultor de OPS/OMS en Perú.

Midori de Habich

Economista. Especialista en Descentralización de la Salud y Aseguramiento Universal. Investigadora y consultora con amplia experiencia en desarrollo de proyectos en el sector salud peruano.

Augusto Portocarrero Grados

Economista. Maestría en Ciencia Política y Gobierno. Ex Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud. Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo de EsSalud.

Rubén Suárez Berenguela

Economista. Consultor Regional Principal de Economía y Financiamiento de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., EE.UU

Oscar Ugarte Ubilluz

Médico. Maestría de Salud Pública. Ex Viceministro de Salud del Gobierno del Presidente Alejandro Toledo. Ex Ministro de Salud del Gobierno del Presidente Alan García.

Rafael Urriola Urbina

Economista. Máster en Economía Pública y Planificación. Profesor de Economía en las Universidades de Santiago de Chile, Central y Católica de Ecuador. Ex Jefe Departamento Planeamiento Institucional FONASA.

Román Vega Romero

Médico. Magister en Administración de Salud. Doctor en Pensamiento sistémico crítico. Profesor e investigador Pontificia Universidad Javeriana. Ex Secretario de Salud de Bogotá.

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, publica estas Memorias de la I Conferencia Internacional de aseguramiento universal en salud: contribuyendo al financiamiento sostenible, que se sesionó en Lima, Perú los días 11 y 12 de noviembre de 2010. Entendemos que serán de intereses de la comunidad de salubristas, de los equipos multidisciplinarios que trabajan en las redes de servicios de salud, en las escuelas formadoras de recursos humanos para la salud, en sus versiones de pre y postgrado, los entes rectores de los Ministerios de Salud, y las entidades centrales de otros proveedores de servicios de salud (EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales), Superintendencia Nacional del Aseguramiento en Salud, Consejo Nacional de Salud, ONG, socios de la cooperación internacional del Perú y de otros países, que siguen con atención los avances de la experiencia peruana, en su proceso de logro de un sistema de salud de cobertura universal.

En estas memorias se recogen las contribuciones de autoridades de salud oficiales del Perú en el momento de la Conferencia, de destacados economistas peruanos, con larga trayectoria en el campo de la salud y experiencia pública y en organismos de cooperación, expertos del campo de la economía de la salud y de sistemas y servicios de salud de nuestra Oficinas Regional y Local de OPS, una ex Ministra y un ex Viceministro de Salud, Ex Directores Regionales y funcionarios públicos importantes de Chile, Perú, Uruguay y Colombia, cooperantes y expertos de Agencias del Sistema de Naciones Unidas (OIT y CEPAL).

El evento contó con una amplia audiencia de la comunidad de salud pública del país: proveedores de servicios, academia e institutos de investigación, ONG, Colegios Profesionales, entre otros. Los temas de las conferencias magistrales y los debates se agruparon en cuatro ejes:

1. SALUD, PROTECCIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL
2. ADMINISTRACIÓN DE FONDOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD,
3. ESTRATEGIAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL FINANCIAMIENTO, y
4. ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA PROTECCION SOCIAL EN SALUD.

Finalmente se incluye un capítulo de síntesis que resume los principales temas de fondo, planteados por los conferencistas y por los debates de los paneles y plenarios que se sucedieron durante los dos días de la Conferencia.

Estamos absolutamente convencidos que esta Memoria será útil para continuar la discusión y los debates de la transformación de los sistemas de salud. Son temas que, además, tienen alcance e importancia, no solo para el Perú, sino para toda la comunidad latinoamericana y global y constituyen un aporte, sobre temas de polí-

ticas de salud, financiamiento, modelos institucionales y de atención, que son centrales para avanzar en el largo camino hacia la cobertura universal, la equidad, la solidaridad, la justicia y la inclusión social.

Muchas gracias,

Luis Fernando Leanes
Representante de OPS/OMS
Perú

EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL PERÚ: BALANCE Y PERSPECTIVAS

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz¹

Para el Ministerio de Salud, este es sin duda un evento importante, además de una expresión de un acuerdo adoptado por la Comisión Intergubernamental de Salud hace algunos meses. A nuestros invitados extranjeros podemos decirles que en el marco de la descentralización del Perú como fenómeno político que se viene desarrollando ya hace algunos años, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo determina que deben haber instancias de coordinación entre los tres niveles de gobierno, el gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales.

En el caso del sector Salud, en febrero del presente año, se constituyó la Comisión Intergubernamental de Salud, es decir, una instancia en la cual está el Ministerio de Salud, los representantes de los 26 gobiernos regionales, así como representantes de las municipalidades tanto urbanas como rurales. Es en ese marco que se han venido discutiendo temas importantes como el del Aseguramiento Universal y aspectos críticos como el del financiamiento y surgió de ese intercambio, de ese ubicar, alternativas conjuntas para el país, la necesidad de un foro como el que estamos inaugurando; es decir, poder discutir, no solo los problemas de corto plazo sino de mediano y largo plazo en el marco del Aseguramiento Universal como una de las reformas más importantes de la salud pública peruana y recoger las experiencias que en países hermanos puedan alumbrar a esta experiencia que el Perú viene desarrollando.

Fue así como surgió esta idea de la Conferencia Internacional que se plasma en estas reuniones, hoy y mañana, y por eso, tenemos gran expectativa, por aportes que nuestros amigos invitados podrán hacer a partir de la experiencias, tanto nacionales como de apreciación más global, que van a poder hacer. Desde ya, nuestro agradecimiento por ello.

Esto será muy valioso para afinar las políticas que como ha sido anunciado también por la señora viceministra, lo que estamos proponiendo como un instrumento legal adicional a la Ley Marco de Aseguramiento Universal es una ley de financiamiento en salud, es decir, garantizar en el marco de una ley específica los mecanismos de financiamiento en salud para que esto no quede regulado a la buena o mala voluntad de pueden tener los gobernantes o que podamos tener los gobernantes o a quienes nos corresponda asumir esa responsabilidad.

El Perú ha venido teniendo avances en el tema de Aseguramiento Universal a partir de la aprobación de la Ley 29344 que se aprobó como sabemos en abril del 2009, que luego fue reglamentada y que empezó a implementarse a partir de septiembre

¹ Ex Ministro de Salud (Perú)

del año pasado, pero que ordena y continúa un proceso que ya se había iniciado con años de anterioridad en el marco del Aseguramiento.

Esta ley reordena, digámoslo así, le da un marco jurídico nuevo al proceso de Aseguramiento que por lo tanto define las pautas para ese proceso para los próximos años. Como va a ser analizado en el transcurso de la reunión, corresponderá a Augusto Portocarrero, Director General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA tratar específicamente de estos problemas y también a economistas como Midori de Habich, haciendo referencia más específica a los procesos que vienen dándose en el Perú. Sin embargo podemos adelantar que, el Aseguramiento como mecanismo de garantía de acceso a los servicios de salud de calidad y en forma oportuna han permitido que entre el año 2004 y 2009, de acuerdo a todas las informaciones del Instituto Nacional de Estadística basados en las encuestas nacionales rurales, hayamos avanzado en lo que el 2004 era un 37.3 % de la población del país asegurada en las diferentes modalidades de aseguramiento a un 60.5 % a finales del año 2009.

Como sabemos, hay básicamente tres mecanismos de aseguramiento que se han venido dando incluso previos a la Ley 29344. El primero es el aseguramiento contributivo, que es el clásico aseguramiento vía contribuciones por cuenta de empleadores y trabajadores con un porcentaje en este caso peruano el 9 % del ingreso salarial para la Seguridad Social, esto el año 2004 era el 17.4 % de la población, un porcentaje bastante bajo seguramente si comparamos con otros países. Eso ha crecido a finales del 2009 a 21.2 % pero sigue siendo todavía un porcentaje bajo en comparación a lo que debería ser para un país sobre todo que está en crecimiento económico, que está ampliando empleo y que crece desde el punto de vista de las actividades productivas.

El Seguro Integral de Salud, que es el seguro subsidiado, que se inició el año 2002 como un esfuerzo por atender a la población que justamente no accede a la Seguridad Social por la vía de la contribución por no tener empleo permanente, por pertenecer al sector informal o por ser simplemente desempleado y vivir en condiciones de pobreza; en el año 2004 incorporaba a 14.9% de la población peruana, pero a finales del 2009 esto ha pasado al 33.8% de la población. Es decir, se ha más que duplicado la población incorporada al seguro subsidiado, con financiamiento obviamente del Estado.

A parte de estos dos grandes mecanismos de aseguramiento, ha venido existiendo en el Perú, el aseguramiento privado, también contributivo pero directamente por iniciativa de las personas o a veces por las propias empresas que asumían este aseguramiento, adicional al mecanismo contributivo normal. Ese porcentaje en el año 2004 era el 5 % de la población, versus 17.4 de la Seguridad Social y 14.9 % del sector público. El 2009 este porcentaje de otros seguros es el 5.5 % en la población, es decir porcentualmente creció muy poco, del 5 al 5.5 %. Lo que fundamentalmente ha crecido es el contributivo que vino del 17.4 al 21.2 %, pero sustancialmente el

subsidiado, que creció del 14.9 % de la población al 33.8 %. Esto permite cubrir al 60.5 % de población asegurada hacia fines del año pasado. Sin embargo tenemos frente a ello dos grandes retos, uno es cómo pasar de ese 60.5 % al 100 % de toda la población, que es el derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas en el país otorgado por la ley 29344, pero como también hemos reiterado permanentemente, no es sólo el derecho de ciudadanas y ciudadanos peruanos, es el derecho de todo residente en el país en el marco de la ley que se incorpora a este proceso de aseguramiento y por lo tanto, todos los ciudadanos de otra nacionalidad pero que viven, trabajan, aportan, contribuyen y construyen en el país, construyen sociedad, construyen futuro son también beneficiarios en el marco de la ley también del Aseguramiento Universal.

Entonces hay una gran interrogante que nos hemos planteado y sobre la cual estamos trabajando y sobre la cual seguramente nuestros amigos invitados podrán darnos luces importantes: cómo extender ese 60 % al 100 % de la población en un proceso que necesariamente tendrá que ser progresivo. Pero el otro gran problema que tenemos en el marco de la Ley, es cómo hacemos que el derecho de acceder a servicios de salud de forma oportuna y de calidad sea un derecho igual, porque el derecho puede estar reconocido en la ley, pero si los mecanismos de aseguramiento son diferentes, los planes de beneficios son diferentes, las calidades de prestación son diferentes, la oportunidad con la cual se otorga el servicio son diferentes, tendremos derechos diferentes y eso no queremos para el país. Lo que queremos para el país son los mismos derechos para todos, independientemente de la condición económica, independientemente de la población que vive en ciudades o que vive en las zonas rurales de la sierra o de la selva, independientemente de las condiciones culturales, independientemente de cualquier diferencia que pueda existir en un país pluricultural como es el Perú, el derecho es igual.

Por lo tanto, estamos obligados a que este proceso, y la ley lo establece así, equipare, nivele, los mecanismos, los planes de beneficios, la calidad, la oportunidad del tratamiento, y por lo tanto que ese derecho de acceder a servicios sea igual para todos. Eso es lo que la ley define como el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que es el plan de beneficios, que es el piso de oportunidades de acceso para todos, eso ya fue definido por el Ministerio de Salud, este es un tema que no va a ser tratado en detalle en el marco de esta conferencia internacional pero que es parte de los temas de fondo, porque este es un plan de beneficios que en el marco de la ley se establece como de crecimiento permanente progresivo para poder así como se crece en extensión se crece también en plan de beneficios desde lo que se defina como inicial hasta el 100 % de todos los beneficios o toda la demanda que la población pueda tener en salud.

El plan de beneficios que ha quedado establecido como bien sabemos equivale a la atención de aproximadamente el 65 % de la carga de enfermedad del país; pero equivale también aproximadamente a un 80 % de lo que la demanda real de servi-

cios, porque como sabemos, no toda la carga de enfermedad de un país se transforma en demanda, porque gran parte o una parte de esa carga de enfermedad se absorbe individualmente, familiarmente, como en el caso de los resfriados, los problemas gastrointestinales y diversos tipos de problemática de salud que son parte de la carga de enfermedad no se traduce necesariamente en demanda de servicios. Por eso, si bien es un plan de beneficios que cubre el 65% de la carga de enfermedad, sin embargo realmente se transforma en cobertura de un 80 % de la demanda real. Ese es nuestro punto de partida, es un punto de partida alto, si lo comparamos con otras experiencias y por lo tanto nos plantea que estamos en el reto de hacerlo realidad, e implica dar un salto transformando los planes de beneficios que están por debajo del PEAS y que el Seguro Integral de Salud venía otorgando.

No lo es en el caso de la seguridad Social o de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, porque su plan de beneficios es integral. Con la ley no pierden esa condición de integralidad, porque la ley establece que todo lo que ya se venía dando es un derecho adquirido y se mantiene y por lo tanto el gran cambio en la nivelación es que el seguro subsidiado incrementa realmente el plan de beneficios a lo que se ha establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y además que los planes que el sector privado ha venido otorgando a la ciudadanía migra hacia por lo menos el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y de allí para arriba.

Por lo tanto, no solo hay que crecer en extensión sino debemos crecer en ampliación del plan de beneficios, sobre todo en la calidad y oportunidad de su materialización frente a la demanda de la población. En los años recientes ya enfrentados a estos retos hemos venido respondiendo en conjunto desde diferentes instituciones, desde los diferentes subsectores que componemos el Sistema Nacional de Salud, logrando algunos avances particularmente en lo que es el tema central del evento que es el financiamiento. Esto nos gustaría puntualizar, tradicionalmente el sector público ha tenido un financiamiento en salud sumamente bajo, pero en general el gasto nacional en salud ha venido siendo bajo en el Perú, si lo comparamos con el gasto en salud que los otros países sudamericanos tienen, pues el promedio latinoamericano equivale al 7% del Producto Bruto Interno de cada país, teniendo que algunos países están en el 10 u 11 % de su PBI, otros un poco menos y otros un poco más del promedio.

El Perú venía teniendo un financiamiento que era uno de los más bajos de Latinoamérica, equivalente en promedio del 4.5 % del PBI. Por lo tanto cuando nos planteamos el reto del financiamiento lo primero que debemos ver que el Perú no venía gastando lo que debería gastar un país que quiere realmente resolver los problemas de fondo de la salud pública; y no estamos hablando solo del gasto público, estamos hablando del gasto nacional que suma contribuciones, suma gasto público y suma lo que en general se denomina gasto de bolsillo que ha venido siendo excesivamente alto. En determinado momento más del 40 % del gasto nacional, era gasto de bolsillo, que como sabemos es el gasto más inequitativo.

De acuerdo a las últimas mediciones de cuentas nacionales, la última como referente es el año 2005, esto está más o menos en el gasto de bolsillo en el 36 ó 37% del gasto nacional, mientras que el gasto público venía siendo el 30% y el gasto contributivo era aproximadamente otro 30 % y la diferencia es el financiamiento por el lado de la cooperación internacional u otros pequeños financiamientos que suman 3 ó 4 %. Por lo tanto, como horizonte, tenemos la necesidad de crecer en el gasto nacional en salud. Eso ha sido analizado felizmente por los partidos políticos en el año 2005 a través de un proceso de reflexión colectiva muy interesante que se dio en el Perú y que subsiste y cuyos actores muchos de ellos están aquí presentes, en este auditorio, una reflexión que ha llevado a un compromiso que está siendo puesto en práctica, ahora, tenemos que crecer en cuanto al financiamiento de la salud pública en el Perú.

En el año 2005, cuando esto se discutió y el acuerdo firmado por los partidos políticos a inicios del 2006, previo a la anterior campaña electoral del 2006, se definió que por lo menos una meta a mediano plazo debía ser llegar al promedio Latinoamericano, es decir el reto para el Perú, era pasar de un gasto de 4,5 a por lo menos el 7% del PBI, y se dijo, que esto habría que proyectarlo por lo menos en cinco años y nosotros hacemos de eso una orientación de política como estamos tratando de hacer. Eso significa que tendremos que crecer del 4.5 al 7, es decir un 2.5 % del PBI adicional a lo que se venía gastando en ese lapso de cinco años, lo que equivale a medio punto porcentual del PBI anual progresivamente. Esto se ha convertido para nosotros en un referente, aplicado desde el año 2009 que se inicia el Aseguramiento Universal, que por lo tanto marcamos como un inicio de reforma del sector, tenemos que ser muy precisos en medir si estamos cumpliendo o no.

Podemos decir que, con lo que se ha avanzado en el gasto público que ha crecido entre el 2006 y el nuevo presupuesto 2011, que está ad portas de ser aprobado en el Congreso de la República, en 114 % en el gasto público en salud; es decir el financiamiento del Ministerio de Salud más gobiernos regionales y locales en salud, donde está habiendo un crecimiento real del financiamiento. También se está incrementando el financiamiento contributivo, esas cifras que hemos dicho antes son la expresión de que hay un crecimiento del empleo, como consecuencia del crecimiento de la economía y hay también un incremento en financiamiento contributivo que nosotros estimamos más o menos en un 33 % respecto de los años anteriores y hay también un incremento del gasto por el sector privado que no lo tenemos cuantificado pero es parte de los procesos que se están dando y nos hablan de que estamos creciendo. Nuestro cálculo es que entre el 2009 y el 2010 sí hemos crecido en medio punto porcentual del PBI y que entre el 2010 y 2011 si todas las previsiones se cumplen, si se aprueba como esperamos que se apruebe próximamente el presupuesto público y que incremente también el aseguramiento contributivo y también en los otros procesos, estaremos cumpliendo también el crecimiento en otro medio punto. Pero eso que es positivo y que nos marca un derrotero, tiene que ser garantizado, porque no puede depender simplemente de la voluntad de quienes asumen las res-

ponsabilidades políticas en determinado momento, ya es un compromiso de país y ahí tenemos por lo tanto uno de los principales retos a parte de garantizar lo que sin duda es fundamental y estoy seguro que nuestros amigos invitados podrán ilustrarnos de manera suficiente cuáles son las condiciones básicas para que un proceso de aseguramiento, es decir un proceso de ampliación de derechos y de ampliación de cobertura, con calidad y con oportunidad se plasmen.

En nuestra experiencia reciente, nosotros nos hemos topado con que ese derecho no es factible de ser concretado si no cerramos brechas que existen en la inversión, en los recursos humanos y en los insumos estratégicos. Nuestro estimado de brecha de inversión nomás en el sector público en los últimos 25 años, que no se ha invertido sistemáticamente en nueva infraestructura, en equipamiento, no se han reactivado procesos gerenciales, no se ha dedicado recursos, por ejemplo en un aspecto tan importante como lo es el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento existen te, lo estimamos en nueve mil millones de soles, que es un déficit acumulado en los últimos 25 años. Es decir un poco más de tres mil millones de dólares, por lo tanto estamos obligados a cerrar esa brecha para poder tener la capacidad suficiente de oferta de servicios de calidad con oportunidad, como todos quisiéramos.

Pero tenemos también brechas en el campo de los recursos humanos, este es un tema crítico, particularmente en el campo de los especialistas médicos. En el Perú, entre las dos instituciones más grandes que ofertan servicios como es la Seguridad Social y el Ministerio de Salud hoy descentralizado a los gobiernos regionales, tenemos aproximadamente unos diez mil especialistas de un total de catorce mil quinientos aproximadamente que hay en todo el país, de unos cuarenta mil médicos en total. Pero de estos diez mil especialistas, como lo hemos dicho en diferentes oportunidades, el 70 % están en Lima y Callao y otro 12 % está repartido entre las otras dos grandes ciudades del país, Arequipa y Trujillo, por lo tanto el 82 % de nuestros especialistas están concentrados en Lima, Callao, Arequipa y Trujillo y el 18 % restante está en el resto del país. Cómo podemos garantizar la atención de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud como derecho ciudadano de todos si no tenemos la inversión suficiente, si no tenemos los recursos humanos suficientes y hemos venido también teniendo déficit de abastecimiento de medicamentos, de vacunas, que necesitábamos ir cubriendo.

Se ha avanzado en ese proceso para ir cubriendo en el campo de la inversión, en el campo público durante el año 2009 se han invertido mil trescientos millones de soles en nueva infraestructura y equipamiento. Durante el año 2010 estamos invirtiendo entre Ministerio de Salud, gobiernos regionales y gobiernos locales otros dos mil millones de soles y está previsto para el próximo año 2011 unos dos mil doscientos millones de soles, pero aún siendo lo más efectivos y eficientes en esa inversión estaremos todavía a mitad de lo que es la brecha, hablando nomás del subsector público. La Seguridad Social está haciendo otro esfuerzo de inversión, ha construido ya quince hospitales y tiene diez más en proceso y unas 60 unidades básicas de

atención primaria para la atención en los niveles más básicos de la demanda urbana y rural y por lo tanto hay un proceso de inversión y crecimiento pero este todavía es insuficiente para que el aseguramiento pueda estar garantizado. Igual esfuerzo de inversión está haciendo el sector privado en los últimos años.

Y tenemos el otro gran reto de los recursos humanos donde también se están haciendo esfuerzos importantes, pero esto toma tiempo. Por más que tengamos los recursos necesarios no podemos inventar especialistas, no tenemos la posibilidad de que haya un flujo de fuera del país hacia adentro y lo que sigue habiendo todavía es un flujo del país hacia afuera y un flujo de las regiones hacia las principales ciudades y tenemos que contrarrestar ese flujo con condiciones de desarrollo, con incentivos con condiciones económicas y de trabajo diferentes, pero además con mayor formación de especialistas particularmente de las especialidades que son prioridad para el país, eso significa que la formación de los recursos humanos debe ser reorientada hacia las necesidades del país y esos son procesos que seguramente va a tomar algún tiempo. Pero para analizar estos retos creo que debemos tener algunos referentes.

El país viene trabajando a través del Centro de Planeamiento Estratégico una mirada en perspectiva de mediano y largo plazo que tendrá que ser el referente para todo planeamiento en el Sector Salud, Educación y cualquier campo de las políticas sociales o económicas. Pero lo que nos dice este planeamiento estratégico con un referente al año 2021, que es cuando se celebra el bicentenario nacional, el bicentenario de la independencia del Perú, es que ya no seremos 28 millones de peruanos sino 33 millones de peruanos, y la planificación de servicios y de condiciones de todo tipo tendrá que hacerse en el marco de ese escenario poblacional pero además no es solo un escenario poblacional cuantitativamente diferente, es un escenario poblacional que tiene un enorme reto por su composición.

El Perú es una de los países en los cuales la población que se va incorporando a la vida del país, los niños que recién nacen, por las políticas de población que se vienen aplicando o por la decisión voluntaria de las parejas, viene siendo menor que la población de los grupos poblacionales o grupos etarios que los precedieron, es decir los niños menores de cinco años hoy son en cantidad menor que los niños de cinco a diez y que de los diez a quince, tenemos por lo tanto una perspectiva de crecimiento poblacional que ya no es la clásica pirámide, como sabemos, sino ahora está más combada, con una base poblacional cuantitativamente menor con una población joven y adulta joven mayoritaria y con una población de adultos mayores minoritaria, eso es lo que es hoy, pero lo que será dentro de 20 ó 25, para esta meta del 2021, será que la población que va naciendo sigue siendo menor comparativamente a los grupos etarios que ya existen y que estos grupos poblacionales tendrán la capacidad productiva tendrán la responsabilidad de la capacidad productiva por lo tanto para sostener a la población que no es todavía económicamente activa o que ya dejó de ser económicamente activa que son las poblaciones mayores.

Este reto antes de que el grueso de esta población se convierta en población adulta y en población mayor y tengamos como tienen ahora la mayoría de países desarrollados, el reto de sostener a una población que cada vez es mayor con una capacidad productiva que tiene que garantizar esos procesos y esos derechos de la sociedad y el conjunto de la población es algo que tiene que estar en el eje de nuestra previsión, a eso los demógrafos le llaman el bono demográfico, es decir la posibilidad que hoy hagamos y desarrollemos políticas que permitan generar una gran actividad en el país que pueda sostener esos retos a futuro.

Las políticas sociales tienen que inscribirse en esa perspectiva y el aseguramiento tiene que inscribirse también en el marco de esos retos, pero además se prevé que para el año 2021 el crecimiento económico del Perú habrá duplicado el Producto Bruto Interno que tiene hoy, sobre la base de un crecimiento promedio del 6 % anual, son promedios y son expectativas, pueden haber variaciones sin duda pero esos son los proyectos en el largo plazo, eso significa que nuestro PBI habrá pasado de los cuatrocientos cincuenta mil millones de soles, que es lo que se prevé para el año 2011 a novecientos mil millones de soles en el año 2021.

Si nosotros proyectamos un crecimiento del gasto en salud al 7% de ese PBI, por lo tanto no es un crecimiento que simplemente crece en el 2,5 % respecto de lo actual, sino que crece incrementado porque es un porcentaje mayor de una masa de Producto Bruto Interno mucho mayor, eso significa que probablemente si somos exitosos en eso, pasaremos de lo que era un gasto en salud dicho ya cuantitativamente de diecisiete mil quinientos millones de soles en el año 2009 a treinta y siete mil quinientos millones de soles en los próximos años y de repente más si somos exitosos en ampliar el financiamiento. Pero tenemos también una previsión que por lo tanto el Producto Bruto Interno per cápita crecerá y casi se duplicará y estaremos entre ocho mil a diez mil dólares per cápita que es prácticamente el doble de lo que es hoy. Eso nos pone en otra condición de país, pero nos pone también en otra condición de aporte financiero para las políticas sociales, para las políticas de salud, de educación que son las políticas por las cuales debe apostar un país que quiere efectivamente desarrollar, crecer y proyectarse en el futuro en un mundo globalizado como el que tenemos. Pero eso además, se prevé que significará un crecimiento en la presión tributaria que es hoy escasamente el 14 % aspirando a llegar al 15 % el próximo año que tendrá que crecer por lo menos al 20 % del Producto Bruto Interno.

Por lo tanto, tenemos en el marco de la macro economía los referentes a tener en consideración en este proceso de avances en el Aseguramiento Universal y apostar a las políticas y definir marcos legales que garanticen que esos cambios sean progresivos y no regresivos, porque también puede haber crecimiento económico del país y la políticas sociales no crecer, también puede haber crecimiento económico del país y ser inequitativo el crecimiento, porque los mecanismos de distribución de los ingresos no estuviesen afinados hacia lograr mayor equidad y mayor justicia social. Se espera que si el país avanza hacia ese norte la pobreza se habrá reducido

en lo que es hoy todavía alrededor de un 35 % de población en condición de pobreza a menos del 10 %.

Qué tiene que ver eso con el aseguramiento, mucho, porque si hoy nuestro marco legal define como mecanismo de financiamiento el factor contributivo vía el empleo y los que no acceden por ese mecanismo tienen el subsidiado, si crece el empleo lo que está creciendo como mecanismo fundamental de financiamiento será la contribución que vía el empleo se pueda lograr. Esto es una gran parte del reto y el financiamiento subsidiado para la población en condición de pobreza no es un crecimiento permanente en sentido infinito, tendrá que adecuarse a las condiciones del país y tendrá que crecer durante toda una etapa para cubrir a toda la población pobre, pero en la medida que la pobreza se vaya reduciendo, el financiamiento subsidiado tendrá que adecuarse a esa realidad, esa perspectiva tiene que ser claramente diseñada, es una ruta que en el país se está pensando, en los próximos diez años al 2021 tendrá que definir y establecer los mecanismos legales adecuados para que eso esté garantizado.

En ese marco, es para nosotros de absoluta necesidad definir la ruta del financiamiento contributivo y allí estamos seguros que el aporte de nuestros invitados puede ser sustancial. Hemos señalado que entre el 2004 y el 2009 el financiamiento vía contribuciones, EsSalud ha crecido del 17,4 al 21,2 %. Los datos de EsSalud nos dicen que este año será más que eso, probablemente sí, estamos doblando las cifras del INEI al 2009, eso ha crecido pero debería crecer bastante más. Ese es un reto que escapa al sector Salud, es un reto que está en el campo de la macroeconomía, en el campo de la producción en el campo del funcionamiento de las empresas, pero tenemos que garantizar que eso funcione así, y si crecientemente la población pasa del desempleo al pleno empleo, y sobre todo empleo formal, ese mecanismo tiene que ser garantizado y tiene que ser el mecanismo principal de crecimiento del financiamiento.

Pero tenemos que garantizar también el financiamiento subsidiado, lo que más ha crecido en este tiempo. Aparte del crecimiento global del presupuesto del sector público entre el 2006 y el 2011 de un 114 %, el crecimiento específico del Seguro Integral de Salud, es decir del financiamiento del Seguro Integral de Salud que como sabemos cubre la parte variable ha sido de un 33 % entre el año 2008 y 2011, pero tenemos que ver en la previsión de una ampliación del financiamiento de la población pobre que todavía no se ha incorporado al Seguro Integral de Salud en los próximos años y el mejoramiento del plan de beneficios para esa población tenemos que definir en cuánto tiene que crecer realmente y cómo debemos garantizarlo, y lo que queremos a partir de las experiencias internacionales definir un marco legal complementario que nos pueda garantizar ese financiamiento público para el financiamiento subsidiado sobre la base de la determinación de cuánto es el gasto per cápita que se requiere para cubrir el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y cuál es la población que por lo tanto prevemos cada año a ser cubierta y eso nos determinará las

necesidades de financiamiento y cómo darle un marco legal que garantice el mismo.

Pero en el marco de la Ley 29344 no solo tenemos el mecanismo contributivo y el mecanismo subsidiado. En la ley peruana hay una tercera alternativa que es el semi contributivo que está diseñado para la población que está en la frontera entre la población pobre y no pobre para decirlo de alguna manera y que gruesamente está en lo que en el país está identificado como las Micro Empresas, o en el sector individual informal, por lo tanto es un reto su captación y lograr que contribuyan, la ley dice con el 50 % de lo que correspondería y el Estado cubre el otro 50 %. Estos son mecanismos que no los tenemos todavía desarrollados y nos será de muchísima utilidad los aportes que pudiesen dar nuestros amigos que están invitados y que nos pueden ilustrar con otras experiencia de cómo lograrlo, para evitar que toda esa población que pueda contribuir en algo y necesita ser subsidiado en parte no se convierta en subsidiado total y por lo tanto en un peso financiero que podría ser cubierto de otra forma.

Estos son temas que también tenemos como preocupación así como otro aspecto fundamental que nos gustaría conocer de las experiencias de los países hermanos, es cómo se financian las enfermedades de alto costo no cubiertas por el plan de beneficios que en nuestro caso es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud particularmente para la población de bajos recursos para la población que accede al aseguramiento subsidiado, aquí tenemos previsto un fondo para ello pero la ley no prevé como se llena ese fondo, por lo tanto es un fondo virtual por el momento, y tenemos la necesidad de darle el sustento financiero necesario estimado y estimable en el tiempo para que esto pueda garantizar ese derecho que tienen también en el marco de la ley la población subsidiada de acceder a enfermedades de alto costo que están por encima de lo que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud garantiza.

Estos son los retos más concretos que tenemos, cómo garantizar el financiamiento subsidiado en la perspectiva de cuánto es lo que se necesita financiar el 2011, 2012, 2013 y cómo eso se modificará en la medida que la macro economía vaya definiendo que la población pobre se va reduciendo porcentualmente, etc., cuánto para financiar el semi contributivo esa parte subsidiada para contribuir que una franja de la población que está en esa frontera pueda también recibir los beneficios así como el financiamiento de enfermedades de alto costo, cómo garantizar en una ley específica mecanismos de financiamiento directo que sean garantía de que siempre habrán los recursos necesarios y que no dependan de la negociación con quienes determinan finalmente lo presupuestos, lo que termine siendo el mecanismo a través del cual garantizar ese financiamiento.

Todo ello independientemente, de que también tenemos que seguir garantizando la ampliación en inversiones, infraestructura y equipamiento, garantizar el financiamiento de recursos humanos, la del seguir garantizando el recurso de medicamentos, insumos estratégicos, vacunas, etc., etc., que son temas de los cuales no en-

traremos ya en detalle. Pero quiero terminar haciendo otra reflexión, porque hasta aquí es lo que desde la salud pública pedimos que el país, las fuerzas sociales, el Estado contribuyan con la salud pública, es decir, cómo garantizar que haya un financiamiento en condiciones necesarias para que podamos desarrollar en el campo de la salud pública el ejercicio del derecho que ahora la ley establece y garantiza para todos los ciudadanos, ciudadanas y todos los residentes en el país. Gracias a las políticas de salud implementadas en los últimos años, hemos logrado que cerca de cinco mil niños menores de cinco años sean desnutridos y por lo tanto estamos garantizando niños en condiciones normales de salud física de capacidad intelectual para desarrollarse y para ser parte de las fuerzas vivas del país.

Cuando nosotros constatamos con cierta satisfacción que ya llegamos a la meta que nos habíamos propuesto para el 2015 como parte de los Objetivos de desarrollo del Milenio, esta reducción de 57 por mil nacidos vivos a 18 por mil nacidos vivos, no son tampoco frías cifras, son 23 mil niños, hemos evitado la muerte de 23 mil niños cada año, eso es capital humano, esos son niños que hoy en día estudian recorren las calles, juegan dan alegría a sus familias, eso es capital humano.

Cuando decimos que hemos reducido la mortalidad materna, y no estamos hablando de esta gestión estamos hablando de una continuidad de políticas en el país, hemos reducido la mortalidad materna de una de las cifras más altas de América Latina 265 por cien mil nacidos vivos a principios de los 90 y hoy estamos en 103, que todavía es una cifra alta sin duda, que todavía no llega a la meta que nos hemos previsto para el 2015 pero que estamos ad portas de lograrlo y superarlo, tampoco estamos hablando de frías cifras, eso significa que hemos evitado la muerte e mil madres cada año, que hoy son jefas de familia probablemente, que están integradas a la sociedad a su comunidad. Niños nutridos, niños vivos, madres vivas, es capital humano, eso es lo que la salud pública puede en primer lugar dar al país como retribución de esa inversión de financiamiento que estamos planteando, pero no solo eso, eso ya es muy importante sin duda, es la principal riqueza del país, su capital humano.

Pero cuando nosotros decimos, y pongámonos a pensar, que lo que queremos es al incrementar el financiamiento, pasar de una masa monetaria de diecisiete mil quinientos millones de soles que es lo que se gastaba el año 2008, 2009, creciendo al 7% del PBI, hemos estimado que esto se hará si lo logramos 37 mil 500 millones de soles o sea que estamos más que duplicando esa masa monetaria y si lo proyectamos al 2021 esa masa monetaria será mucho mayor.

¿Qué significa eso? Desde el punto de vista de la necesidad de desarrollar capacidades de administración financiera, del manejo gerencial, de sistemas por lo tanto de aseguramiento moderno, tanto público como privado, qué significa para el Seguro Integral de Salud, significa una modernización y una renovación fundamental, qué significa para la Seguridad Social, es un reto tremendo el adecuarse a nuevos mecanismos de administración financiera de gerencia, sobre todo un proceso de descentralización, este

es un reto complejo, pero es parte de lo que significará el desarrollo del país y cuando nosotros decimos que tenemos que cerrar una brecha en inversión, en infraestructura, en equipamiento, decimos que estamos invirtiendo el año 2009 mil 300 millones en el sector público, la Seguridad Social más también, que el año 2010 estamos invirtiendo dos mil millones y que el 2011 serán dos mil doscientos millones de soles, ¿qué significa eso para el país? significa sin duda servicios a la población que es el principal objetivo, pero significa industria de la construcción, significa tecnología, significa desarrollo y capacidad productiva del país.

El no haber construido hospitales en los últimos 25 años hacía que el Perú no tenga empresas constructoras de hospitales, no teníamos, teníamos empresas constructoras de otras cosas, pero empresas constructoras especializadas en centros, en puestos de salud, en la lógica de la salud pública planteadas como un reto o empresas que provean equipos médicos, desde los más simple hasta mayor complejidad, era mínimo, con una demanda espontánea pequeña y gran parte del sector privado que es quien iba renovando, el sector público estaba retrasado, ¿qué significa eso para el país? significa desarrollo económico en general no solo en el campo de la salud, significa empresas, significa competitividad, significa reducción de riesgo país, yo estoy seguro que después de este proceso o en el transcurso de este proceso podrán salir a competir en los otros países, tendrán una amplia experiencia de construcción de hospitales, los más modernos, se está construyendo el Instituto de Salud del Niño, 252 millones de soles la más alta tecnología de atención pediátrica en el Perú, es un orgullo para nosotros, pero las empresas que están contribuyendo están adquiriendo una experiencia importante y están absorbiendo experiencias de otros países que se están fortaleciendo con posibilidad de desarrollo y así nuestros profesionales, nuestros ingenieros, nuestros arquitectos todos en el campo de la tecnología, hay una transformación grande del país que acompaña a procesos de la salud pública y cuando decimos que tenemos que garantizar también insumos estratégicos porque eso es parte del derecho, tenemos que garantizar medicamentos, tenemos que garantizar vacunas eso se transforma también en procesos productivos y de comercialización modernos que transforman al país.

El Perú el año 2008 tenía en el campo farmacéutico un mercado de mil millones de dólares, en este proceso de crecimiento en el año 2009 era de mil doscientos cincuenta millones de dólares, creció en 25%, vamos a ver cuánto es al cierre de este año, estamos seguro que ha crecido más todavía, y esa va a ser una tendencia permanente si mantenemos una tendencia de crecimiento del sector salud, eso es beneficio para la población, es acceso de medicamentos, es acceso de vacunas sin duda, pero es también industria, es también empresa, es también comercialización, es también tecnología en el campo de la producción de fármacos, es incorporación de tecnologías de otros países a industria nacional, pero es también apertura de mercados, es ingreso de productos manufacturados en otros países que entran a competir a través de procesos como lo que venimos haciendo en compras corporativas que han permitido bajar los precios mejorando calidad y significa también una transformación de nuestra capacidad de regulación a través de la Dirección General de Medicamentos,

Insumos y Drogas que ahora está en un proceso acelerado de capacitación de sus recursos técnicos que están saliendo fuera del país para tener todo el conocimiento necesario para aplicar la regulación y la garantía de calidad en la producción, en las buenas prácticas de manufactura, las buenas prácticas de almacenamiento, eso es transformación de la sociedad, es capacidad productiva es también competitividad, y finalmente todo esto qué significa para el desarrollo de nuestras capacidades humanas, técnicas, profesionales, no solo en el campo específico de las prestaciones de servicio sino en el campo de la organización y de la gerencia en salud, enorme reto que tenemos no solo para garantizar una buena y efectiva administración de una masa monetaria que crece sino de servicios que se multiplican, que se modernizan que nos plantea permanentemente retos nuevos, eso es lo que la salud pública puede contribuir, al Perú, al país a su desarrollo, demostrar que no solo es una gasto, sino que es una inversión que permite capital humano desarrollado, que permite crecimiento organizacional en la sociedad, que permite empresas modernas competitivas, que permite profesionales capacitados con tecnología avanzada aplicada a las necesidades de nuestro país, no solo en el campo de la prestación sino también en todos estos campos conexos de la producción, de la educación, de la formación de profesionales de personal técnico etc., ese es el marco que para nosotros, para el Ministerio de Salud, para quienes estamos incorporados conjuntamente con la Seguridad Social, conjuntamente con las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, conjuntamente con el sector privado, varios de cuyos representantes están aquí presentes y con la participación de la ciudadanía en su conjunto nos plantea un camino que es sin duda difícil, pero que es un camino provisorio, un camino de éxito para el Perú que nos entusiasma, y es con ese entusiasmo que convocamos a este evento, es con ese entusiasmo que recibimos con los brazos abiertos a nuestros invitados, y es con ese mismo entusiasmo que sin duda aplicaremos lo que ellos nos recomienden, nos señalen como sugerencia, lo que surja de este auditorio, en esta reunión en esta primera conferencia internacional que no dudamos tendrá los aportes necesarios, por todo ello, muchas gracias amigos.

RETOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL PERÚ

Economista Augusto Portocarrero¹

El día de hoy vamos a presentar los principales retos que tenemos en la perspectiva de construir esta ley de financiamiento que le de sostenibilidad al Aseguramiento Universal en Salud, pero debemos tener bien enmarcados estos retos en la lógica de lo que significa un poco la historia, no es que el aseguramiento nazca de la noche a la mañana como una necesidad o como una preocupación y en el país hay que mirar un poco hacia atrás para entender hacia donde avanzamos, entre los años 50 y 70 se dio un proceso en el cual los grupos oligárquicos van perdiendo peso en el país hasta que finalmente en el 68 con el golpe de Velasco se termina de darle fin a ese proceso del gobierno de la oligarquía. El proceso ha tenido etapas claras, entre el 30 y el 68 y entre el 68 y el 75, sin embargo a pesar de estos diferentes cambios y diferentes comportamientos que pudo haber tenido entre el 30 y el 68 un proceso más negociado, más digamos entre los grupos de clase media que surgían y su representación política y la oligarquía, y entre el 68 y 75 más bien fueron de cambios radicales.

A pesar de estos dos diferentes escenarios lo cierto es que grandes sectores del país no fueron incorporados. El problema no queda en el 75 ya el grupo que hace las memorias, la Comisión de la Verdad y Reconciliación o el conflicto que ha vivido el país, una de las primeras cosas que encuentra es que gran parte de la población no se encuentra ni siquiera con DNI, no es incorporada a la nación como tal y en ese sentido habría una tarea inconclusa por desarrollar. En temas de salud, eso implica que mucha gente aún no puede acceder a la salud, sea por falta del DNI, sea por falta de dinero, sea por falta de que haya la suficiente oferta de servicios en las zonas en donde viven, aunque ha bajado sustancialmente en 24 % por ejemplo en el tema de dinero 2004 al 15 % en promedio nacional, en las zonas urbanas ciertamente esa baja es mayor, en la zona urbana y rural tienen todavía diferentes comportamientos, todavía hay un país urbano muy marcado, diferenciado un país rural que tenemos entrar a trabajar justamente en ese país rural donde los problemas de accesibilidad son muchos mayores.

Yo quiero resaltar sí a ir mirando la lógica y la estrategia y las cosas que podemos ir avanzando, es que en la zona rural se ha bajado 15 puntos la limitación de acceso por problema de dinero, esa baja es más fuerte que la que se ha producido en zona

¹Ex Director General de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud

urbana y vamos a ir viendo el por qué de esta baja, por qué es importante ver este tema de salud, uno es ciertamente el tema del derecho y ya solamente esa razón bastaría porque no podríamos pensar en la construcción de un país en relación con ciudadanos que tienen derechos algunos y otros no, los derechos los deben tener todos para poder construir esta nación de manera más justa.

Y el otro tema es que la enfermedad en accidentes es el principal problema de vulnerabilidad al cual tienen que enfrentarse las familias y que le produce como resultado de esta vulnerabilidad en que se tuviera que prestar dinero, que tengan que disminuir su alimentación y su consumo, que tengan que gastar su poco capital que hayan podido acumular por lo tanto que te lleva de una u otra manera a la pobreza o te complican tus posibilidades de desarrollo.

Si queremos hablar y estamos hablando de los últimos años que se ha reducido la pobreza para hacerlo sostenible ese pase de la gente que ha salido de la pobreza a la no pobreza, pero para hacerlo sostenible es necesario que esas familias que han salido recién de la pobreza tengan años de acumulación y puedan adquirir casas, educación no es cierto para que pueda ser sostenible su salida de la pobreza y pero la enfermedad rápidamente los puede volver y es un tema que si queremos hablar de un país que sale de la pobreza en el largo plazo debe tener solucionado el tema de la salud o ir solucionando el tema de la salud porque ese es un factor que puede rápidamente revertir lo avanzado para estas familias. Ciertamente hay un cambio a lo largo de estos años, el grupo con seguro ha ido creciendo y ahora es mayor el número de gente que tiene seguro de la que no lo tiene.

Este proceso se ha dado más en la zona urbana, tenemos una pendiente de promedio de 17 ha pasado de 17.4 al 21.2 menos marcada que la que se ha dado en zonas rurales, que ha pasado de 14.9 a 33.8 de personas con seguro y esto es fundamentalmente por la incorporación del SIS, del Seguro Integral de Salud, es decir el mayor aseguramiento en el país ha venido fundamentalmente por la cobertura que ha tenido el SIS que es el seguro subsidiado, el seguro que está financiado por el Estado por el tesoro público en estos momentos y que se financia regularmente con los presupuestos que año a año se asigna en el presupuesto público.

Entonces, la estrategia del aseguramiento vía la incorporación de los sectores pobres con el financiamiento público ha sido el que ha sostenido en los últimos años esa mayor incorporación del aseguramiento esa mayor incorporación de gente con acceso a los servicios.

Ciertamente si uno va al estar asegurado no le garantiza la atención pero ciertamente una primera barrera ha sido solucionada, y eso también hay que tener en cuenta porque no basta con tener más gente en la lista con seguro, no es cierto tenemos que garantizar el servicio para que esa gente que tiene seguro pueda ser atendida de otra manera no nos explicaríamos por qué hay asegurados de unos que se atien-

den en otros servicios o como es que el fenómeno “Hospitales de la Solidaridad” es más atenciones de consulta, por más que se llame “Hospitales de la Solidaridad” es más es atención de consulta haya crecido tanto en el país si es que no se explica por esta razón, de que a pesar de poder tener seguros no necesariamente eso les haya garantizado una atención, pero ciertamente es un gran avance y en ese gran avance el aporte ha venido fundamentalmente por el crecimiento del gasto del Estado.

Entonces cual es la estrategia que tenemos para el tema de aseguramiento, hemos estado hablando de aseguramiento universal pero se ha hablado solamente del SIS o solamente de EsSalud, y allí es necesario precisar la estrategia que cuando hablamos de aseguramiento estamos hablando de una lógica integral en la cual entran todos los servicios.

Veamos, en la pirámide de ingreso conocida que vemos en el extremo superior hay mucha gente que va ir a sus seguros privados y va a mantenerse en los seguros privados, vemos un gran bloque que ya está en la Seguridad Social y como bien lo ha venido explicando el señor ministro la idea y allí hay un gran trabajo del Ministerio de Trabajo en garantizar que los que tengan empleo formal estén asegurados ahora no todo el que tiene empleo formal está asegurado y allí hay problemas de evasión que tiene que con mayor fiscalización el Ministerio de Trabajo entrar a trabajar, están las Sanidades que también tienen su Seguridad Social pero para sus activos , por ejemplo las familias de los militares y los policías no tienen seguro y hay que trabajar ese tema.

De otro lado está el SIS, el Seguro Integral de Salud que debe cubrir a los pobres. El problema es cómo trabajamos el tema de la brecha en el cual están los formales y seguros que debería trabajar la Seguridad Social, los informales que deben formalizar su empleo con la Seguridad Social y los semi contributivos al SIS y los pobres aún no cubiertos por el SIS, hay todo el trabajo con mayor financiamiento ir garantizando que se puedan asegurar y la política del AUS busca acelerar ese proceso.

Ciertamente y hay que tener en cuenta como lo vamos a ver más adelante que estos grupos tiene cada quien su proveedores de servicios y que están fragmentados también y que ha producido en muchos casos que hospitales del gobierno regional, si uno va al Cusco el Hospital regional del Cusco y el Hospital de la Seguridad Social están a un paso, uno puede ir caminando si uno no está tan mal, pero están muy cerca o como hospitales, en el caso de Ucayali, donde el Hospital Regional y el Hospital de Yarina está a quince minutos en mototaxi, como suelen ir en la selva. Hay un problema de distribución, hay un problema de cómo está la oferta. Entonces, cuáles son los retos, uno es crecer en términos de gasto, por ejemplo algunos dicen en el debate internacional hay que reducir el gasto hay que acomodar el gasto, claro cuando se tiene 14 % del PBI en gasto de salud podríamos pensar en ver cómo lo ordenamos pero cuando estamos en 4 % la figura no es la misma, no es cierto, el punto de partida no es la misma y eso hay que tenerlo en cuenta. Hay además la

decisión de los partidos políticos en el Acuerdo con respecto a los temas de salud de poder llevar de por lo menos a este 7 % que es el promedio Latinoamericano.

Esto es cómo se está financiando actualmente, esperamos tener actualizadas nuestras cuentas nacionales al 2009 en un mes, terminando de cruzar las fuentes de información, pero lo cierto es que ya hay una tendencia en el gobierno a crecer en el gasto y se ha demostrado a través de la inversión que se ha hecho en el SIS y en los gobiernos regionales.

Los hogares han ido reduciendo su participación y aquí también tiene que ver en parte el tema del aseguramiento que ha crecido pero sigue siendo importante para un país que ha mantenido en niveles de pobreza a cerca de la mitad de la población durante muchos años, esto es un signo de inequidad que no deberíamos mantener. El otro día hacía una presentación en una reunión de varios países también en Santiago de Chile y me decían una foto, estábamos buscando una foto de cuáles son los retos que tenemos, cómo poder reducir en una sola lámina, ese es problema.

Ciertamente tenemos muchos fondos manejándose no siempre de la manera más eficiente, tenemos muchos proveedores desarticulados y finalmente la gente que termina yendo a la farmacia a preguntarle al farmacéutico qué tomo, no es cierto, digamos que ese es el resumen si queremos presentar un resumen de los retos que están acá en estas fotos, tenemos que ver como trabajamos el tema de tener un fondo, a un fondo único, cómo trabajar esa es la discusión, cómo podemos manejar de manera mucho más eficiente el tema de los recursos para que sean mejor utilizados, hay un principio digamos una lógica que todo el mundo habla que cuando el seguro es más grande los riesgos se reducen, entonces se puede trabajar entre ellos.

También tenemos que ver cómo articulamos por lo menos, cómo integramos la oferta que existe para no estar en estas cosas que comentábamos en tener hospitales y ofertas muy cercanas, o que por ejemplo, si es que, un problema en Huancavelica surge y uno de los proveedores no puede atenderlo no tengan que venir hasta Lima, no solo los costos económicos, los costos culturales que eso implica porque esa persona tendrá que salir de su medio con algún familiar adicional para atenderse con todo el desarreglo que todo eso pueda muchas veces implicar.

Ciertamente el gasto ha ido creciendo, no al ritmo que quisiéramos pero ha ido creciendo, esta aparente baja del 2011 en realidad es por la comparación y eso digamos, por la experiencia de los últimos diez años el presupuesto inicial siempre termina siendo menor al presupuesto que uno ha gastado durante el año y eso se muestra acá en esta ligera baja pero en general cuando uno ve esto hay una tendencia creciente que esperamos sostener. Hay un tema, siempre las discusiones las dejamos encerrados en los presupuestos que han sido asignados al sector y es necesario ir abriendo la cancha, porque no podemos pensar en que va a ver más o menos recursos discutiendo año a año en el Congreso, entre el sector y el MEF

estas negociaciones, hay un tema primero que tiene que ver que la torta crezca y lo cierto es que la presión tributaria en el país que es que finalmente condiciona el tamaño de la torta es muy bajo, 13% es más hemos llegado hasta 14%, hasta 15% pero otras veces hemos estado alrededor del 14% y el marco macroeconómico multianual dice que para el próximo año deberíamos subir al 15%, lo cierto es que en países que tienen el tema de la salud mucho mejor financiados tienen presiones tributarias por encima del 30% y no es posible pensar que un crecimiento real, un crecimiento importante del financiamiento si no empezamos a replantear algunos temas como el tema de la política tributaria.

Hice un pequeño ejercicio, hubo un acuerdo en el Acuerdo Nacional de llegar al 18%, pero que hubiera pasado si con el mismo porcentaje del PBI ni siquiera llegara al promedio Latinoamericano nos hubieran dado el 1.5 %, hubiera habido en el presupuesto 28 mil millones adicionales para repartir y si solo nos hubieran dado ese 1.5% hubiéramos podido recibir 424 millones adicionales, es de esto de lo que estamos hablando, cómo construimos como país y cómo el país decide finalmente si está dispuesto a pagar lo que cuesta la salud y si la salud le es importante o no le es importante, es una tema que no puede estar cerrado en una discusión entre los técnicos del Ministerio de Salud o los del Gobierno Regional y el Ministerio de Economía, ese no es una decisión de técnicos es una decisión de país y qué considera que le es más importante y a eso que considera importante le pone recursos, ciertamente pasar del 15 al 18 esos tres puntos pueden ser muy difíciles en términos tributarios en términos operativos, pero tenemos que plantearnos las metas y los mecanismos para ir en ese camino más que plantear que esto sea la última medida, solamente es un lado del ejercicio para ver de qué estamos hablando.

Estos problemas que tenemos, ciertamente esto no es para la ley misma pero si tenemos que ir pensamos cómo vamos a manejar, es que si bien la inversión ha crecido en los últimos años no ha crecido necesariamente en el gasto corriente que acompaña, porque una vez que construiste el hospital no solamente hay que ponerle médicos, obviamente hay que poner a las enfermeras y el equipo que se necesita para que trabajen, hay ponerles también más seguridad más gente de limpieza, implica una mayor generación de empleo pero también implica que tenga la gente para contratar y tenga la plata para esa contratación. Entonces cómo empezamos a emparejar, para que finalmente el usuario, el ciudadano, a él no le importa si fue más gasto de capital, más gasto corriente, ese es otro tema, a la gente le interesa llegar al servicio y tener al personal que lo atienda en la infraestructura necesaria y con el equipo necesario y que le den al final lo que necesitan darle para poder curarse, cómo se juega atrás es un tema ciertamente que tenemos que ver cómo debemos organizarnos.

Entonces los temas que nos planteamos es empezar a trabajar y delinear en la ley de financiamiento y darle los instrumentos para que eso empiece a funcionar, son uno: cómo incrementar sostenidamente los recursos de financiamiento, este me-

canismo que del SIS se esté negociando permanentemente año a año los fondos para ver cuánto va a poder coberturar el año siguiente no es funcional, es necesario replantearlo y allí la ley marco plantea que se convierta en fondo, qué significa eso, cómo se debe plantear eso y cómo se debe organizar eso, eso es un primer reto.

Y allí el promedio Latinoamericano es la meta, no es cierto, esa meta que se acordado y hay consenso en que a eso debemos caminar debemos ver qué mecanismos implementamos para que esto se cumpla. Lo otro es que debemos mejorar eficiencia en los fondos, teniendo un fondo único la articulación de fondos públicos debe ser el primer paso, cómo se articula eso significa una administración única o significa un fondo único público esos son los temas que tendríamos que tener más claros para poder aplicarlo en la ley. Hay que establecer reglas clara para el intercambio de servicios de prestadores y no podemos seguir teniendo esa lógica fragmentada de los servicios, hay que ver cómo se entablan las reglas para que estos puedan conversar y puedan articularse no solo en términos de prestación sino en el término de la inversión futura.

Y ciertamente esto no es para la ley pero si hay que trabajar sobre todo a nivel de la parte pública, cómo garantizamos que, con las universidades con la producción de profesionales y con las mismas políticas que pueda establecer el Ministerio poder enganchar para que conjuntamente lleguen los hospitales con el personal con todo que requiere, para que ellos, no solamente los hospitales sino las redes para que esto pueda funcionar. Estos cuatro puntos queremos plantear para la discusión, va a ver cuatro bloques de discusión a lo largo de hoy y mañana así que esperamos poder por lo menos tener algunas respuestas a estas preguntas y por lo tanto en todo caso más consensuadas a nuestras preguntas que ya planteé antes.

Muchas gracias

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. María Soledad Barría¹

Muy buenos días, quiero en primer término manifestar mi agradecimiento de poder estar hoy día con ustedes, compartiendo el entusiasmo y también los desafíos que tiene nuestra república hermana del Perú para extender el acceso a la salud a través de una reforma al financiamiento.

Quisiera mostrarles algunos elementos respecto a la protección social en salud en Chile y aprendizajes que podemos ir extrayendo de nuestra historia. Ésta puede tener, por cierto, distintas interpretaciones, pero voy a mostrarles la interpretación desde un gobierno que trató de impulsar la protección social como el gran cambio social, que fue el de la Presidenta Bachelet.

Este encuentro trata del financiamiento a la salud, en busca del acceso universal, financiamiento solidario, términos relevantes pero debemos preguntarnos en primer lugar: financiamiento para qué.

Tomemos como ejemplo un grave problema de salud como es la desnutrición. Perú ha realizado grandes avances en esta materia en el último tiempo. Pero no ha podido abordar el problema de la desnutrición sólo desde el sector salud. Este es un problema multisectorial, provocado por causas que están al interior del sector salud pero que están también fuera del sector salud.

Este es un primer elemento que yo quisiera resaltar: Salud no está sola en lo que son las políticas sociales, salud está profundamente inter ligada al resto de las políticas sociales y por ello debemos pensar en el financiamiento de un espectro de políticas que no solamente incluyen a las personas individuales en lo que es su riesgo, ese balance entre salud y enfermedad sino la respuesta social que vamos a dar a este desafío.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS han realizado la necesidad que los países se aboquen a lo que son las determinantes sociales de la salud. No sólo es importante asegurar la "atención de salud" a individuos, no basta asegurar a familias, lo que tenemos que buscar es un sistema social en que la política de salud se imbrica fuertemente con el resto de las políticas sociales, puesto que la salud va a ser el resultado de las diferentes determinantes sociales.

Es cierto que podemos incrementar el financiamiento en base a la contribución de las personas, pero quién da cuenta del riesgo sanitario de los nuevos empleos que se van

¹Ex-Ministra de Salud de Chile

produciendo, la evaluación de si ellos representan un riesgo para la salud, las condiciones del ambiente, las condiciones de vida. Los mismos servicios de salud son considerados factores intermediarios desde el punto de vista de las determinantes sociales. Es relevante entonces, al hablar de Protección Social en Salud, considerar también las políticas globales: del mercado laboral, del sistema de educación, de pensiones. Un primer elemento relevante que yo quisiera señalar entonces es la interdependencia de las políticas sociales.

Cuando nacen los sistemas de aseguramiento de la salud, lo hacen ligados al empleo, en relación al riesgo de enfermar y se empiezan a estructurar los sistemas de seguridad social clásicos en todos nuestros países, también en el mío, y en Chile hemos vivido distintos tipos de seguridad social a lo largo de nuestra historia.

En primer lugar tuvimos un sistema entre los años 40 y 50, un sistema de seguridad social clásico en que todo el sistema de pensiones y el sistema de salud era un sistema tripartito con contribución de los trabajadores, del Estado y de los empleadores. En 1973 empezó la dictadura y viene la profunda reforma neoliberal de los años 80.

El sistema tripartito de reparto de pensiones que existía se cambia por una lógica absolutamente individual. Pasamos de la seguridad social clásica a un sistema de capitalización individual en las pensiones y se intenta realizar lo mismo desde el punto de vista de salud. Por qué digo se intenta, porque en realidad eso no tuvo el éxito o por lo menos no fue compulsivo en el caso de la salud, como fue en el sistema de pensiones. Para el sistema de pensiones se obligó a que todas las personas que tenían un nuevo contrato debían cotizar en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), fondos de pensiones manejado privadamente en que cada uno tiene un aseguramiento individual y por lo tanto tiene una capitalización individual.

En salud, en la misma época, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), también instituciones privadas que pasaron a administrar el 7% del salario, de cotización obligatoria de los trabajadores. Hasta antes de esta reforma, los aportes para cubrir la salud de los trabajadores eran tripartitos, entre el propio trabajador (2% de su salario), el Estado y el empleador. Pero en este caso el trabajador podía escoger si seguir en el Fondo Público, que une en un Fondo esa cotización más los aportes estatales, o afiliarse a uno privado. Un elemento que quizá sea importante de analizar para ustedes es que se une en ese momento en un solo Fondo, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), todo lo que era público, es decir el antiguo Seguro Social de obreros, las cajas de empleados y lo destinado por el estado tanto para los indigentes como para las políticas sanitarias. Se junta en una sola institución que pasa a llamarse Fondo Nacional de Salud y por tanto se acaban las diferencias que había en ese momento entre obreros, empleados e indigentes. Este Fondo financia la acción del Sistema de Servicios de Salud, red pública de establecimientos.

Desde los años 90 en adelante, no cambia sustancialmente la modalidad del finan-

ciamiento, se mantienen los seguros privados y Fondo Público pero se retiran los subsidios estatales al sector privado y se recupera la inversión del sector público. Dado que en 20 años no había habido inversión pública, fue necesario un gran esfuerzo para volver a potenciar el sistema de oferta, el sistema de entrega de servicios públicos ligado al financiamiento público que nosotros llamábamos antes Servicio Nacional de Salud y ahora Sistema Nacional de Servicios de Salud. Así la oferta pública se organiza en este Sistema nacional, su financiamiento es público, entregado por Fonasa de acuerdo a los lineamientos ministeriales. Es esta oferta pública la que se va a ir consolidando, mejorando, cerrando brechas de acceso y calidad que en esa época eran enormes.

Señalé que en estos años de democracia también se reguló mejor el sector privado y se eliminó el subsidio directo que el Estado entregaba a esas instituciones privadas. Desde el gobierno de Pinochet existía un subsidio a los trabajadores de menores ingresos que quisieran ir a una Isapre: él cotizaba su 7% para salud y el Estado le ponía un 2% adicional, en cambio si se quedaba en el público sólo cotizaba su 7%. Ese sistema terminó en los 90 pero hasta hoy el estado se hace cargo de todas las licencias maternas, de los hijos menores de un año y del financiamiento de las acciones que son para toda la población, en tanto políticas públicas sanitarias.

Hasta hoy día se mantiene la dualidad en materia de salud, un aseguramiento público mayoritario como veremos más adelante y un sistema de seguros privados. Pero se trata de un sistema dual o segmentado sólo para la recuperación de la enfermedad, dado que es el Estado el responsable de las políticas sociales para toda la población, maneja un sistema público de entrega de servicios que es responsable de las intervenciones de promoción y prevención, incluyendo las personas del sistema privado. Cuando se hacen controles de salud o se da garantía del parto gratuito, eso corre para público y privado, con una organización de un sistema con cobertura nacional estructurado en redes y basado en atención primaria de la salud. El financiamiento del sistema público se basa en el aporte solidario de las personas que aportan su 7% del salario y de los aportes del fisco para las políticas generales y el financiamiento de acciones a personas sin previsión.

El sistema privado se financia en base al 7% que cotizan las personas que eligen ir al privado o en realidad que son aceptados en el sistema privado dados los costos exigidos para financiar los diferentes planes de salud. En efecto, en el sistema privado se realizan contratos individuales entre la Isapre y el cotizante por lo que el precio se pacta de acuerdo al "riesgo" de las personas cubiertas por el plan. La Superintendencia de salud regula los tipos de contratos y las escalas de riesgo utilizadas por las Isapre. No existe obligatoriedad por parte de las Isapre de recibir al cotizante. En promedio los cotizantes pagan más del 9% de su salario, siendo éstos mayores que en el público. La provisión de los servicios de salud por otra parte, se realiza mayoritariamente en centros privados, de gran desarrollo en los últimos años y muchas ISAPRE se han integrado verticalmente con proveedores de servicios.

Desde el 2005 en adelante viene una nueva ola de reformas de las reformas. En años anteriores, a propósito de los programas para erradicar la pobreza, se dio una reflexión respecto a la eficacia de estos programas y la necesidad de integrar más los distintos tipos de programas entregados por diferentes entidades estatales y por otra parte se fue avanzando en la noción de derechos mínimos por parte de los ciudadanos. Nacen así por ejemplo, el programa “Chile Solidario”, sistema de apoyo a las familias más pobres, que integra las distintas ayudas del Estado y va generando una noción de derechos.

¿Cuáles son los Derechos o el Derecho en Salud? Todo el sistema público está basado en que no hay nada que esté excluido de la atención en teoría, salvo lo que es la cirugía estética, pero el resto está todo incluido. Sin embargo, cuál es en la realidad la posibilidad de una persona de una isla del sur de Chile de exigir la atención o la cobertura de determinada prestación? Esa posibilidad era muy baja, se trataba de un derecho teórico. La reforma del 2005, sin anular ese derecho teórico, introdujo la noción que algunos de ellos son derechos exigibles.

En la reforma del 2005, se buscó una herramienta que fuera común a los sistemas público y privado y que hiciera realidad estos derechos exigibles. Pero cuidado, no se trata de un plan básico que sea lo único que se va a garantizar, sino que esos problemas de salud son priorizados de una manera distinta dentro de la globalidad. Sigue vigente el derecho general con una priorización por determinados problema de salud que tienen que ser atendido en determinados plazos, calidad y cobertura financiera.

En el 2008 se reforma del Sistema Previsional en Chile, introduciendo un pilar solidario al sistema de capitalización individual previo, asegurando el derecho de personas mayores de 65 años, a contar con determinados recursos hayan o no contribuido de manera individual, porque muchas veces son las mujeres las que han contribuido al desarrollo del país pero nunca han tenido una protección en términos de seguro. Pasó también a ser un derecho exigible.

Antiguamente ligábamos la protección en salud al empleo, pero eso hoy parece insuficiente tal como ustedes ya lo han señalado. Hoy se trata de garantizar a todos los habitantes una dignidad tanto en salud con la satisfacción de sus necesidades, como desde el punto de vista de las pensiones y de otros mínimos sociales. Este enfoque trata de abordar de manera integral las determinantes sociales, en que el sector salud no trabaja sólo sino que aporta con otros, con la misma reforma del Sistema Previsional y con otros programas sociales.

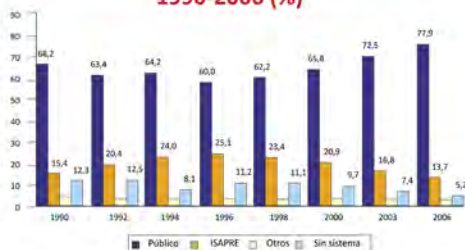
Se da inicio por ejemplo a un programa llamado “Chile Crece Contigo”, que busca poner al centro a la familia y a los niños integrando todos los tipos de políticas que se estaban direccionando desde distintos espacios del Estado, hacia la infancia. Siempre habíamos dicho que la salud de los niños es el bienestar biopsicosocial,

pero la verdad es que nuestros controles de salud, realizados de manera sistemática desde hace muchos años, tenían muchos más de biológicos que de psicosocial y las investigaciones que hemos realizado en Chile muestran que los niños de familia más vulnerables socioeconómicamente tienen un menor grado de estimulación y desarrollo que condiciona a futuro su trabajo a nivel de las escuelas, entonces no se trata solo de la calidad de las escuelas públicas sino del nivel de estímulo con que llegan los niños a esas escuelas desde el punto de vista del desarrollo social. Entonces se empieza un trabajo entre los distintos ministerios para asegurar a ese niño políticas integrales que le den a futuro una sustentabilidad al desarrollo, no sólo desde el punto de vista de la nutrición ahora, sino también del desarrollo de las relaciones, de desarrollo social e intelectual.

Se trata de la construcción de la igualdad. Se inicia la construcción y funcionamiento masivo de salas cuna y jardines infantiles para mejorar el desarrollo de los niños pero permitir también el desarrollo de esas madres que tantas veces no habían tenido oportunidades de estudiar o trabajar. Tuvimos que inventar la contratación de parvularias en nuestros consultorios y centros de salud, que hicieran visitas domiciliarias, que les enseñan a los papás y a las mamás a estimular a los niños. Tuvimos que inventar las ludotecas, las bibliotecas de juego, porque en nuestra sociedad hay algunos niños que tienen derecho a jugar y a otros que no, y eso tiene que ver con el desarrollo futuro del niño. A eso me refiero por políticas integrales de desarrollo social que van más allá de lo que clásicamente hemos imaginado en salud, parte relevante de la salud de nuestras poblaciones.

Hemos recorrido la historia de la seguridad social en Chile, pero ¿qué ha pasado con la afiliación a los sistemas de seguridad social? La encuesta de caracterización socioeconómica del ministerio de planificación, realizada cada tres años, incluye preguntas respecto a afiliación a los diferentes sistemas y por tanto nos da una perspectiva confiable y continua en el tiempo.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD 1990-2006 (%)



fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 1990 - 2006.

En Chile la gran mayoría de la población está adscrita al Sistema Público de Salud (FONASA), tal como se ve en las barras azules del gráfico. Las ISAPRE en el momento de mayor desarrollo llegaron a tener el 24% de la población, el año 1994 y en el último estudio era del 13,7%. En cambio el Sistema Público ha mantenido no solamente su población sino que ha seguido aumentando la afiliación de las personas. De la última encuesta del año 2009 tenemos todavía datos parciales pero la tendencia es la misma. El 82.7% de los niños y jóvenes menores de 18 años están en el sistema público y el 12.4% en ISAPRE. Destacamos que ha habido una disminución de las poblaciones excluidas o sin sistema de protección de salud, descendiendo de 12% el año 90 al 5% el 2006. Ello gracias a la cobertura de indigentes y pobres por parte de Fonasa y a una mejor noción de los derechos de los ciudadanos. .

Tenemos problemas en Chile con este sistema dual, tenemos problemas porque la segmentación entre dos sistemas de seguridad social en el financiamiento provoca graves problemas al interior del país. Provoca una muy importante segmentación de riesgos. Las instituciones privadas tienen como afiliados a las personas jóvenes y con pocos riesgos y el Sistema Público tiene a las personas más pobres, con mayores riesgos, de mayor edad y con enfermedades crónicas. El sistema de Garantías explícitas, herramienta común entre el público y el privado, tiende a mejorar algo este problema sin embargo sigue siendo una realidad esta segmentación. Ello también le crea problemas al mismo sistema privado, porque cada vez tiene menos cotizantes, es el seguro de una elite exigente, cada vez se encarecen más las atenciones y el tipo de prestaciones que se van realizando allí, y por lo tanto los costos y tiene menores cotizantes.

El sistema público tiene problemas derivados de los mayores riesgos y también en la provisión de servicios, al igual que ustedes, problemas por ejemplo para el reclutamiento de médicos en la atención primaria o determinados especialistas y también de satisfacción usuaria.

En la reforma del 2005, se fijaron objetivos sanitarios y también un modelo basado en la atención primaria o primer nivel de atención, que ya existía pero que se consolida y fortalece con esta reforma. Un primer nivel de atención, de distribución geográfica nacional, de administración en la gran mayoría de los casos municipal, donde lo central es el barrio, la comuna saludable y donde hay centros de salud municipales con atención integral y con una resolutividad creciente. No se trata de tener centros de salud, que sólo hagan lo básico, o que sólo hacen promoción de la salud, sino que además son el pilar para la prevención y tratamiento de las patologías más comunes de la población. Ellos son los responsables de la salud de la población. Cuando su capacidad se ve sobrepasada, ellos derivan a las a hospitales de la red de hospitales públicos.

A lo largo del país hay 1800 establecimientos de atención primaria, de los cuales 400 aproximadamente son centros de salud, hay muchos pequeños establecimientos

que son como casas, donde hay un funcionario, un técnico a nivel rural que es el que tiene la responsabilidad de su población a cargo, ese es el que tiene que hacer la promoción, vigilando que vayamos avanzando en el agua potable, que las personas con tuberculosis reciban su tratamiento, de conocer su realidad epidemiológica. Esa gran labor, que abarca todo el territorio nacional, sólo puede realizarse desde un Sistema Público constituido. Nosotros tenemos 29 territorios descentralizados (Servicio de Salud) con gestores en cada red asistencial, con población a cargo, que coordina a los municipios de su territorio donde se realiza la atención primaria y las derivaciones entre los niveles de la red. El Ministerio de Salud a su vez, coordina todo el sistema, controla indicadores de metas a los Servicios y los municipios, teniendo que cumplir determinados programas, por ejemplo, de cobertura, de tratamiento o de éxito en el tratamiento, indicadores de actividad agregados para poder hacer los convenios y los traspasos de recursos. Por ejemplo en los centros de atención primaria está bajo control casi el 65% de las personas mayores de 65 años.

Al inicio de esta presentación nos preguntábamos financiamiento para qué. Un segundo elemento, a mi juicio tan importante como las políticas públicas intersectoriales, dice relación con la organización del sistema para entregar los servicios de salud.

El financiamiento suficiente es indispensable tenerlo, pero no es garantía suficiente de acceso universal, si no se tienen una organización del sistema que efectivamente llegue a los distintos lugares del territorio, que esté cercana a la población. Sólo así estaremos más cerca de hacer realidad el derecho a la salud de nuestra población.

¿Cómo asegurar que como país atacemos los principales problemas de salud, con intervenciones adecuadas y de calidad? Este dilema que dice relación con el uso del financiamiento, fue abordado en nuestro país a través de las garantías explícitas o AUGE. Ya me he referido al aspecto del Derecho exigible. Este AUGE o Garantía Explícita es un instrumento para abordar un conjunto de problemas de salud priorizados, que dan cuenta de un porcentaje importante de la carga de enfermedad, además de un examen de medicina preventiva. Se otorga garantía de acceso, por ejemplo, a una persona que se le diagnóstica catarata en los ojos, debe operarse a más tardar a los seis meses, con determinada calidad (protocolo) y con un costo financiero abordable. Si no es así, si no es intervenido en los plazos la persona lo puede exigir.

Pero la priorización también es un dilema. En Chile desde siempre se priorizó lo materno infantil y en gran parte gracias a ello tenemos excelentes resultados sanitarios. Una mortalidad infantil de 7 y una mortalidad materna también muy baja, pero los problemas de salud del adulto nunca habían sido priorizados y tenemos grandes problemas. Priorizar siempre nos abre el problema de los no priorizados. Y es muy importante considerarlo. Cuando se prioriza no puede significar que el resto no se va a considerar sino que hay que buscar modalidades para que al resto, lo no priorizado

no quede excluido, que al menos se mantenga el acceso anterior.

La priorización es difícil también porque hay que ponerse de acuerdo en qué es lo que hay que hacer. Hay que ponerse de acuerdo técnicamente pero también con la población en general. ¿Por qué sólo los técnicos debieran decidir? Debemos avanzar en incorporar la opinión de la ciudadanía.

Permítanme una anécdota de la época en que se estaba priorizando. Se hicieron estudios de carga enfermedad. Cuando la presidenta Bachelet, que era entonces ministra de salud, empezó a recorrer el país mostrando los estudios de carga enfermedad, ¿qué era lo que le pedía la población? Solicitaba lentes, para poder ver, para poder seguir trabajando. Ello no aparecía en ningún estudio técnico, en ese momento, sin embargo efectivamente era un requerimiento indispensable para poder seguir viviendo y trabajando adecuadamente. Los técnicos muchas veces nos equivocamos en esta apreciación respecto a la relevancia.

Finalmente se logró priorizar, se analizó en el Parlamento y se formuló un sistema de garantías crecientes que partió con 15 problemas para llegar a lo que hoy día son 66 problemas de salud incorporados. Se trata por ejemplo de problemas tan prevalentes como la hipertensión y la diabetes, tratados en atención primaria a grandes problemas como los cánceres en los niños. Se hicieron también algunos estudios cualitativos de sensibilidad social, de por qué incorporar determinadas enfermedades y no otras. Ello debe hacernos considerar el proceso político de participación de la ciudadanía en estas grandes decisiones. Pero es un proceso que sigue y hay solicitudes para incorporar nuevos problemas.

Además de la priorización es muy importante cómo se organizan los servicios para solucionar el problema y cuál es el protocolo a seguir. De ello dependerá la efectividad de las acciones que emprendemos.

Uno de los problemas priorizados en Chile fue el tratamiento precoz del infarto agudo al miocardio. Se incorporó de manera garantizada el diagnóstico y el tratamiento precoz con trombolisis, es decir un tratamiento bastante sofisticado que antes sólo se realizaba en terapia intensiva. Fue una gran discusión en que hubo que convocar a los cardiólogos y especialmente a los intensivistas, porque si queríamos que las personas tuvieran derecho a ese tratamiento en todas partes de Chile, en esa isla de la que les hablaba, debíamos salir del cuidado intensivo. Se implementó un sistema de electrocardiografía, con informe a distancia, y la posibilidad de hacer el tratamiento de trombolisis en nuestros consultorios o centros de salud de atención primaria que también hacen urgencias. Inicialmente algunos pensaron que era temerario, que iban a morir personas por el tratamiento. Con la debida capacitación de nuestros funcionarios ello no fue así. Hoy, no sólo está implementado el sistema sino además nuestros cardiólogos han constatado una baja en la mortalidad por infarto agudo.

Para poder otorgar las garantías, para poder planificar desde las poblaciones sometidas al riesgo, fue necesario organizar en qué lugar debían realizarse cada prestación y el proceso clínico. Se debió organizar el proceso de atención haciéndolo adecuado a lo que se requiere y guías clínicas para cada uno de los problemas de salud, buscando la eficacia a nivel de poblaciones, que no necesariamente es idéntico al requerimiento individual.

Las evaluaciones de esta última reforma recién se ha iniciado con la evaluación de los objetivos sanitarios 2000-2010 y deberemos nuevamente ponernos de acuerdo para hacer las garantías efectivamente crecientes y hacerlas también compatibles desde el punto de vista de la planificación y a lo que el país puede comprometerse.

En Chile, hemos tenido distintas etapas en materia de seguridad y protección social. Las reformas actuales a las reformas neoliberales de los años 80, han buscado instrumentos para dar cuenta de esta realidad segmentada pero no han podido dar solución a la segmentación. No existe la solidaridad completa sino que, a través de impuestos generales, existen aportes al sistema público de salud que dan cuenta de la mitad de ese gasto público. No tenemos desde el punto de vista de financiamiento, una solución absolutamente solidaria y universal. Se buscó en salud este instrumento de garantías explícitas como un instrumento común entre lo público y lo privado y en materia de pensiones se logró incluir un pilar solidario importante, aún cuando las cotizaciones siguen siendo de capitalización individual.

Se ha recorrido un camino en el desarrollo del concepto de derecho a la protección social. Este va desde la seguridad social antigua, ligado al trabajo, al concepto que toda persona tiene derecho a la protección para hacer efectivo el derecho a la salud. Se trata de establecer como sociedad ciertas herramientas solidarias básicas de desarrollo, no de crecimiento sino del desarrollo como país.

No basta entonces el seguro de los afiliados, o el sistema de financiamiento de ese seguro, sino la acción en primer lugar sobre los determinantes sociales de la salud. Avanzar hacia la igualdad significa avanzar con las otras entidades ministeriales, con políticas públicas integrales, un acceso oportuno y de calidad a servicios integrales, una puesta en común de los riesgos con solidaridad en el financiamiento. Eso pasa, a mi juicio, por el fortalecimiento de la salud pública, priorizando muchas veces las acciones colectivas sobre las individuales. Se trata entonces de asegurar el financiamiento para la acción intersectorial, para la acción colectiva de interés sanitario. Finalmente asegurar el acceso dependerá no tanto del seguro sino de la arquitectura del sistema: una atención primaria y la capacidad resolutive creciente, cercana a la población en cada una de los distintos territorios es indispensable. La preocupación por la eficiencia de los recursos en salud pasa por poner énfasis en la efectividad de las acciones. No basta decir que estamos gastando más, sino de qué nos está sirviendo gastar más.

¿Cuánto contribuye el financiamiento a los resultados sanitarios? En Chile, todo lo mostrado relativo a las políticas globales y al sistema público que atiende a casi el 80% de la población, se realiza con la mitad de lo que gasta el país. Sólo la mitad del 7% del PIB se gasta en el sistema público y la otra mitad se gasta sólo en los aspectos curativos de menos del 20%. No se ha cuantificado cuánto le agrega en efectividad el sistema privado a los resultados sanitarios o al crecimiento al país, pero claramente es más caro.

Finalmente si compartimos el concepto de salud amplio, en su dimensión social y no sólo como la entrega o compra de prestaciones aisladas, la participación de la comunidad es indispensable. Derecho efectivo requiere la participación de la comunidad, el concepto de salud comunitaria en el qué es lo que vamos a hacer y cómo vamos a hacer el desarrollo requiere la participación de la ciudadanía y eso de acuerdo a mi experiencia sólo es posible con un sistema público fuerte.

Se requiere de un pacto social para determinar qué tipo de salud buscamos y qué derechos serán los exigibles. Los derechos sociales van íntimamente ligados a una mayor y mejor democracia.

Muchas gracias.

EL FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD: EL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL; *Experiencias Internacionales*

Ec. Rubén Suárez¹

La presentación del Sr. Ministro de salud sobre el financiamiento del sistema de salud ha sido bastante comprehensiva en señalar los desafíos que tendrá enfrentar el país para financiar la cobertura universal. Mi presentación sobre el tema del financiamiento de los sistemas de salud de cobertura universal abordara algunos otros temas. Incluirá temas que han sido planteados en diferentes Informes Anuales sobre la Salud en el Mundo publicados por la Organización Mundial de la Salud (ISSM), y en publicaciones recientes sobre el financiamiento de los sistemas de salud en países con sistemas nacionales de salud de cobertura universal; como es el caso de los sistemas de salud de la mayoría de países de Europa occidental.

Los profesionales que trabajan sobre sistemas de salud recordaran algunos de los temas abordados en los Informes Sobre la Salud en el Mundo (ISSM) de la OMS. El ISSM del año 2000 tuvo como tema central fue la “Evaluación del rendimiento de los sistemas de salud en términos de eficiencia, equidad y satisfacción con los sistemas de salud; incluyendo algunas dimensiones sobre el gasto y financiamiento de los sistemas (OMS 2000). El informe fue polémico debido a los criterios utilizados para definir el rendimiento de los sistemas, los métodos de obtención de la información, fuentes de información y criterios de ponderación para establecer un ranking de países. Otro informe, el del 2008, tuvo como tema central “La Atención Primaria de Salud (APS): ahora más que nunca” (OMS 2008). En este informe plantea tres elementos que son centrales a las discusiones sobre el financiamiento de sistemas de salud de cobertura universal. Estos elementos son los objetivos o metas que caracterizarían a los sistemas de salud basados en la APS:

- I) Conseguir el máximo nivel de salud posible que uno puede conseguir con los recursos que el país dispone,
- II) Asegurar que toda la población (cobertura universal) tenga acceso igualitario a los servicios de salud, y;
- III) Reducir las desigualdades en salud de la población.

Estos tres objetivos de los sistemas implican criterios de optimalidad social, igualdad y equidad en la asignación y utilización de los recursos. El criterio de optimalidad (objetivo I) implica que los servicios de salud o conjunto de prestaciones a los cuales se busca dar acceso igualitario (objetivo II) a toda la población (cobertura universal) deben ser

¹Consultor Regional OPS/OMS en Financiamiento y Economía de la Salud

aquellos que permitan conseguir el máximo nivel de salud posible. El objetivo de reducir las desigualdades en salud (objetivo III) reconoce el problema que dando acceso igualitario a servicios de salud no garantiza la reducción en las desigualdades en la situación de salud de la población reconoce el hecho que el acceso universal a servicios de salud no garantiza la reducción de las desigualdades en la situación de salud de la población. Implica que políticas de cobertura universal requieren ser complementadas con políticas orientadas a reducir las desigualdades de salud de la población; si el este principio de equidad es uno de los objetivos de la política social del país.

La diferenciación de estos tres elementos es importante en el diseño de sistemas de salud de cobertura universal. No solo se busca garantizar que la población acceso universal a los servicios de salud, lo que queremos hacer es que estos servicios son los que ayudan a conseguir el máximo nivel de salud posible. Asimismo, deberemos evaluar si las políticas de salud y servicios que se ofrecen a través del sistema de salud contribuyen a la reducción de las desigualdades en la situación de salud de la población. Es difícil esperar que estos tres objetivos puedan ser alcanzados de manera simultanea, sin embargo, el hacerlos explícitos permitirá evaluar los “costos de oportunidad” de conseguirlos.

El Informe sobre la Salud en el Mundo del 2010 (ISSM 2010); que será publicado en unas semanas, tiene como tema central “El Financiamiento de Sistemas de Salud, el camino hacia la cobertura universal” (OMS 2010). El informe señala que pocos de los países de medianos y bajos han logrado desarrollar sistemas de salud de cobertura universal. El informe presenta una evaluación de dónde estamos los países en términos del gasto y financiamiento, cómo podemos incrementar los recursos para lograr la cobertura universal, por qué tenemos que preocuparnos por la importancia del gasto de bolsillo y cómo podemos mejorar la eficiencia del uso de los recursos públicos y privados que se gastan en el país. Se plantea una serie de medidas de los países pueden avanzar hacia la cobertura universal a través de una mejor asignación y utilización de sus propios ingresos¹

Las ideas sobre el financiamiento de los sistemas de salud que incluyo en esta presentación provienen de lecciones aprendidas de estudios sobre el financiamiento de los sistemas de salud en países que se consideran con sistemas de salud de cobertura universal y de propuestas de financiamiento en países que se han planteado como objetivo el logro de la cobertura universal. Son básicamente cuatro estudios o documentos recientes que son de relevancia para las discusiones de esta reunión. El primero de estos es un estudio sobre el financiamiento del sistema de salud de países de la Unión Europea (Thompson, S. et al (2009)). Estos países cuentan con diferentes formas de organización y financiamiento de sus sistemas de salud, pero todos ellos caracterizados como sistemas de salud cobertura universal.

La preocupación principal de este estudio es sobre la sostenibilidad financiera y a la sostenibilidad económica de los sistemas de salud. Un segundo estudio es el que se refiere a la evaluación de los sistemas de salud de cobertura universal de este grupo de países en los cuales los sistemas la cobertura universal se ha logrado a través de diferentes formas de organizar sistemas de aseguramiento en salud (Social Health Insurance Systems in

¹ Lamentablemente, esta publicación tiene embargo y tendremos que esperar a la publicación oficial de este informe para presentar los detalles de su contenido.

Western Europe; Saltman, R. et al (2004)). El énfasis de este estudio es en los principales cambios en las formas de organización, financiamiento y gestión de los sistemas de aseguramiento social en salud en países de Europa del Oeste. El tercer estudio es el que se refiere a las experiencias de reformas en el financiamiento de sistemas de salud en países en transición de Europa del Este (*Implementing Health Financing Reforms: lessons from countries in transition; Kutzin, J. et al (2010)*). El cuarto documento es el que se refiere a la propuesta de ley de Estados Unidos de Norteamérica orientada a lograr la cobertura universal de aseguramiento en salud (Affordable Health Care for America Act; USA (2009)).

¿Cuáles son las principales conclusiones que se desprenden de estos estudios y propuestas sobre la organización y financiamiento de los sistemas de salud de cobertura universal?

¿Cuáles son las implicaciones de estas experiencias para el financiamiento de sistemas de salud en países de nuestra región?

Voy a presentarles a ustedes tres conclusiones: a) sobre las formas de organización y financiamiento de los sistemas de salud de cobertura universal, b) sobre los niveles de gasto requeridos, y; c) sobre las implicaciones de estas conclusiones para los desafíos para la construcción de sistemas de salud de cobertura universal que enfrentamos los países de la región de América Latina y el Caribe. Las principales conclusiones que voy a presentarles se resumen de la siguiente manera:

- Los sistemas nacionales de salud de cobertura universal son predominantemente públicos
- Ningún país del mundo ha conseguido la cobertura universal con un gasto público en salud menor al 6% del PIB
- La mayoría de los países de la Región, incluyendo Perú, estamos por debajo de los niveles de logros en salud y nivel de gasto público en relación al nivel de desarrollo o nivel de ingreso per cápita

a) Sobre las formas de Organización y Financiamiento

Una de las conclusiones que se desprende de los estudios revisados es que los sistemas de salud de cobertura universal que conocemos son esencialmente de carácter público. Esto es, en todos los países con sistemas de cobertura universal el sistema de salud que garantiza la cobertura universal lo hace a través de un sistema en el cual el gobierno (central y/o local) organiza y regula la financiación y la provisión de un conjunto de servicios de salud a los cuales tiene derecho toda la población (universal). Lo puede hacer de manera directa organizando la financiación y provisión de los servicios a través de un Sistema Nacional de Servicios de Salud –SNS (modelo de Beveridge)², o lo hacer a través de

²Algunas otras clasificaciones diferencian el sistema nacional de aseguramiento único como una combinación del modelo Bismarck y Beveridge, y definen el sistema mixto como sistema de gasto de bolsillo (Out-of-pocket model): ver: Reid T.R. *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*. Penguin Press; 2009. Tomado de: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>

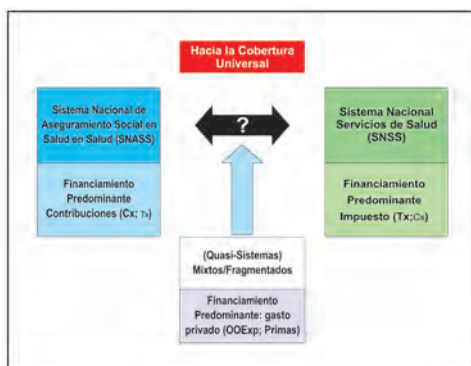
un Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud a través del cual el gobierno crea mecanismos para asegurar que toda la población (universal) tiene acceso a servicios de salud (Bismarck model) . Las garantías de acceso a los servicios de salud se hace a través de prestación directa de servicios de salud controlados por el gobierno central y/o los gobiernos locales (SNSS), o a través de esquemas de aseguramiento (universal) en salud (SNASS) organizado y administrado por el gobierno central y/o gobiernos locales a través de fondos de seguridad social.

Ejemplos de SNSS es el sistema de salud Inglaterra en el cual el gobierno organiza y financia la prestación del servicio de salud y da acceso universal a toda la población, como un derecho ciudadano. Ejemplos de SNASS son los casos de los sistemas de salud de Alemania y Francia en la cual la cobertura universal se da a través de sistemas de aseguramiento en salud obligatorios; la recaudación y administración de los fondos es hecha por instituciones publicas o instituciones privadas sin fines de lucro, la prestación de servicios es hecha por proveedores públicos o privados sin fines de lucro; mayoritariamente. Es importante precisar que cuando decimos cuando es financiamiento público, esto se refiere a que el financiamiento del sistema es resultado de una política del Estado; por ejemplo de la obligatoriedad de las contribuciones y/o de los impuestos, no necesariamente implica que las de la gestión de estos recursos tengan que ser hecha por instituciones del gobierno.

El diagrama # 1 resume, de manera simplificada, las dos formas predominantes de organización y los instrumentos de financiamiento de los sistemas de salud de cobertura universal: SNASS o SNSS. Los países que han logrado tener sistemas de salud de cobertura universal lo han hecho transformando sus sistemas mixtos y fragmentados a una de estas dos formas predominantes de organización de sus sistemas de salud. El diagrama también indica que as principales formas de financiar estos sistemas son los impuestos (Tx) y/o las contribuciones a fondos de aseguramiento (Cx).

Diagrama # 1: Formas de organización e instrumentos de financiamiento de sistemas de salud de cobertura universal: SNASS, SNSS

(Bismarck) (Beveridge)



El cuadro # 1 resume las características de los sistemas nacionales de servicios de salud de cobertura universal. La primera columna incluye a los países como Alemania, Austria, Bélgica y Francia que se consideran sistemas nacionales de aseguramiento en salud, en los cuales el financiamiento del sistema es mayoritariamente través de contribuciones; con excepción del caso de Bélgica, en el cual contribuciones e impuestos representan la misma proporción. La Segunda columna incluye a los países con SNSS de cobertura universal, en este grupo de países se encuentran Dinamarca, España, Italia y el Reino Unido; entre otros. La tercera columna indica el año del cambio legislativo en la cual se basó la reorientación de los sistemas de salud de sistemas mixtos de salud a sistemas nacionales de cobertura universal: SNASS o SNSS.

Cuadro # 1: Formas de Organización y Financiamiento de los Sistemas de Salud de Cobertura Universal

Países de Europa - Sistemas Nacionales de Salud de cobertura Universal:	Sistema Nacional de Aseguramiento Social en Salud (SNASS)	Sistema Nacional de Aseguramiento de Salud (SNSS)	Fecha de cambio legislativo reorientado el
	Financiamiento Predominante: Contribuciones (Cx,Tx)	Financiamiento Predominante: Impuestos (Tx, Cx)	
Alemania	X		
Austria	X		
Bélgica	X (Cx, Tx)		
Dinamarca		X	1973
España		X	1986
Finlandia		X	1972
Francia	X		
Grecia		X (Cx, Tx)	1983
Holanda	X		
Irlanda		X	1970
Israel	X		
Italia		X (Cx, Tx)	1978
Luxemburgo	X		
Noruega		X	1967
Portugal		X	1979
Reino Unido (UK)		X	1946
Suecia		X	1970
Suiza	X		

Fuente: Elaborado a partir de Saltman, Busse and Figueras (2010)

La evidencia de los países desarrollados indica que existe una gran variedad en la forma de organizar los SNASS o SNSS en términos del grado de centralización de la recaudación y administración de los fondos. En Bélgica existían 94 fondos de aseguramiento organizados en 7 asociaciones, en Francia existían 17 fondos de aseguramiento y en Alemania alrededor de 355. Aunque no hay una relación clara de cual es la importancia de concentrar los fondos en un solo fondo de salud, esta es la tendencia en la mayoría de estos países. En los casos de Francia hay un fondo que concentra el 84 % de todos los recursos, en el caso de Alemania el fondo más grande controla sólo el 12% de los recursos. En los últimos años el número de fondos se ha reducido a cuatro en Francia y alrededor de 200 en Alemania. Es importante indicar que en todos estos sistemas aparte del fondo de aseguramiento existe un fondo de compensación para poder igualar lo que son las aceptaciones de beneficios entre los distintos tipos de fondos de aseguramientos. En cuanto a los SNSS se puede

hacer diferenciación entre dos tipos de SNSS: el tipo inglés centralizado en el cual un 90% lo que gasta el administrado por una institución gubernamental (National Health Services) y los SNSS de los países nórdicos como Noruega, Finlandia, en los cuales los cuales hay una descentralización de la administración de estos fondos a los gobiernos regionales/locales.

En América Latina y el Caribe tenemos pocos países considerados como de cobertura universal: Aruba, Antillas Holandesas y Cuba. Los dos primeros países son SNASS basados en financiamiento contributivo. Cuba considerado como SNSS financiado con impuestos generales. Otro país de la región de las Américas considerado como SNASS de cobertura universal son es Canadá. Tenemos muy pocos sistemas, y en realidad conocemos solo de un sistema, que un sistema mixto de salud de cobertura universal es el caso de las Islas Bermudas. Es el único país en el cual existe un sistema mixto de aseguramiento público, aseguramiento privado que da cobertura al 100% de la población.

Con respecto a los instrumentos de financiamiento o de recaudación de ingresos para el financiamiento de estos sistemas la respuesta es muy sencilla, no hay muchas formas de financiar estos sistemas públicos de salud de cobertura universal: estos se financian con contribuciones obligatorias (Cx) y/o a través de impuestos generales (Tx). No hay ningún país en el mundo que financie de otra manera su sistema de salud de cobertura universal. Sin embargo, es importante destacar que a pesar de la predominancia de las contribuciones (Cx) como instrumento de financiamiento de los SNASS, y de los impuestos (Tx) como financiamiento de los SNSS, esto no quiere decir que estas sean las únicas formas de financiamiento de cada uno de estos tipos de sistemas. Países con SNASS pueden financiar su sistema mayormente con impuestos; como es el caso de Canadá o los sistemas de aseguramiento público en salud de los Estados Unidos de Norteamérica. Países con SNSS sistemas nacional de servicios de salud son predominantemente financiados por impuesto pero también pueden utilizar recursos proveniente de contribuciones. Cuando hablamos de financiamiento vía impuestos y contribuciones no estamos hablando de un régimen subsidiado y régimen contributivo, estamos hablando de un sistema de aseguramiento universal financiando a través de impuestos y contribuciones; todos la población se encuentra bajo un mismo régimen. La distinción tradicional que los sistemas de aseguramiento (SNASS) tienen que ser de financiamiento solamente contributivo y los sistemas de servicios de salud (SNSS) solo financiado a través de impuestos no es válida. No necesariamente tenemos que basarnos en contribuciones si queremos hacer aseguramiento universal. Lo que hemos estado observando en los países desarrollados es que la razón por la cual han cambiado de contributivo a tributación no tiene mucho que ver con el financiamiento del sector salud. Estas decisiones de financiamiento tienen que ver con la eficacia fiscal y de los instrumentos de recaudación, y con el impacto que estos instrumentos de recaudación puedan estar teniendo sobre la eficiencia económica y la competitividad de los países.

Esto es lo que observamos en países con sistemas de salud de cobertura universal. El desafío que tenemos es simple en el sentido que tenemos pocas opciones de financiamiento, lo que observamos es que se ha aumentado mucho más el financia-

miento en base a impuestos, independientemente cuales sean sus sistemas, si es un sistema de aseguramiento público, si es un sistema nacional de servicios de salud.

¿Qué reformas de importancia ha habido en la región de las Américas en los últimos años?

Brevemente, Estados Unidos y su aseguramiento universal; Brasil se ha movido de un sistema que tenía seguridad social cubriendo alrededor de 40%, 50% de la población en los años 80, a un sistema de mejor servicio de salud; México ha incrementado su seguro popular; Colombia se ha movido de un sistema mixto con una seguridad social que da cobertura al menos del 20% a un sistema de cobertura universal, no sabemos la evaluación de los sistemas, pero en términos de gastos públicos este grupo de países estamos alrededor del 3.6%.

Cuadro # 2: Orientación de las reformas de los Sistemas de Salud en países de la Región de las Américas.

	Sistema Nacional de Aseguramiento Social en Salud (SNASS) Financiamiento Predominante: Contribuciones (Cx,Tx)	(Quasi-Sistemas) Mixtos/Fragmentados Financiamiento Predominante: gasto privado (OOExp; Primas; Tx Cx)	Sistema Nacional de Aseguramiento de Salud (SNSS) Financiamiento Predominante: Impuestos (Tx; Cx)
Sistemas Nacionales de Salud en las Américas; Coberturas Universales (población)			
Aruba	X		
Antillas Holandesa (3)	X		
Bermuda	X	X	
Canada	X (Tx)		
Cuba			X (1960)
Sistemas quasi-universal (-> 80% cobertura de población)			
Chile	X	<	
Colombia	X (Cx; Tx)	<	
Costa Rica	X (1980's)	<	
Estados Unidos de Norte América	X	<	X
Uruguay		X	
Sistemas Mixtos / Fragmentados Orientados de las Reformas			
Brasil	>	>>	X (1980's) >>
México	seguro popular	<<	(SUS)

b) Sobre el gasto en salud en países con Sistemas Nacionales de Salud de Cobertura Universal

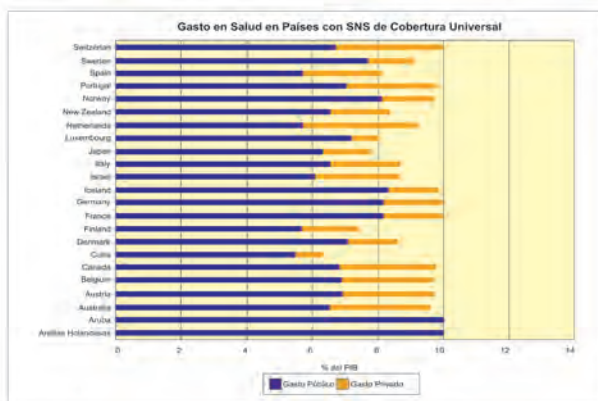
¿Qué sabemos acerca de cuánto cuestan estos sistemas de cobertura universal?
 ¿Cuál es la composición de ese gasto?

Lo que observamos de las experiencias internacionales es que, en países con SNASS el gasto nacional en salud representa alrededor del 8.7% del PIB, en países con SNSS promedio es de alrededor 7.5% del PIB (datos para el año 2000). Esto es, sabemos que el gasto nacional en salud en los sistemas de aseguramiento (SNASS)

es un poco mayor de lo que cuestan los sistemas de servicios de salud (SNSS). Sin embargo, también sabemos que en términos de satisfacción con sus sistemas de salud la población valora ligeramente mejor sus sistemas en los países con aseguramiento en salud que en países organizados como sistemas nacionales de servicios de salud. La conclusión que sacamos de esto es que en realidad no sabemos todavía la ventaja de uno u otro sistema.

También, observamos que no hay algún país del mundo que tenga sistemas de salud de cobertura universal; sea haya esto realizado a través de sistemas de servicio de salud tipo inglés (SNSS), o sea sistemas nacional de aseguramiento universal como Alemania o Francia (SNASS), en el cual el gasto público en salud represente menos del 6% del Producto Bruto Interno (PIB). Hay muy pocos países que son considerados de cobertura universal que gastan menos del 6% del PIB. España, Luxemburgo, Cuba, Finlandia y son los países que tienen cobertura universal en los cuales el gasto público era, hace unos años, ligeramente menor al 6% PIB. Sin embargo, hay países con sistema de cobertura universal con son los casos de Aruba y Antillas Holandesas en los cuales el gasto público está representando alrededor del 11 al 12% del PIB. Un nivel de gasto público de al menos 6% del PIB es condición necesaria pero no suficiente para el logro de la cobertura universal. En los Estados Unidos el gasto público en salud representa el 8% del PIB y aun no se ha logrado la cobertura universal. Este es uno de los desafíos que tenemos desde el punto de vista de el financiamiento de los sistemas públicos de salud, independientemente de cómo lo quieran organizar, sea esto aseguramiento universal, sea esto prestación de servicios directos de salud existe un nivel mínimo de gasto público como porcentaje del PIB (Grafica 1).

Gráfica 1: Gasto nacional en salud como porcentaje del PIB en países con sistemas nacionales de salud de cobertura universal; gasto público y gasto privado (2004-05).



En la presentación anterior, el Sr. Ministro comparaba el nivel de gasto nacional en salud con el promedio de gasto en América Latina y en Caribe en su conjunto estaba alrededor del 7% del PIB. Señalaba que el gasto nacional en salud del país; de alrede-

por el 4.5% del PIB, esta muy por debajo del promedio de la región. Se plantea que el gasto público en el país estaría alrededor del 2% del PIB y que se quiere duplicar este gasto. Es importante destacar que estas decisiones de gasto tienen implicaciones fiscales que no las podemos resolver desde el sector salud, necesitamos un pacto social para saber aumentar la capacidad fiscal del país si en realidad como sociedad queremos construir estos sistemas nacionales de salud de cobertura universal.

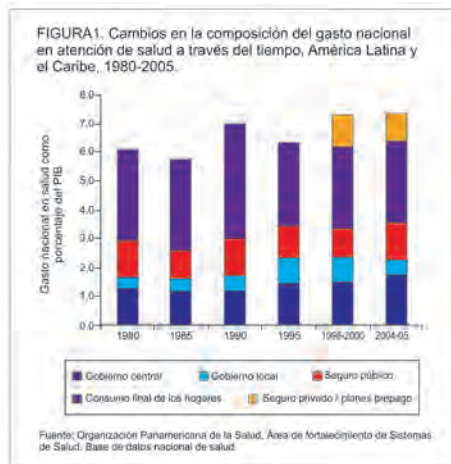
¿Qué sabemos de la composición público privada de este gasto?

La otra observación que tenemos es que los sistemas SNASS de cobertura universal 71% del gasto es gasto público, el 29% es gasto privado que incluye gasto de bolsillo directo y el gasto en seguros voluntarios complementarios. En los sistemas SNSS de cobertura universal el gasto público en salud representa el 80% del gasto nacional en salud y el gasto privado alrededor del 20%. Una lección que sacamos de estos indicadores para la región de América Latina y el Caribe (ALC) es que en la mayoría de países de la cobertura universal el gasto de bolsillo es, en promedio, alrededor del 20% del gasto nacional total. Esta situación contrasta con la importancia del gasto del bolsillo en ALC en la cual este gasto representa alrededor del 48% del total del gasto nacional. Esto implica una gran desigualdad en lo que es el acceso a los bienes y servicio de salud. Este es otro de los grandes desafíos para los países de la región.

c) Desafíos para la construcción de sistemas de salud de cobertura universal

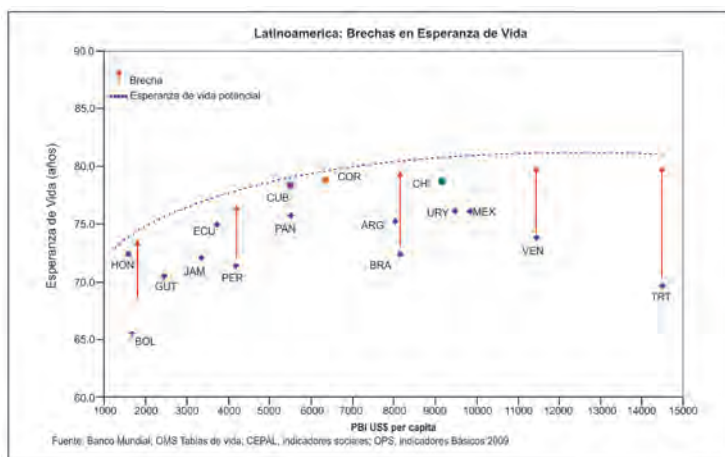
¿Qué sabemos de América Latina en términos de cuánto gastamos?

La información que tenemos sobre el gasto en salud en la región nos dice es el gasto público en salud en promedio en los países de América Latina y el Caribe: alrededor del 3.3 % del PIB. Este nivel de gasto contrasta con el observado en los países de ingresos altos y de países de la Unión Europea con sistemas de salud de cobertura universal en los cuales el gasto publico en salud representa el 6.7% y 7.1% respectivamente.



Otro de los desafíos que tenemos en la región y que tan lejos estamos de conseguir lo que es uno de los objetivos del sistema de salud que es el lograr el máximo nivel de salud posible que podría conseguirse dado el nivel de desarrollo económico y gasto en salud de la región de ALC. Hay países que estamos muy por debajo de lo que han conseguido otros países con el mismo nivel de desarrollo económico o de ingreso per capita. ¿Cuanto de esto se explica por los sistemas de salud?, ¿Cuanto se explica por políticas que tienen que hacer con la educación, agua y saneamiento u otros determinantes sociales de la salud como es la desigualdades en la distribución del ingreso?

Grafica # 2: Esperanza de vida potencial y esperanza de vida observada según el nivel de ingreso de los países de América Latina y el Caribe: Brechas

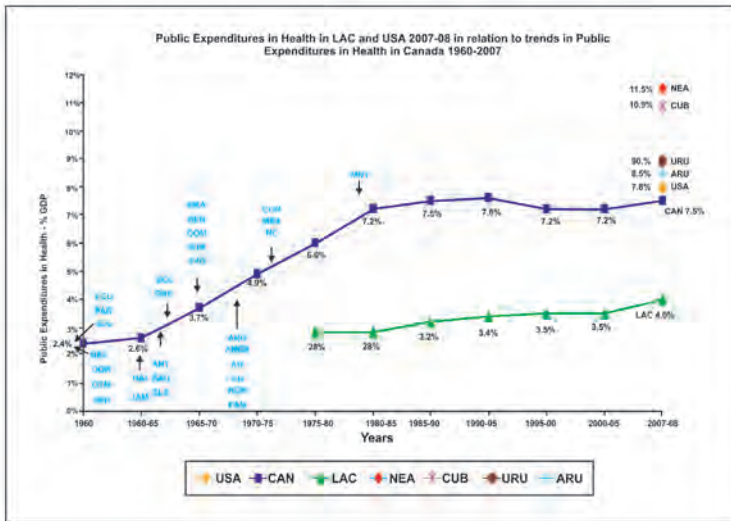


En la grafica 2 el eje horizontal mide el nivel de ingreso per capita y la line azul indica el mayor nivel de esperanza de vida observado en algún país del mundo a ese nivel de ingreso. Esto es el máximo numero de anos de esperanza de vida observada a diferentes niveles de ingreso per capita. Esto datos muestran que la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, incluyendo al Perú, estamos muy por debajo de lo que podemos conseguir en términos de salud para el nivel de desarrollo económico o ingreso per capita. Obtenemos resultados similares en términos de brechas cuando analizamos la tasa de mortalidad materna y la mortalidad infantil. Lo que estas brechas nos dicen es que buena parte de los problemas de salud que estamos observando no se debe a nivel de ingresos del país, se deben al nivel de gasto y formas de organización de los sistemas de salud, a las políticas sociales sobre otros determinantes sociales, y a diferencias entre países en cuanto a las desigualdades en la distribución del ingreso.

Finalmente, ¿dónde estamos los países de América Latina y el Caribe en términos

de gasto público en salud? La gráfica con la cual concluyo esta presentación describe donde se encuentran los países de la región en términos del gasto público en salud como proporción del PIB en relación a la evolución del gasto público de Canadá durante el periodo 1960-2008.

Gráfica 3. El Gasto público en salud en países de las Américas en 2007-2008 en relación a la evaluación del gasto público en salud de Canadá en el periodo 1960-2007; evolución de gasto público promedio de ALC 1975-80, 2007-08 (% del PIB)



La grafica nos indica que en el año 2007-08, el gasto público en salud de los países de ALC representaba alrededor del 4.0% del PIB. También, la gráfica nos indica que en el año 2007-8 el gasto público en salud en los países de la región de las Américas clasificados como de cobertura universal son sustancialmente mayores al 6% del PIB: 7.5% en Canada, 8.5% en Aruba, 10.9% en Cuba; 11.5% en las Antillas Holandesas. Montserrat, Uruguay y los Estados Unidos son los países en los cuales el gasto público en salud se encontraba por encima del 6% del PIB. En la mayoría de los países de America Latina y el Caribe el nivel de gasto público como proporción del PIB se encuentra por debajo de esta proporción.

La información que les he presentado sugiere que la mayoría de los países de la región de America Latina y el Caribe, incluyendo al Perú, estamos muy por debajo de lo que podemos conseguir en términos de salud para el nivel de desarrollo económico o ingreso per cápita alcanzado. Así mismo, el nivel de gasto público en salud del país esta muy por debajo del observado en otros países de la región que tienen mejores resultados de salud y niveles similares de desarrollo económico o de ingreso per cápita. Esto implica que la pobreza o el nivel de ingreso per cápita de

los países no es la principal razón por la cual no obtenemos mejores resultados de salud ni la razón por la cual no estamos gastando lo que se necesita para conseguir la cobertura universal.

En síntesis, recapitulando los principales mensajes o conclusiones de esta presentación: los sistemas nacionales de salud de cobertura universal son sistemas predominantemente públicos organizados como Sistemas Nacionales de Aseguramiento Social en Salud (SNASS) o como Sistemas Nacionales de Servicios de Salud (SNSS); ningún país del mundo ha conseguido SNS de cobertura universal con un gasto público en salud menor al 6% del PIB; la mayoría de países de la región de las Américas están por debajo del nivel de logros en salud y de nivel de gasto público en salud en relación a su nivel de desarrollo o nivel de ingreso. Gracias.

Referencias:

Kutzin, J. (2010). Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition; Observatory Studies Series No. 21; European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization –Europe; Copenhagen, Denmark

OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.

OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.

OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo. El Financiamiento de Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.

OPS (2007). Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud; Washington DC. USA

OPS (2010). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 2010. Organización Panamericana de la Salud; Washington DC. USA

Saltman, R., Reinhard B., Figueras, J. Ed. (2004) Social Health Insurance in Western Europe. Observatory Studies Series. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization –Europe; Copenhagen, Denmark

USA (2009) Affordable Health Care for America Act. The House Committee on Ways and Means, Energy and Commerce, Education and Labor, United States of America Government October 29, 2009.

Thompson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union, Observatory Studies Series No. 17; European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization –Europe; Copenhagen, Denmark

PROTECCIÓN SOCIAL, SOLIDARIDAD Y EQUIDAD

Oscar Cetrángolo¹

Son muchos los factores que tienen que ser considerados para avanzar con las reformas necesarias si se quiere lograr la construcción de sistemas de protección social que aseguren igualdad de derechos. Aquí solo voy a ocuparme de algunos que tienen que ver, básicamente, con cuestiones de equidad vinculadas al financiamiento de los sistemas. No obstante, no puedo dejar de mencionar los peligros derivados de planteos y reflexiones limitados a aspectos parciales de un mapa que es sumamente amplio y complejo. Conscientes de esa limitación, vamos a presentar algunas reflexiones sobre el gasto social, su financiamiento e impactos en América Latina para ayudar a repensar los procesos de reforma desde esta perspectiva.

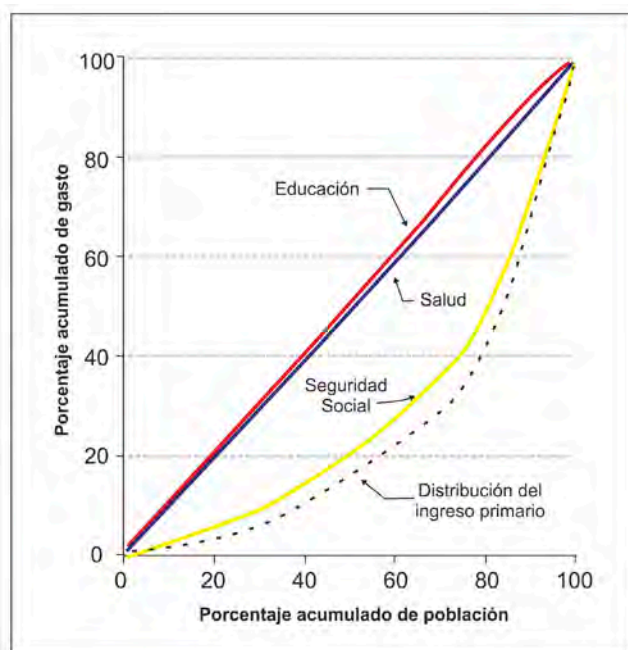
Lo primero que uno observa en la región es que se está gastando cada vez más en funciones redistributivas. Durante los últimos años, de crecimiento del gasto público, la prioridad social dentro del total también se está incrementando. No obstante, debe señalarse que esa prioridad no está puesta en el gasto en salud, precisamente. Por el contrario, los rubros más dinámicos son los destinados al pago de pensiones y asistencia social. Veremos que las dinámicas de estos rubros del gasto social están estrechamente relacionadas. En primer lugar, debe decirse que, en muchos países de América Latina, la emergencia de una profunda crisis de los sistemas de pensiones ha obligado a destinar cada vez más recursos al pago de beneficios contributivos. En segundo término, el mundo del gasto social contributivo (la “vieja seguridad social”) dejó de cubrir las expectativas que tenían nuestras sociedades en materia de cobertura. Las crecientes dificultades provenientes del mercado de trabajo y, en especial, la gran informalidad de nuestras economías han arrojado por la borda las esperanzas de lograr un esquema de protección social amplio y suficiente de base contributiva. En consecuencia, ha sido cada vez más importante la necesidad de destinar recursos de rentas de generales (básicamente impuestos), a cubrir la brecha que estaba dejando el sistema de seguridad social tradicional. Precisamente, aquí quiero hacer hincapié en el impacto que tienen las dificultades en articular beneficios contributivos y no contributivos en la construcción de sistemas de salud equitativos.

¿Cuál es el problema que tienen nuestros viejos programas sociales de tipo contributivo? Además del desempleo, debe considerarse la gran informalidad de nuestras economías. Informalidad que está en el eje de los problemas de los sistemas de seguridad social de salud, ya que determina la insuficiencia de los sistemas basados en el aporte de los trabajadores, por un lado, y las dificultades para cobrar impuestos que financian sistemas financiados con recursos de rentas generales, por el otro. En 2007, Perú presentaba más de 7 dependientes por cada trabajador formal. En consecuencia, la capacidad que tiene la seguridad social tradicional (basada en las contribuciones de los trabajadores formales) para sostener el financiamiento de sis-

¹ Consultor en políticas públicas de CEPAL, Argentina

temas de protección social, ya sea de pensiones y también de salud, son muy bajas. Cuando se analiza el impacto distributivo del gasto social, en base a encuestas de hogares realizadas en un grupo de entre 15 y 18 países, los gráficos que siguen, elaborados por la División de Desarrollo Social de la CEPAL, muestran que el gasto en seguridad social es el menos redistributivo de los gastos sociales. De hecho, basado en esquemas contributivos, reproducen la curva de distribución del ingreso (Lorenz) previa a la seguridad social. Más allá de cuestiones metodológicas que exceden esta presentación, es claro que se trata del gasto social con menor capacidad redistributiva.

Gráfico 1. América Latina (18 países). Distribución del gasto público social según quintiles de ingreso primario. 1997-2004

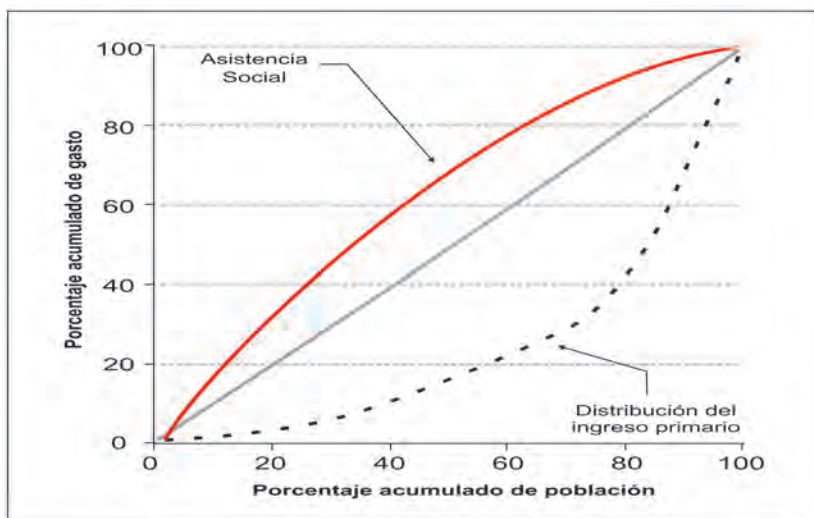


Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2009*, Santiago de Chile.

Como es sabido, el gasto en educación y salud es más redistributivo. En el caso de la educación, el impacto depende del nivel de enseñanza. A su vez, la región está desarrollando importantes programas de asistencia social (básicamente de transferencias de ingresos condicionados) que tratan de cubrir las brechas que deja sin atender la vieja protección social y estos son programas con un altísimo impacto redistributivo. Me refiero a programas al estilo de los desarrollados en México, Bra-

sil, Chile, Argentina. Los países van incorporando nuevos programas que tratan de compensar las dificultades en lograr impactos redistributivos en los viejos programas asistenciales.

Gráfico 2. América Latina (18 países). Distribución del gasto en asistencia social según quintiles de ingreso primario. 1997-2004



Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2009*, Santiago de Chile.

Puestos a analizar las dificultades en mejorar la equidad distributiva de las sociedades de América Latina y construir sistemas de salud que aseguren la igualdad de derechos aparecen una multiplicidad de problemas de diversa índole. En esta oportunidad nos vamos a concentrar en tres marcadas deficiencias que definen importantes desafíos en el financiamiento de las políticas públicas, en especial las de atención de la salud.

En primer lugar, debemos considerar los problemas de equidad que se generan a partir de la existencia de políticas públicas basadas en esquemas duales de financiamiento. Ello determina que existan derechos diferentes entre los que aportan parte de su salario y aquellos que no aportan y recurren a sistemas financiados con impuestos de rentas generales. Teniendo en cuenta que los impuestos son pagados tanto por los que contribuyen como los que no, existe un problema de equidad que lo han resuelto algunos países en Europa eliminando las contribuciones y basando los sistemas exclusivamente en financiamiento con impuesto de renta general. Un caso

a considerar es el de España. Allí, mediante un proceso paulatino y muy planificado, se demoró cerca de una década en resignar el financiamiento para la salud proveniente de cargas sobre la nómina salarial. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que se trata de una economía con una presión tributaria que ronda el 40% del producto, bien lejos de los casos de los casos del promedio de la región. Hay muy pocos países de la región que se acercan al patrón tributario europeo. De hecho, Brasil es el caso más cercano al respecto y, asimismo, es el único país que siguió un camino similar de reforma, con posterioridad a la reforma constitucional de 1988.

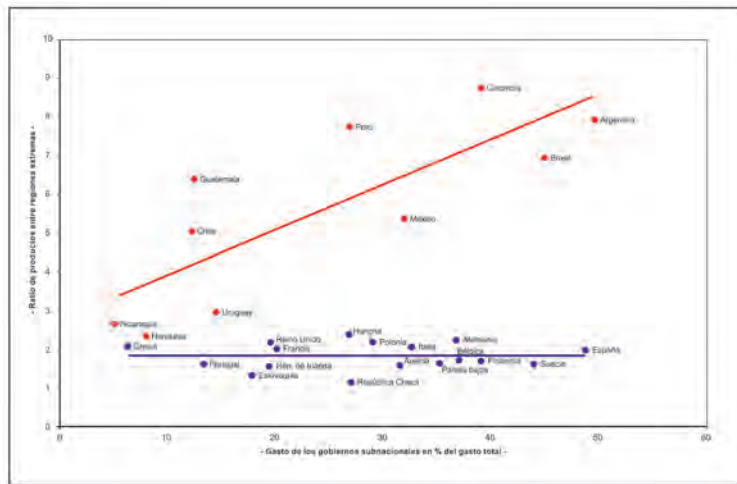
Más allá del citado caso de Brasil, los países del Caribe de tradición sajona y Cuba, en general, predominan en la región los sistemas en donde hay una cobertura universal establecida por la legislación propia de cada país y garantizada (en la medida en que los recursos sean más o menos suficientes) por el sector público. Más allá de ese "piso" universal, se constituyen tres tipos de población con diferentes derechos y cobertura sanitaria. El segmento más rico de la población obtiene el nivel de cobertura que puede pagar con sus propios recursos; los trabajadores que se desempeñan en el mercado de trabajo formal tienen acceso a una cobertura proveniente de los esquemas de seguridad social, y, por último, la población de menores recursos tiene acceso sólo a la salud pública tradicional. En algunos casos (Costa Rica) los segmentos público y seguro social han sido integrados para brindar una misma cobertura, en otros (Colombia y más reciente Uruguay) existen importantes esfuerzos para lograr integrar los sistemas en el mediano plazo. No obstante, en la mayoría de los casos predominan esquemas con alto grado de segmentación.

Los intentos por construir sistemas públicos de cobertura universal y homogénea chocan, en América Latina, con los obstáculos provenientes de una baja presión tributaria, tema sobre el que volveré enseguida. Antes de eso, voy a abordar el segundo rasgo que quiero resaltar aquí y que implica grandes desafíos para la organización de la salud. Toda vez que uno esté pensando en un sistema público de cobertura universal nos debemos preguntar por el grado deseable de descentralización a gobiernos subnacionales.

Lamentablemente, muchas veces, este debate, en lugar de girar alrededor del interrogante de cómo hacer más eficientes los servicios públicos, está dominado por otro tipo de cuestiones. Es el caso del primer gran impulso de la ola descentralizadora en la región durante la década de los años setenta. En ese caso, los procesos estuvieron básicamente impulsados por necesidades fiscales o redefiniciones en las políticas públicas ocurridas durante gobiernos no democráticos (Argentina, Chile y Brasil). Siendo que la descentralización tiene como requisito básico la manifestación de los ciudadanos en sus preferencias para mejorar la provisión pública, en ese período este elemento estuvo totalmente ausente. En cambio, durante la segunda ola de descentralización (de la cual participó Perú), los gobiernos impulsaron estos procesos, como manera de fortalecer las nuevas democracias. Sin embargo, en muchos casos, estos procesos no prestaron la suficiente atención a las diferencias de capacidades entre diferentes regiones, lo que es un problema grave cuando se trata de la provisión de servicios que, como salud y educación públicas, tienen un alto impacto sobre la igualdad de derechos, en este caso a lo largo de los territorios.

En el gráfico 3 se puede observar que, a diferencia de Europa, en América Latina se encuentran países con mayor extensión territorial y desarrollos productivos más desiguales, lo que deriva en la existencia de grandes brechas de desarrollo. En Europa se presenta una gran variedad de niveles de descentralización del gasto público en países cuya brecha de producto por habitante entre las regiones más ricas y más pobres se ubican en niveles muy reducidos (menores a 2,5). En América Latina, en cambio, existen casos donde la relación entre el producto de las región más rica y el de la más pobre supera las siete veces (Perú, Brasil, Colombia, Argentina).

Gráfico 3. Grado de descentralización y relación entre PIB (PPP) per capita más alto y más bajo en cada país

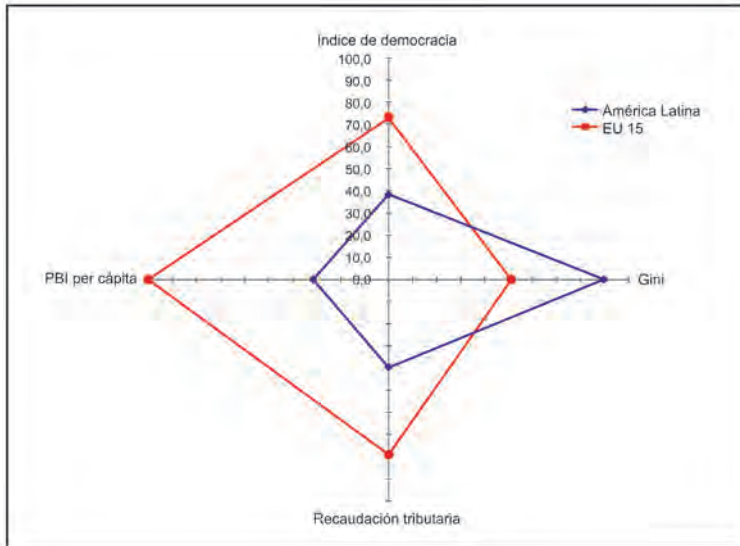


Esto no quiere decir que la descentralización fiscal no sea una buena iniciativa. En todo caso, se debe diferenciar entre lo que significa organizar la provisión pública a lo largo de territorios extensos y hacer que cada región financie con sus propios productos los servicios sociales que tiene que proveer. En consecuencia, se debe evitar que la descentralización implique un descuido o desfinanciamiento de los gobiernos centrales para seguir objetivos de cohesión social, así como para mantener los niveles de cobertura homogénea a lo largo de todo su territorio. Debe existir algún mecanismo compensador y coordinador de políticas. Ello, lamentablemente, suele ser una demanda adicional de recursos, lo que nos lleva a hablar del tercer desafío: la necesidad de incrementar la carga tributaria en América Latina.

En el gráfico 4 se puede observar que las diferencias que, en promedio, se presentan entre los indicadores de desarrollo económico (Producto por habitante), distributivos (Coeficiente de Gini) y políticos (índice de democracia del Freedom House) tienen su correlato en una mucho más elevada presión tributaria en Europa que en América Latina. Sabiendo que ésta es la región más desigual del planeta, la debili-

dad de los sistemas tributarios de la región deriva en la escasez de financiamiento para las políticas públicas que se requieren para revertir la situación.

Gráfico 4. Desarrollo y carga tributaria en América Latina y Europa



Ciertamente, hay una discusión si la desigualdad es la causa de que recaudemos pocos impuestos o consecuencia de la escasez de financiamiento para mejorar la equidad. Lo cierto es que tenemos los dos problemas simultáneamente y esto es uno de los principales desafíos que enfrentan los países de la región en el tema que aquí nos ocupa.

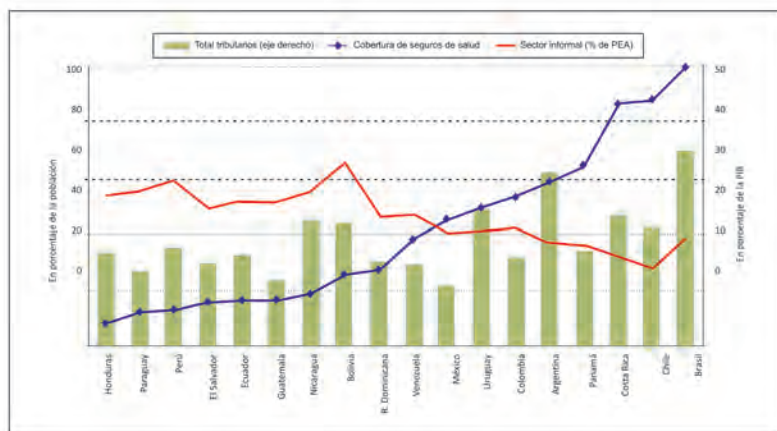
Además de las diferencias de nivel de recaudación (Europa tiene una carga tributaria que duplica la de América Latina) existen importantes diferencias en la composición de esa carga. En primer lugar, existe una significativa diferencia en las cargas sobre el salario, derivada, principalmente, de las diferencias en los desarrollos de los propios sistemas de seguridad social. Más allá de ello, la mayor dificultad de los sistemas tributarios de América Latina está concentrada en los tributos que, precisamente, tienen un mayor impacto distributivo. Los países de América Latina tienen muy pocos recursos tributarios provenientes de los impuestos sobre la propiedad y recaudan montos insignificantes de impuestos sobre las rentas de las personas físicas, en comparación con Europa. En la Unión Europea la recaudación del impuesto a las rentas de las empresas es algo superior a 3% del producto y se obtiene un 10% adicional del correspondiente a las personas jurídicas, alcanzando una recaudación total del impuesto a la renta de más de 13 puntos del producto. En América Latina, por su parte, la recaudación del impuesto a sociedades es algo menor 2,8 (no esta-

mos tan lejos de Europa), pero el correspondiente a las personas físicas no alcanza, en promedio, el 2% del producto. Aquí se encuentra la parte sustantiva de la brecha entre las dos regiones.

Como dije anteriormente, un tema de suma relevancia al respecto se relaciona con la elevada informalidad de nuestras economías. En materia de políticas sociales, debemos discutir cómo hacer para cubrir a los no formales, pero, simultáneamente, se trata de economías donde la informalidad hace que no podamos cobrar la magnitud de los tributos que se requieren. Es un círculo vicioso que tienen que romper los países de la región. Las estimaciones de evasión al impuesto al valor agregado rondan alrededor del 30%, y en el impuesto a la renta hemos hecho en CEPAL diversas estimaciones en varios países de la región durante los últimos dos años que arrojan niveles más elevados que en el IVA, alrededor del 50 %.

En el gráfico 5 se relaciona información de informalidad de la economía, recaudación tributaria y cobertura de seguros de salud. Allí puede observarse que la cobertura de seguros de salud de los países de América Latina es cada vez más alta cuanto más baja sea la participación del sector informal de la economía. Adicionalmente, como era de esperar, esa cobertura sigue, en términos generales, la tendencia observada en la presión tributaria. Brasil y Argentina son los únicos casos que tienen la presión tributaria superior al 30% que aún sigue siendo muy lejos de lo que uno espera que sean necesario para la cantidad de servicios que se debe cubrir.

Gráfico 5. Cobertura de seguros de salud, informalidad y presión tributaria en América Latina



Como reflexión final diría que si se pretende lograr sistemas de salud más equitativos es obvio que se tiene que luchar para evitar la fragmentación, igualar las coberturas y, como se explicó, difícilmente se alcancen logros significativos al respecto si

no se aumenta de manera sustantiva el nivel de carga tributaria. Los desafíos que aquí hemos señalado, que no son los únicos ni necesariamente los más importantes, difícilmente puedan ser enfrentados de manera rápida e instantánea. No creo que existan soluciones mágicas para problemas que requieren un importante debate y reconstrucción institucional. En cambio, prefiero pensar en modificaciones paulatinas que sigan un sendero de reformas orientado hacia la construcción de sistemas más igualitarios. Ese sendero, por otra parte no es único y de validez universal. Cada país tiene un punto de partida diferente y deberá discutir la mejor manera de encarar las reformas necesarias.

ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Rafael Urriola¹

Esta exposición intenta recoger las opiniones acerca de las características de los sistemas de salud en cuanto a sus mecanismos de aseguramiento. Cabe destacar que en este aspecto los países estamos en permanentes reformas. Ustedes vayan al país que vayan y pregunten por la salud y se nos dirá que se está en un proceso de reforma.

Lo curioso es que estas discusiones y estos cambios oscilan según el país que se trate. Algunos quieren incorporar mecanismos que otros están descartando, lo cual aumenta las confusiones. Creo que la intención de hacer este foro es tratar de reducir el costo de las confusiones y eso es muy útil.

Mi intervención se planteó en el marco de la administración de fondos de aseguramiento más que una explicación circunscrita a lo que son los fondos de aseguramiento en Chile. Entonces se privilegiarán los temas de discusión que puedan interesar a quienes asumen o asumirán la dirección de tales fondos.

¿Cuales serían las cosas relevantes que se pueden sugerir?. Vamos a plantearlo en tres ámbitos: lo primero, el marco conceptual, es decir, el enfoque sobre la base del cual se diseña una carta de navegación para la protección social en salud; lo segundo, el marco operativo, es decir, cómo se operativiza o transforman en criterios o indicadores medibles los principios que presiden a los objetivos de salud tales como solidaridad, equidad, etc.; y, el tercer punto es el de la protección financiera que –aunque ya ha sido abordado por otros expositores- me parece necesario hacer algunos alcances.

Entonces, en cuanto al marco conceptual es necesario elegir, es decir, la autoridad debe disponer de una carta de navegación, un marco de planificación estratégica en el cual se define la misión, la visión y los objetivos estratégicos de la institución. Ciertamente que es necesaria alguna flexibilidad para cambiar o precisar objetivos pero tiene que existir un marco general, cualquiera que éste sea. Lo que me parece importante y que, en particular se definió en Chile, es la necesidad de colocar una línea estratégica matriz y a eso se le llamó protección social. Por cierto la protección social no se inventó en Chile. Esta es una discusión muy antigua, pero se ha ido perfeccionando y aclarando el concepto de protección social en el marco de la salud. Quizá en los últimos 10 años se ha avanzado de manera importante a partir de una definición de la OPS-OMS de 2002:

“es la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas o necesidades

¹Ex Jefe Departamento Planeamiento Institucional, FONASA - Chile

de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo".

Entonces, el consenso básico en la oferta (organización y distribución) de servicios de salud, de acuerdo con el principio de la seguridad social en salud es que es necesario recaudar y distribuir con eficiencia- Probablemente no haya nadie que diga no estar de acuerdo con esto, pero luego empiezan las diferencias entre los distintos grupos. Unos ponen el énfasis en la recaudación, pero suelen olvidar que en la propia recaudación ya hay conceptos de equidad y que, en la distribución, hay que incluir también conceptos de eficiencia.

Entonces, hay que especificar el concepto de protección social. Es muy importante destacar que la idea de protección social está directamente relacionado con lo que hace el sector público, es decir, se excluye de la protección social las actividades privadas que -aun siendo imprescindibles en algunos momentos y para algunas personas- no constituyen protección social sino asistencialismo. Es muy importante tener claro el rol del sector público en el concepto y, por tanto, en el camino que se nos está exigiendo en este caso. En segundo lugar, no basta con tener acceso a los servicios de salud, sino también debe evaluarse las condiciones de calidad, oportunidad y dignidad en las cuales se reciben tales prestaciones.

Si relacionamos la definición general con lo que pudiese ser la misión de un fondo y/o seguro público o de la seguridad social, ya estamos colocando condiciones necesarias a cumplir y, por lo tanto, estamos dibujando las metas que se pretende lograr y los caminos para avanzar.

Todo esto pasa en un cierto marco político de conceptualización socio económico de la sociedad; es decir, cuando planteamos el concepto de protección social en salud, tenemos que comprender que estamos hablando de un blanco móvil, es decir, hay constantes cambios en las necesidades y demandas de la población por servicios de salud: estos son los cambios epidemiológicos, demográficos y de innovación tecnológica.

En esta planificación debe considerarse al menos tres áreas: la primera, que ya hace tiempo dejó de ser un problema secundario, es que los costos de la salud van a aumentar en todas partes y aumentan en relación directa con los ingresos de las personas. En términos de países también aumentan los gastos por el desarrollo mismo de la tecnología, es decir, de la oferta para resolver problemas de salud. Entonces no puede negarse el impacto económico que tiene la solución de los problemas de la salud.

En la vieja tradición médica de los años 50 la parte económica era ajena; incluso era molesto introducir temas económicos en los temas de Salud. Sin embargo, alguien tiene que pagar y esto hoy día no podemos soslayarlo: la salud aumenta, en promedio, más que el resto de lo que gastan las personas en otros rubros y esto es común en todos los países. En Perú, por ejemplo, considerando el crecimiento económico

reciente, es probable que también aumentará la demanda por servicios de salud. Este crecimiento de los gastos de salud es un viejo problema que proviene a nivel mundial ya desde los años 70 e inquieta muy severamente a los países desarrollados. De hecho, hay varios Premios Nobeles de Economía recientes, que han abordado el tema de la salud.

¿Pero la economía puede soportar este incremento de los gastos de salud? Si. Lo que quiero decir es que se puede llegar a gastar mucho porque todo depende de cuánto está creciendo el conjunto del producto Interno. Por lo tanto, el problema no es cuánto se va a gastar, sino el cómo se va a gastar.

Pero además tenemos un contexto especial. Estamos hablando de un problema de salud y de un problema económico pero, sin embargo, en su aspecto económico es un mercado bastante especial. En efecto, tenemos asimetría de actores que se expresa en que de una parte hay consumidores o pacientes, que no están suficientemente informados. Asimismo, los prestadores cada vez tienen más poderes y eso está generando enormes problemas por lo que se ha llamado demanda inducida.

El mercado de la salud no es un mercado que pueda ser tratado por reglas normales de la economía en términos de ofertas y demandas y de competencia perfecta; por el contrario, nos estamos refiriendo a un mercado que dista mucho de ser perfecto y eso significa que es mucho más importante el rol de las entidades reguladoras y de las administradoras de fondos que ocupan a este artículo. En general se acepta que en la salud se presentan condiciones especiales como:

- Consumidores (pacientes) mal informados
- Resultados clínicos suelen ser (producto) inciertos
- Prestadores (Oferentes) con poder asimétrico
- A menudo la oferta de servicios es cuasi monopólica
- Los costos (o riesgos) pueden ser compartidos
- Bienes públicos sectoriales (investigación, enseñanza)

Objetivos de eficacia o rentabilidad mercantiles no son similares a los de equidad y solidaridad.

La conclusión que se desprende del hecho de que estos mercados sean tan poco perfectos es que es necesario reforzar el rol de la autoridad sanitaria y económica a través de las regulaciones.

Pero además de los viejos problemas hay otros nuevos como los cambios epidemiológicos. Por ejemplo, la obesidad ya alcanza al 12% de los gastos de salud en EE.UU. ¿Cuántos son los gastos –directos e indirectos- que provocan las enfermedades mentales?. Hay muchos cambios que hay que tomar en cuenta con tanta anticipación como sea posible. Es necesario saber también cómo vamos preparando el cambio para que esos recursos se vayan también organizando o dando señales para que la

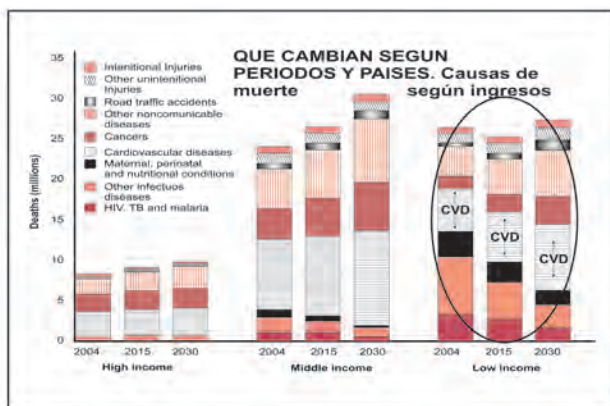
oferta, ya sea pública o privada, corresponda a las necesidades de los nuevos problemas que existen y que se expresan en una demanda renovada.

El caso del cambio técnico o de la innovación tecnológica es de máxima importancia. Una de las cosas más relevantes es que hoy día no puede dejarse al mercado actuar en términos de oferta sin discutir el impacto sobre costo-efectividad y presupuesto. En efecto, el seguro público debe elegir y disponer de mecanismos transparentes que le permitan definir la aceptación y ampliación de la cobertura que eventualmente representen las innovaciones que ofrece la industria privada.

El caso de los medicamentos es muy ilustrativo. Hay estudios que muestran que una proporción no menor de las publicaciones para fomentar o demostrar las virtudes de un medicamento, realizadas sólo en revistas especializadas, han comprobado posteriormente distintos problemas con respecto a los resultados reales de aquellos medicamentos. Se ha verificado que esto está relacionado con las formas de presentar las investigaciones de tal modo que den los resultados que prefiere la industria farmacéutica. Cabe notar que, por lo demás, las farmacéuticas están transformadas en la industria más importante a nivel mundial, incluso superando a la industria del armamento.

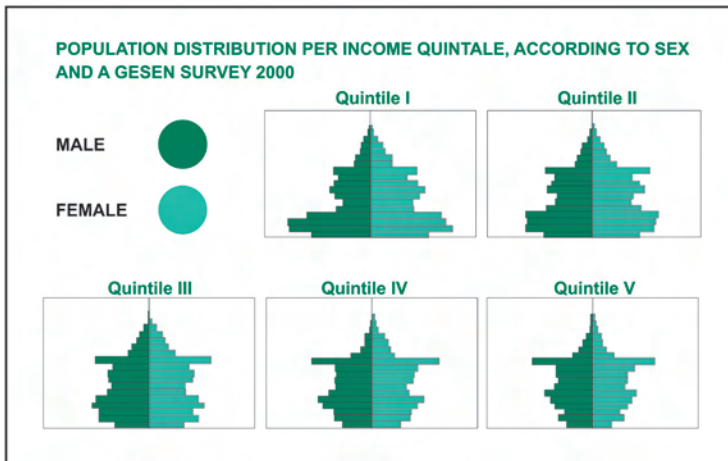
En consecuencia, el cambio técnico no puede considerarse como algo neutro puesto que presiona e influye sobre las decisiones de las autoridades de los fondos de salud (sean éstas el Ministerio de Salud o las aseguradoras) con respecto a lo que ingresa al perímetro de cobertura de la seguridad social. De otra parte, hay una demanda inducida, que se comentó en el caso de los medicamentos, pero también esa demanda inducida puede provenir de los propios prestadores, especialmente cuando están separadas las funciones de prestaciones y de aseguramiento, o en las que los mecanismos de pago dejan todos los riesgos en manos de los aseguradores.

Pero además, los problemas de salud van cambiando según los tiempos y según los países, es decir, las prevalencias de las enfermedades son distintas como se observa en el gráfico siguiente.



Este cuadro da cuenta de las modificaciones en las prevalencias de enfermedades en distintos tipos de países. Pero la administración de los fondos debe tomar en cuenta que los países no son homogéneos. Un ejemplo central es la forma que toma la estructura poblacional de los países cuando avanzan en desarrollo relativo.

Si se reproduce la curva de la famosa pirámide poblacional comparando países de menor desarrollo con los de mayor desarrollo las formas son idénticas a las estructuras poblacionales internas de los países cuando se dibujan las pirámides por quintil de ingreso como se observa en el gráfico siguiente para Chile.



El primer quintil tiene la forma probablemente que el país tenía hace 30 años; en cambio el quinto quintil -me refiero a Chile, pero hagan el ejercicio acá en Perú- tiene la forma de un país europeo. Es decir, este cambio que se observa entre los países también está pasando al interior del país según los niveles de pobreza de acuerdo a la heterogeneidad estructural socio-económica que prima en nuestras naciones. Esto es muy importante para efectos de la política pública.

El segundo punto de utilidad para la gestión tenía que ver con la dimensión operativa. Lo que se desarrolló en los últimos 6 ó 7 años en el FONASA de Chile fueron tres principales dimensiones operativas para poder examinar la protección social y, por lo tanto, establecer un mecanismo de evaluación de los avances en la protección social. No existe la protección social como un punto de llegada. Siempre se la puede mejorar y siempre habrá déficit, porque la protección social total sería que todos tienen todo lo mejor del momento y eso, obviamente, significaría que los recursos son infinitos. Como no es así, siempre habrá cosas que no son posibles de lograr.

Se ha desarrollado el concepto y un sistema de indicadores a través de tres o

cuatro dimensiones principales:

- Cobertura Horizontal: la proporción de la población que tiene cobertura de la seguridad social en salud;
- Cobertura Vertical: a qué prestaciones tienen derecho efectivo, oportuno y razonablemente garantizado tales afiliados; y,
- Cobertura de Protección Financiera: en qué medida los gastos totales o complementarios en salud no exacerban la desigualdad en ingresos o estados de salud.

La segunda dimensión que especifica la protección vertical plantea la diferencia entre el acceso formal y el acceso real a las prestaciones. El hecho de tener una tarjeta o carné de afiliación no se refiere a las prestaciones a las cuales las personas tienen derecho real de manera relativamente universal.

Y la tercera dimensión tiene que ver con la cobertura o protección financiera y se trata de dilucidar cuánto de esas prestaciones son cubiertas por la seguridad social y cuánto pago tienen que hacer las personas de manera directa (los gastos de bolsillo).

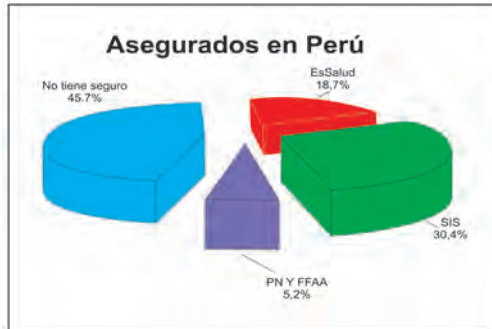
Una cuarta dimensión que es la satisfacción de usuario no debemos perderla de vista, pero todavía no la hemos trabajado suficientemente en este sistema. La satisfacción con respecto al servicio brindado tiene que ser considerada de manera primordial por el usuario o ciudadano. Este debe ser capaz de opinar acerca de lo que hacen los seguros y proveedores públicos y éstos deben desarrollar los mecanismos, técnicas y procedimientos para evaluar lo que el ciudadano está pensando de lo que se les ofrece. Por lo tanto, esa debe ser una dimensión importante de la protección social.

En este campo hemos avanzado construyendo indicadores. Los indicadores son medidas sucintas que intentan describir un sistema con los menos aspectos posibles. Nos ayudan a comprender un sistema, compararlo y mejorarlo.

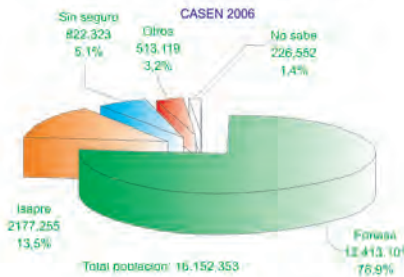
Sus roles claves son: 1. Comprender como funciona el sistema y cómo puede ser mejorado; 2. Evaluar desempeño: monitoreando y seguimiento de cómo se comporta el sistema en relación a estándares acordados; y, 3. Dar cuenta (accountability): nos permite a los funcionarios, los usuarios, el gobierno y los contribuyentes tener información de lo que se hace con los recursos destinados a la organización.

Si no somos capaces de colocar indicadores objetivos que permitan saber cómo se está moviendo el sistema hacia una mayor protección social, evidentemente, no podemos hacer una evaluación de las políticas. Lo que no se puede medir no se puede evaluar, lo que no se puede evaluar no se puede cambiar ni mejorar. Esto es gestión y es imprescindible que estos conceptos tengan indicadores que muestren esencialmente hacia dónde queremos llegar. Necesitamos tener indicadores para poder mejorar la gestión.

Entonces, en el caso de la protección horizontal están quiénes tienen seguro, la cobertura formal, pero también tenemos que ser capaces de ver cuál es la cobertura efectiva.



Cobertura Sistema previsional en Chile



PROTECCION HORIZONTAL EN SALUD



En realidad es muy importante no solo saber desde el punto de vista de los gestores de seguro quienes tienen derecho formal, sino saber cuáles son las restricciones que existen para poder acceder de manera real. En este caso hay una exclusión económica de las personas que no disponen de dinero y por eso no pudieron seguir un tratamiento, etc., las personas que no tienen tiempo que tienen que ver con restricciones de tipo administrativo y las personas que les cuesta llegar lo que identifica restricciones de tipo geográfico. El gráfico siguiente muestra la proporción de personas que manifestando problemas de salud no pudieron acceder por alguna de las razones de exclusión mencionadas.



Los sistemas de salud, por ejemplo en Cataluña, establecen que cualquier persona que demora más de media hora, de manera normal en llegar al lugar de atención tiene un grado de exclusión de salud. Eso significa entonces que en la construcción de las políticas hay que tomar en cuenta los niveles reales de exclusión.

Lo que llamamos protección vertical merece toda una discusión y que yo intencionalmente no lo voy a desarrollar por falta de tiempo aunque el enunciado es el siguiente:

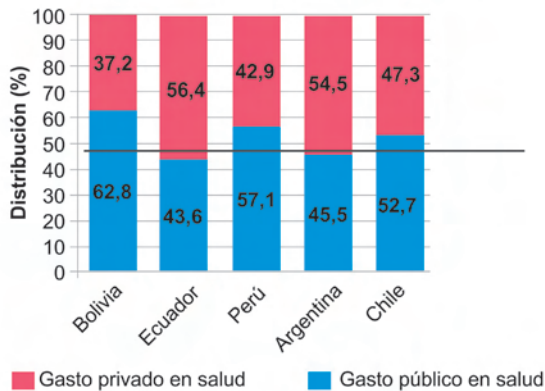
Es importante saber que hay una gradiente entre el tener un plan de salud y que ese plan de salud sea garantizado. Es decir, se puede tener un derecho, sin que ese derecho sea explicitado y sin que se tenga tampoco una protección financiera adecuada. En el caso de los planes de salud, se explicita el concepto de derecho garantizado a la protección social de manera concreta y eso es algo que merece una discusión específica, pero que, como dije, no corresponde a esta ponencia.

En la protección financiera creo que hay varios niveles. Tenemos distintas formas

de distribución que corresponde a las estrategias que desarrolla la seguridad social para comprar los servicios de salud que necesitan sus afiliados. Esto incluye la posibilidad de distribuir los pagos entre el seguro y el paciente o su familia. Específicamente, habrá protección financiera si en el caso de tener algún evento de salud éste no conduzca a la persona hacia la pobreza a causa de los pagos en que haya incurrido. Ese es el criterio principal. Las personas que tienen menos recursos arriesgan más en el caso de tener que solventar con sus propios recursos la prestación.

En términos de políticas generales que le corresponden a los fondos de aseguramiento, hay que saber cómo podemos reducir los gastos de bolsillo y cuáles son los posibles impactos de no reducirlos.

¿Cómo se distribuye el gasto en salud?



En América Latina con más de 40% de los gastos de salud asumidos por los hogares estamos, todavía, en un nivel alejado del nivel de los países desarrollados. En la Unión Europea estos gastos son inferiores al 20% probablemente, ese nivel debe ser la aspiración de nuestros países para plantear en los lineamientos estratégicos. En el caso de Chile, como se observa en el gráfico el gasto privado es incluso superior al de Perú en términos de los gastos de bolsillo.

Cabe destacar que la reforma de salud de Chile de 2005 incorpora mayor cobertura en medicamentos. Así, han bajado los gastos de las personas en términos generales por la incorporación de los medicamentos. No obstante, la cobertura de medicamentos y políticas eficientes para modular estos costos constituyen uno de los grandes problemas sin solución que tenemos, prácticamente, todos los sistemas de salud de la Región.

Tal como se dijo no por mucho gastar se vive más. Es decir, la esperanza de vida es

similar hoy en día, entre varios países que gastan proporciones del presupuesto y valores completamente diferentes como Estados Unidos, Chile y Japón. Una última cosa es que el sector público es crucial para resolver problemas de salud. La verdad es que los resultados de salud están positivamente asociados con la proporción del gasto público, es decir, el hecho de defender el peso que tenga el sector público en la salud no es un capricho sino hay resultados y estudios muy recientes que repaldan esta afirmación.

FONDO NACIONAL DE SALUD PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL: LA EXPERIENCIA DE URUGUAY

Dr. Miguel Fernández Galeano¹

Buenos tardes a todos y a todas.

En primer lugar quiero expresar mi profundo agradecimiento al Ministerio de Salud de Perú por el inmenso honor y la gran responsabilidad que supone para nosotros participar de este importante evento de intercambio de experiencias sobre las transformaciones en los sistemas y servicios de atención a la salud y que constituyen instancias para la reafirmación del compromiso con la salud pública y en continuar trabajando para garantizar los derechos sociales de nuestros pueblos hermanos de Latinoamérica.

Cuando nos proponemos analizar la experiencia reciente de Uruguay en sus avances hacia el Aseguramiento Universal en Salud, tenemos que intentar ubicarla en el marco de la profunda reforma estructural del Sistema de Salud que se viene implementando en el país desde Enero de 2008.

Asimismo resulta necesario situar dichos cambios en el contexto particular de algunos indicadores que nos permiten caracterizar en grandes trazos a este pequeño país ubicado entre los dos países más grandes de América de Sur: Argentina y Brasil.

En efecto, Uruguay con sus 176.000 Km² y 3.336.000 habitantes es el país más pequeño y menos poblado de esta sub-región de las Américas.

Se trata por cierto, de un país altamente urbanizado donde un 94% de población se radica en ciudades y pueblos y donde más del 40% de la misma vive en Montevideo, lo que configura una marcada macrocefalia capitalina.

Uruguay posee una estructura demográfica que puede ser asimilable a la de los países desarrollados con un 13.5% de la población con 65 y más años y un 28% en el rango etario de 0 a 18 años.

Por su parte registra una tasa de mortalidad infantil que descendió del 13.5 por mil en el año 2006 a 9.6 por mil en el 2009, lo que sin duda debe ser visto a la luz de las políticas públicas y de salud promovida desde la instalación del gobierno del Dr. Tabaré Vázquez a partir del año 2005.

Si bien aún persisten niveles significativos de pobreza e indigencia o pobreza extrema, el Índice de Desarrollo Humano de 0.865 (2009) alcanza un lugar destacado dentro de la Región, así como el valor promedio de la esperanza de vida al nacer de 76 años.

¹Ex-Vice Ministro de Salud Pública de Uruguay (2005-2010)
Consultor OPS- OMS en Uruguay.

Uruguay tenía una renta per cápita de 9.200 dólares en el 2008 y si se consideran un conjunto de indicadores macroeconómicos y sociales se verifica un crecimiento exponencial de la economía, factor este fundamental para la propia viabilidad política y sostenibilidad de la Reforma Sanitaria y para las posibilidades reales de ampliación y profundización de la protección social universal a través del Fondo Público Obligatorio o Fondo Nacional de Salud (FONASA) que aparece como una de las concreciones más tangibles dentro de los cambios implementados en la pasada administración de gobierno.

La reforma de salud se da en el marco de profundas transformaciones estructurales en lo económico y lo social. En efecto, la reforma del sistema de salud fue un componente sustantivo del Plan de Equidad puesto en marcha en el primer gobierno del Frente Amplio, que se extendió durante cinco años desde marzo de 2005 a marzo de 2010.

El nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como expresión política y orgánica de la reforma sanitaria se concibió e implementó fuerte y armónicamente articulado en sinergia con otros cambios estructurales en lo económico y en lo social: las Reformas del Estado, Tributaria, Educativa y Laboral.

En forma complementaria al inicio de estos cambios de fondo, se impulsaron respuestas inmediatas a la emergencia social que priorizaron a la población más vulnerable constituyendo una Red Integral de Proyección Social que, entre otras herramientas, recurrió a transferencias no contributivas condicionadas, al cumplimiento de obligaciones en materia de salud y educación (salario ciudadano y asignaciones familiares para familias con niños y niñas en situación de pobreza e indigencia), al otorgamiento de una tarjeta alimentaria para cubrir las necesidades nutricionales básicas, a la promoción del trabajo juvenil y de las mujeres y un proceso exitoso de universalización de la educación inicial y física para colectivos significativos del conjunto de la población, especialmente aquella en condiciones de vulnerabilidad social o en riesgo de entrar en ella.

Es muy difícil pensar en reformas sanitarias exitosas en el contexto de reformas parciales. Los cambios del sistema de salud uruguayo se pensaron y acompañaron con una reforma tributaria importante que expresó una vocación política de redistribución del ingreso a la renta de las personas físicas muy importante. Es fundamental la combinación del proyecto estratégico de justicia social con la equidad y el desarrollo sostenible y con la necesidad de responder a la emergencia y trabajar la protección social orientada a los sectores más vulnerables de la población.

Dentro de los ***cráterios comunes de la reforma social tenemos el carácter universal del acceso a las políticas, el aporte de los beneficiarios según su ingreso y la recepción de los beneficios según sus necesidades.*** Este criterio es uno de los más importantes por constituir la esencia y el núcleo central de un proyecto social basado en la solidaridad. Se trata de concretar la idea de que se aporta de acuerdo a lo que se tiene para aportar y se recibe de acuerdo a lo que se necesita y esta incorporado dentro de los derechos exigibles para todos los ciudadanos sin aceptar

ningún tipo de distinción o restricción.

Es importante destacar que esta mirada de las políticas sociales es absolutamente posible llevarla a la práctica aún en el marco de países con economías de mercado como Uruguay.

Otro aspecto relevante e imprescindible para el desarrollo es el **incremento del gasto público social** para complementar con recursos fiscales generales los aportes contributivos de los individuos a su protección social, aquí tiene que existir un compromiso político firme y claro de apostar al crecimiento del presupuesto público, lo que en caso de Uruguay se tradujo en un presupuesto para políticas sociales y de salud verdaderamente histórico. No hay, no es posible, un auténtico sistema de protección social sin un Estado dispuesto a invertir seria y permanentemente en el desarrollo.

Finalmente otro criterio de las políticas sociales es la **priorización de intervenciones, programas y planes orientados a cubrir necesidades y derechos de los niños y jóvenes**. En un país donde los niños, niñas y adolescentes nacen y crecen en hogares en situación de vulnerabilidad social en ese proceso perverso de reproducción biológica, social e intergeneracional de la pobreza, la exclusión y la segregación socio espacial de amplios sectores de la sociedad resulta política y éticamente inexcusable brindarle prioridad a estos sectores porque son el proyecto de país, porque son los que están en condiciones de garantizar el desarrollo del país. En clave de desarrollo no se trata de definir que país le vamos a dejar a nuestros niños sino de que niñas y niños le dejamos al país.

En suma, la administración de gobierno del Frente Amplio (2005-2010) le dio una gran prioridad a las políticas sociales, se entiende que el mercado no resuelve por se la provisión de bienes y servicios sociales. Asimismo se parte del concepto de que las políticas sociales no están subordinadas a las políticas económicas y es necesario de que los gobiernos asuman y se hagan cargo de una deuda acumulada, para lo cual es necesario invertir fuertemente en capital humano y la participación y la descentralización se inscriben en la perspectiva de la conquista protagónica de los derechos ciudadanos.

Si vamos a describir y evaluar los alcances de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay, tenemos que ser cautelosos y evitar la tentación de hacer traslaciones mecánicas. Evitar toda posibilidad de presentar “recetas” con formulas magistrales que nos dicen como cambiar modelos y estructuras para establecer la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud con independencia de sus características, de su historia y de su realidad actual. Corresponde entonces que nos preguntemos: **¿qué podemos aprender de las Reformas de los Sistemas de Salud en nuestros países?**

En sentido compartimos plenamente una afirmación que hacía J H Brotherston en 1982: *“No existen esquemas preestablecidos para el diseño de servicios de salud. No son exportables. Un servicio de salud es el resultado de la ciencia y la tecnología,*

con la cultura, la tradición y los hechos históricos que son inherentes al patrimonio de cada país y con un proceso de cambio político y social que facilita su desarrollo". Ciertamente es posible y también necesario compartir valores, estrategias y conceptos herramientas para concretar los cambios, pero debemos evitar toda simplificación y facilismo cuando analizamos las posibilidades de cada país con su propia realidad, sus puntos de partida y sus acumulaciones, sus debilidades y sus muchas veces profundas distorsiones e injusticias.

Ya en el año 2002, la Conferencia Sanitaria Panamericana establecía la necesidad de: *"Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades"*.

No fue necesaria la voluntad política de un gobierno progresista como lo tenía Uruguay para que al alto nivel internacional los países definieran explícitamente este enfoque particular y a la vez radical de la protección social en salud.

Más cerca en el tiempo y desde sus propias responsabilidades de gobierno, el Dr. Tabaré Vázquez, Presidente de Uruguay entre 2005 y el 2010, *afirmaba en el año 2006: "La meta que nos proponemos es que todos los uruguayos puedan recibir una atención integral en salud, todos los uruguayos, mediante un sistema nacional, público y privado sin fines de lucro y financiado por un Fondo Público Obligatorio donde pague más el que tiene más y menos el que tiene menos"*.

Se trata de concebir a la Salud como un derecho humano esencial, como un bien público y a la vez ubicarlo explícitamente, como una responsabilidad de Estado y de Gobierno. Si sabemos a donde queremos ir, podemos empezar a construir una perspectiva viable en lo social, en lo sanitario y asistencial para los sistemas de salud.

Los desafíos que teníamos antes de la reforma eran los problemas de equidad, problemas de calidad e integralidad y problemas de falta de sostenibilidad institucional a mediano y largo plazo. Estos son los tres problemas compartidos en los sistemas y servicios de salud de todos nuestros países.

Los **desafíos para la reforma**, en el año 2004, cuando se produjo el cambio de gobierno, se pueden agrupar sumariamente en los tres aspectos antes mencionados:

Por un lado la profunda **inequidad** que se manifestaba en diferentes planos: en el aporte de los usuarios, en el gasto, acceso y calidad de la asistencia, en los salarios médicos y no médicos, en las posibilidades de cobertura y uso entre de los servicios de salud de Montevideo y del interior del país y muy especialmente en los resultados sanitarios desiguales que registraba Uruguay y que en muchos indicadores aún persisten y solo se superaran en el largo plazo con la consolidación de un proyecto nacional de desarrollo orientado claramente a la consecución de la justicia social .

Por otro lado, se partía de serios problemas en la **calidad e integralidad de la atención**, con una gestión ineficaz e ineficiente, con resolutivez baja y una calidad asistencial discutida y heterogénea, todo lo cual redundaba en la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Todo esto se gestaba en un contexto de **falta de sostenibilidad institucional del sistema y los servicios a mediano y largo plazo**, con una vulnerabilidad de los servicios tanto públicos como privados y una gran debilidad en el ejercicio de la rectoría y en el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública. Lo que a la vez se traducía en una notoria permisividad de la política pública, con la ausencia y/o incumplimiento de reglas y de controles del Estado respecto de bienes y servicios públicos esenciales como lo son las prestaciones básicas obligatorias y exigibles de asistencia sanitaria homogénea, oportuna, suficiente y de calidad para todos los ciudadanos.

Se puede afirmar que en el año 2004 el sistema de salud asistía a una auténtica crisis estructural sistémica. La atención de la salud estaba realmente expuesta al riesgo de colapso.

Partiendo de una visión marcadamente economicista de la atención en salud y de la organización de la provisión de los servicios sanitarios, con hegemonía y predominio del Ministerio de Economía sobre el Ministerio de Salud en la conducción y orientación de las políticas públicas de salud.

Con una importante y manifiesta **segmentación social en la cobertura, y la fragmentación y duplicación** de los servicios que expresó asimismo en una fuerte mercantilización del sector salud con todas las consecuencias en materia de inequidad, ineficacia e ineficiencia a la esta conlleva en forma inexorable.

El sistema se caracterizaba por la hegemonía del modelo asistencialista-curativo, por la falta de continuidad y longitudinalidad de la atención con ausencia o debilitamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, por la incorporación irracional sin evaluación de la eficacia y costo efectividad de la tecnología y los medicamentos y con gran peso e influencia del complejo médico-industrial en la toma de las decisiones y en el control del mercado de la salud. Se asiste de este modo a una tendencia marcada a la medicina hiper-especializada; donde se produce un modelo de gestión sumamente ineficiente, sin evaluación y rendición de cuentas de los dineros públicos que se invierten en la producción de salud lo que se expresa también en la insatisfacción de las necesidades y legítimas expectativas de los usuarios.

En suma, al decir de J. Habermas, el sistema de salud uruguayo padecía a la misma vez de una **crisis de legitimidad y crisis de racionalidad**.

En lo que hace a las perspectivas económico-financiera teníamos un incremento constante del gasto sin resultados, **“crecimiento tumoral”** (11% del PBI en el 2003), el ingreso del lucro en la estructura del financiamiento, la “internalización” del

mercado y distribución patológica del gasto, con ajustes fiscales y disminución significativa de la inversión del Estado en salud a tono con los mandatos de los organismos multilaterales de crédito de ir hacia un “estado mínimo” en los que se verificaba la subordinación total de las políticas sociales a los ajustes macroeconómicos en el marco de la desregulación de los mercados y el impulso de las privatizaciones.

Las consecuencias fueron muy negativas para amplias mayorías sociales de uruguayas y uruguayos, pero altamente exitosas para las elites que se beneficiaron de un ajuste tan profundo. Exclusión, pobreza, desempleo y pérdida de calidad de vida, entre otras graves consecuencias sociales y para el desarrollo fueron necesarios para el beneficio de algunos. La profunda crisis del modelo neoliberal en el año 2002 tuvo estas consecuencias las que se expresaron de manera muy notoria en el sistema de salud y su propia viabilidad institucional.

Todo ello se expresaba en un grave deterioro de la asistencia en la red asistencial pública y en desfinanciamiento y el riesgo real de quiebre de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas, IAMCs (mutualistas, cooperativas médicas que funcionaban bajo el sistema de prepago por afiliaciones individuales y como prestadores de la seguridad social de las empresas privadas sin prácticamente ningún control del estado sobre la integralidad y calidad de las prestaciones que brindaban a sus asegurados)

Para enfrentar el problema de la segmentación social que afectaba al sistema se planteó apuntar a promover una auténtica **convergencia interinstitucional** con:

- El fortalecimiento de la función rectoría y de conducción de la política sectorial y el cumplimiento efectivo de las funciones esenciales de salud pública.(FESP).
- La promoción del diálogo político y social entre la multiplicidad de actores implicados en el proceso de producción de salud.
- La armonización e integración del financiamiento en un Fondo Público Obligatorio que le otorgue al estado el poder regulatorio y de planificación de la política.

Simultáneamente la reforma se orienta a superar la fragmentación y duplicación de los servicios en todos los niveles de atención impulsando la **integración operativa**, definiendo un sistema basado en la Atención Primaria de Salud renovada y la incorporación de los programas en la organización del sistema en redes integradas e integrales de servicio.

Aquí aparecen dos grandes temas que amenazan y desafían a los sistemas de salud en nuestra Región y a los que por cierto no es ajeno en la realidad actual el propio mundo desarrollado, la posibilidad de los sistemas se “descremen” y en el mismo movimiento dialéctico se “desplomen”.

El “descreme” hace referencia a la selección adversa de riesgo, asegurando prioritariamente a los más jóvenes y a los sanos haciendo desaparecer a la solidaridad intergeneracional como un principio rector de una estructuración justa y sostenible de los servicios de salud.

El “desplome” se produce a partir de sistemas que otorgan cada vez más a los que tiene más recursos. Cada vez más para menos gente y precisamente por ello colapsan antes, y se termina asistiendo a la gran mayoría de los ciudadanos en hospitales de campaña, prestando **“una salud cada vez mas pobre para cada vez más población pobre”** y obligando cada vez más gasto e inversiones (muchas veces injustificas en su verdadera eficacia desde la evidencia científica) para los sectores de altos ingresos.

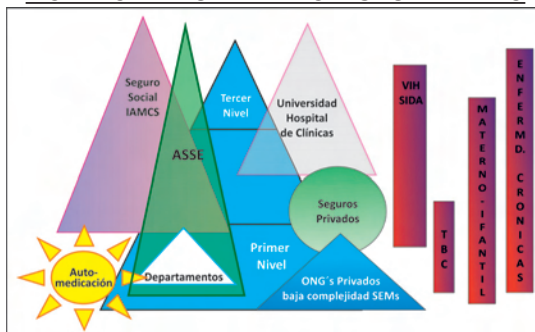
Antes de iniciado el proceso de cambios promovidos por el gobierno del Frente Amplio en el año 2005 (que se plasmaron en el 2008 con la creación y puesta en funcionamiento del SNIS) la organización sanitaria nacional de Uruguay respondía en todos sus términos a **una típica organización y modelo de funcionamiento fragmentado, duplicado y segmentado.**

Estas características se expresaban simultáneamente en los tres niveles de atención, en la estructuración de los programas prioritarios, en las formas organizativas y relaciones con los usuarios del sistema tanto en lo que hace a las modalidades de cobertura asistencial como a las variadas y muchas veces superpuestas formas de aseguramiento y financiamiento que coexistían en una extensa y compleja red de servicios de atención.

La misma estaba conformada por el Hospital Universitario como referencia de tercer nivel y de la medicina altamente especializada, un gran prestador público estatal, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), con que contaba con 5 Hospitales de referencia nacional, 50 hospitales generales y más de 300 Centros de salud de Primer Nivel distribuidos a lo largo y ancho de toda la geografía del país.

Esta amplia esta red estatal de servicios de atención a la salud se complementa asimismo con 45 las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) que no tienen fines de lucro (privado social) y funcionan integrando verticalmente los tres niveles de atención, 5 seguros privados clásicos, y mas 60 Institutos de Medicina Altamente Especializada (cardiológico, traumatológicos, nefrológicos, etc.) a los que es preciso agregar las estrategias individuales de automedicación.

MODELO FRAGMENTADO Y SEGMENTADO



En cuanto a la **estrategia** de la reforma como ya lo señaláramos al inicio de esta exposición no hay fórmulas pero si existen valores, principios, caminos, estilos y tiempos para concebirla como un **proceso gradual y secuencial de cambios**. Aclarando que, a nuestro entender, esta gradualidad es solo válida cuando hay un horizonte claramente definido al que queremos llegar. Recordar las referencias del gato en *"Alicia en el país de las maravillas: si no se adonde voy, cualquier camino me sirve"*.

La segunda característica es **reorientar estratégicamente los recursos existentes** es decir construir un sistema de salud desde los recursos y las capacidades que se tiene y desde las cosas que vienen funcionando. Esto es vital porque todo sistema de salud es modificable siempre que se tome en cuenta cuáles son los actores y cuáles son las posibilidades para construir la viabilidad de los cambios pensados.

El tercer componente estratégico de la reforma es ver a esta como una **construcción colectiva con múltiples y variados actores sociales e institucionales**, con diferentes roles e intereses, muchas veces contrapuestos y sujetos a variados conflictos y tensiones. En ese sentido es preciso ver a la reforma uruguaya como la culminación de un largo proceso de debates y proyectos políticos.

En Uruguay no hubiéramos hecho esta reforma sin el rico y trabajoso proceso social y político realizado en los últimos 20 ó 30 años sobre como concebíamos el sistema de salud y cual era el paradigma de salud desde el pensábamos la atención sanitaria de nuestra gente.

Esto se hizo contando con el protagonismo activo de varios actores colectivos como los sindicatos de trabajadores de la salud, el sindicato médico, la Universidad de la República, sus docentes y estudiantes, y los propios usuarios del sistema que fueron actores sociales fundamentales para ese proceso y para la misma intensidad, profundidad y dirección de los cambios en curso.

El sistema de salud, lo sabemos todos, se construye todos los días y lo real es que el sistema está funcionando todo el día, los 365 días del año.

En su momento, el gobierno anunció el perfil de la reforma diciendo claramente "no somos una empresa de demoliciones" y que no iba a "parar el barco en dique seco" en una clara referencia que los cambios se iban a procesar de manera interactiva e iterativa con lo que venía funcionando apoyándose en sus fortalezas, enfrentando sus enormes debilidades y perversiones. Haciendo un balance ajustado en ese equilibrio siempre complejo de tomar las oportunidades y considerar atentamente las amenazas que naturalmente están implícitas cuando se impulsan cambios radicales en el contexto de una correlación de fuerzas no siempre favorable.

El sociólogo uruguayo, Marcelo Setaro enumera una serie de **condiciones políticas para implementar la reforma**.²

Por un lado destaca **la elaboración programática partidaria** de la propuesta de refor-

¹Eduardo Levcovitz, 2010 – modificado para Uruguay.

²"La creación del SNIS y el nuevo estado para la performance" Marcelo Setaro. Montevideo, 2010.

ma. En el año 2003 se discutió por ejemplo si el sistema tenía que surgir de la integración entre lo público y lo privado o por el contrario se debía promover un servicio estatal y público de salud. De 2000 personas que integraban el partido de gobierno 1.700 apoyaron la idea de un sistema integrado y fuimos adelante con una reforma que integraba al subsector privado como un componente sustantivo del SNIS. Pensamos que era impensable construir un sistema de salud sin tomar en cuenta en un país como Uruguay, la existencia de un subsector privado sin fines de lucro que a pesar de todas sus debilidades y distorsiones como asegurador y como prestador de servicios atendía a la mitad de la población y ocupaba un porcentaje significativo de los recursos humanos del sector.

Por otra parte, Setaro menciona como una condición relevante **la acumulación histórica de las luchas por el sistema nacional de salud desde la sociedad civil**. Luchas protagonizadas por los trabajadores y estudiantes en general y especialmente los de la salud desde la década de los 60.

En la **conducción de la reforma** se buscó desde los inicios de la gestión de gobierno en el MSP alcanzar el consenso social sobre los objetivos y los tiempos de implementación. Este acuerdo se trabajó durante los cinco años de administración en el Consejo Consultivo para los Cambios en Salud que contó con más de 40 delegados representativos de diferentes expresiones del sistema de salud. Allí se discutieron los contenidos y el cronograma de la reforma siguiendo las directrices generales que estaban establecidas en el Programa con el que se había llegado al gobierno.

Se apunta también la importancia de existiera un **equipo tecno-político con perfiles adecuados para conducir el proceso**, con una visión integral socio-económica y política de la reforma y a la creación del Departamento de Economía de la Salud. Para acompañar y hacer factible este proceso reformista fue decisivo incorporar otras miradas disciplinares. Siempre sostuvimos que la salud es demasiado importante para que quede en manos exclusivas de los médicos. El enfoque integral es muy necesario para contraponerlo con la idea de ver a la salud en la perspectiva de una cobertura ilimitada de prestaciones, con el criterio de beneficencia irrestricto sin establecer prioridades y en la que todo se debe cubrir aunque no exista evidencia científica y sin evaluar el costo efectividad y el costo oportunidad de las tecnologías o medicamentos incorporados a los conjuntos de prestaciones exigibles.

Desde esta perspectiva resulta evidente la relevancia de pensar un sistema que sea capaz de ser equitativo, de calidad homogénea para todos sus usuarios y a la vez sostenible. Decimos sostenible y no puramente sustentable porque pensamos estos temas desde un punto de vista más abarcativo que el estrictamente financiero.

Finalmente se anota como condición de viabilidad de la reforma, **la existencia de recursos fiscales adicionales suficientes** (sobre eso volveremos más adelante) **y un sólido apoyo de mayorías parlamentarias** (el Frente Amplio contó en toda la legislatura 2005-2010 con los votos necesarios para la aprobación de los cambios legales críticos para hacer los cambios que requerían de marco normativo para procesar los cambios).

Las leyes fundamentales de la reforma sanitaria son básicamente cuatro: la 18.131 de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la 18.161 de descentralización de ASSE (prestador integral estatal), la 18.211 por lo que se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y finalmente, la 18.818 sobre derechos de los usuarios

que completa el andamiaje jurídico institucional en el que se sostiene la reforma.

Entendemos que las leyes de una reforma son una condición necesaria pero no suficiente. Las reglas de juego tienen que estar absolutamente claras y deben establecer las competencias, los derechos y obligaciones de todas las instituciones que conforman la red asistencial así como establecer la secuencia temporal de los cambios. Estableciendo con total precisión los componentes poblacionales y los requisitos de incorporación que se van a integrar progresivamente al fondo de salud para calcular y prever el presupuesto de la reforma y el espacio fiscal disponible para su ampliación a lo largo del tiempo. Así por ejemplo la incorporación de los cónyuges si tienen más de tres hijos será en este año 2010, si tienen más de dos hijos en el 2011 y si tiene un hijo esta prevista para el 2012.

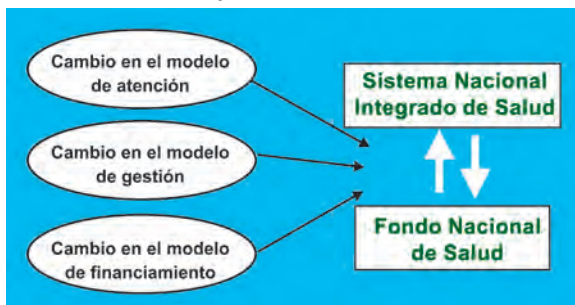
Otra de las leyes, la 18.161 de **descentralización de ASSE**, separó a este prestador público del Ministerio de Salud (MSP) es decir que delimito específicamente la función de rectoría y de conducción del sistema de la de prestación asistencial hasta la aprobación de dicha ley ambas ejercidas por la misma figura institucional y jurídica. De este modo ASSE se transformó en una empresa pública, estatal y autónoma del MSP lo que habilita formalmente a que establezca relaciones de complementariedad y competencia en condiciones de igualdad con el resto de los servicios. Por esta vía, ASSE se convierte ciertamente en una de las empresas públicas más grandes con las que cuenta el Estado uruguayo.

La 18.211 es Ley de creación del SNIS es una ley marco donde se articula el conjunto de las propuestas y orientaciones que dibujan en sus aspectos sustanciales al Sistema de Salud en su conjunto.

En suma, tenemos cuatro leyes que se hicieron entre el 2005 y el 2007 con intenso debate parlamentario, con fuerte debate societario sobre los contenidos y alcances de la reforma sanitaria de Uruguay.

En definitiva una reforma implica cambios en el modelo de gestión, cambios en el modelo de atención y cambios en el modelo de financiamiento y dos herramientas para la implementación y el sostén de dichas transformaciones: el Sistema Nacional Integrado de Salud como expresión organizativa y funcional de los servicios que lo conforman y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como instrumento de financiamiento en el seguro público obligatorio.

Los componentes de la Reforma



El **cambio en el modelo de atención** está basado en la implementación de los valores, principios y componentes de la estrategia de APS renovada, en la promoción de la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Simultáneamente se impulsan programas integrales de atención a la salud articulados con los servicios de salud que conforman en SNIS y se fomenta el establecimiento de redes de atención en base territorial local entre las diferentes instituciones asistenciales.

Todo este proceso se apoya y potencia en el contexto de la coordinación interinstitucional e intra-gubernamental y creación de ámbitos intersectoriales con diferentes instituciones y actores involucrados directamente con determinantes económicos, sociales y ambientales de la Salud. En ese sentido destaca la conformación del Gabinete Social, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, el Comité Nacional de Coordinación Estratégica para la infancia y la Adolescencia que diseña e implementa la llamada Estrategia para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 como “hoja de ruta” para la construcción de políticas y planes para promover respuestas efectivas a los problemas del desarrollo en el país.

Insistimos en la idea que anotábamos en principio de esta presentación en relación a que los cambios deben estar inscriptos en un modelo global de desarrollo sostenible con justicia social. No es posible reducir las respuestas a los problemas de salud exclusivamente a las intervenciones que se hagan desde el sector salud, aún cuando estas se planteen con una perspectiva holística y teniendo siempre presente que “salud” no es sinónimo de “atención médica”.

En que supone el **cambio en el modelo de gestión** importa destacar la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del MSP integrado por representantes de los Ministerio de Salud y Economía, el Instituto de la Seguridad Social y representantes de los trabajadores, usuarios e instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios asistenciales.

La JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS, regulando y controlando a la vez de este modo el cumplimiento de los derechos exigibles en número, tipo y calidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del SNIS.

Como un componente clave de esta reforma aparece un estado de nuevo tipo, lo que algunos han dado en denominar la reinención del estado. Un estado que fija objetivos y metas, es auditor, evaluador y fiscalizador de su cumplimiento y se compromete e involucra en la mejora de su desempeño, un estado regulador que fija y aplica premios y castigos, con el propósito explícito de posibilitar un funcionamiento diferente en el sistema y que se convierte en “escudo” de los derechos de los usuarios.

El proceso de reforma propone de este modo nuevas formas y estructuras de distribución y producción de bienestar construyendo relaciones contractuales claras y previsibles con los actores directos de la red de provisión sobre la base de garantizar la capa-

cidad de respuesta oportuna y de calidad de la atención y la mejora del desempeño institucional medida en indicadores de productos y resultados que permitan evaluar la efectividad y eficiencia de cada prestador y del sistema considerado globalmente.

Surge así un nuevo rol del estado, que en país con una fuerte impronta y presencia del estado es algo de una enorme relevancia política y de gran impacto social (alguien ha dicho que “en Uruguay discutir el Estado es discutir el Uruguay”). Una estructura estatal que afirme el carácter público de la salud promoviendo el concurso de proveedores públicos y privados sociales de conformidad a objetivos y metas establecidas en el juego democrático de actores.

El modelo de gestión se apoya también en la **participación y el control social de la gestión** como un componente clave de la reforma. Dado el carácter estratégico de este componente de proceso volveremos más adelante para colocar alguna de las definiciones conceptuales, los elementos de política y los instrumentos organizativos y normativos que se fueron generando para hacer viable este objetivo mayor y que caracteriza la innovación del sistema.

En cuanto al **cambio del modelo de financiamiento** y la propia confirmación del FONASA como Seguro Nacional (obligatorio y público) asistimos a una modificación radical respecto a la situación previa a la reforma sanitaria.

Los usuarios beneficiarios del SNIS aportan proporcional y progresivamente al FONASA según sus ingresos y la cobertura familiar a la que acceden. Las tasas de aporte van del 3% del salario (ingresos bajos), al 4.5% de sus ingresos (cuando no tienen hijos menores de 18 años) y el 6% con hijos entre 0 y 18 años o con discapacitados de cualquier edad.

Los empresarios aportan en todos los casos, el 5% del salario de sus trabajadores y el Estado complementa los aportes de los trabajadores y las empresas públicas o privadas con una importante inversión fiscal de sus rentas generales para reintegrarles a los servicios de salud los recursos necesarios para cubrir los costos de la asistencia integral que reciben los beneficiarios del sistema. Costos asistenciales que al responder a un conjunto amplio de prestaciones obligatorias definidas explícitamente como **Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)** no llegan a ser cubiertas por el aporte solidario progresional de los y las trabajadoras formales inscriptos en la seguridad social, dado que no se debe perder de vista que si bien en el último quinquenio se han producido importantes incrementos salariales y del mismo salario mínimo estos aportes no son suficientes para cubrir una cápita promedio cercana los 50 dólares mensuales.

El FONASA reembolsa los pagos directamente a las instituciones de salud por cada uno de sus beneficiarios, independientemente de los que estos aportan al mismo.

El sistema de financiamiento es ciertamente solidario y redistributivo de manera directa (aporte de las “cuotas salud” en relación directa con los salarios de todos los que están inscriptos en el sistema de seguridad social) e indirecta a través del com-

plemento de financiamiento del FONASA por parte de las finanzas públicas desde el Estado que obtiene recursos importantes de impuestos a la renta (IRPF) que tienen una nítida orientación redistributiva.

Cambio en el Modelo Financiamiento Conformación del FONASA



La protección social en salud creció en el marco del SNIS en dos sentidos, pasó a **cubrir a todo el núcleo familiar, incorporando de manera gradual a los hijos y cónyuges** de los aportantes y pasó a ser un **seguro para toda la vida**. Antes de la reforma el trabajador después de aportar a la seguridad social toda una vida, cuando más lo necesitaba tenía que pasar a la cobertura pública porque no podía sostener de su bolsillo una cuota de prepago en una institución del subsector privado.

El sistema era en ese sentido doblemente injusto, para el trabajador porque lo obligaba a cambiar de prestador en el que muchas veces había sido atendido a lo largo de su trayectoria laboral y para el Estado que era este el que se tenía que hacer cargo de la cobertura en el momento en que esta significaba los mayores costos asociados a la edad de las personas cubiertas por ASSE, como proveedor estatal.

Tenemos también un cambio muy importante en el **pago ajustado según la edad y sexo** que apunta a distribuir el reembolso que le hace el FONASA a los prestadores del SNIS, reembolso que se efectúa ajustado por riesgos asociados y se complementa por el cumplimiento de metas prestacionales.

El Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con una menor utilización de los servicios de salud (menor riesgo asociado a indicadores objetivos como lo son la edad y el sexo) hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). De esta forma se elimina la distorsión que genera la “selección adversa” de los usuarios y su contratara : la pérdida de un valor de equidad de los sistemas de salud como lo es la **solidaridad intergeneracional**.

El aporte complementario por **metas prestacionales** es de un 10% del la “cuota salud” promedio (no ajustada por tasas asociadas a sexo y edad) y se otorga cuando se verifican indicadores de cumplimiento de objetivos sanitarios concretos en prestaciones exigibles para la cobertura integral y que naturalmente están en línea con el cambio de modelo de atención impulsado.

Como resultado de la reforma es posible confirmar avances sustantivos en el grado de **justicia social que existía en la distribución del gasto**. El punto de partida en el año 2005 era un gasto por usuario en las IAMCs (prestadores privados sociales) de 45 dólares por mes, que contrastaba con el gasto por usuario en ASSE (prestador público) de 14 dólares por mes. Teníamos una inaceptable e inequitativa distribución del gasto. En el sub-sector privado era 3 veces el que se hacía en el sub-sector público.

Para lograr superar esta situación, el **presupuesto de los servicios del Estado (ASSE)** pasaron de 190 a 520 millones de dólares anuales, fueron los presupuestos más altos asignados al subsector público en la historia del país (tanto en términos absolutos respecto de una larga serie de presupuestos quinquenales analizados como en términos relativos respecto del PBI o del gasto público social global del Uruguay)

Asimismo la **ampliación de la cobertura por el FONASA** disminuyó la población usuaria de ASSE porque el sistema habilita la libre elección de los servicios de salud, la amplia mayoría de la gente siguió optando por las instituciones privadas de atención dado que las mejoras presupuestales en ASSE no se han traducido aún en mejoras que equiparen la calidad de los servicios. También juega en este aspecto un papel importante la idea de los servicios públicos son el destino resignado al que acuden los más pobres. Esta internalización cultural de que lo público es de menor calidad, es sin lugar a dudas un componente que va seguir teniendo un enorme peso a la hora de la elección de los servicios de salud.

De este modo la distribución del gasto en setiembre de 2010 era 48 dólares por mes por usuario en las IMACs y de 41 dólares por mes por usuario de ASSE. Es decir que de una situación de profunda e inaceptable desigualdad en el gasto se avanzó significativamente con una gran aproximación en la distribución del gasto.

En el 2009 la relación pasó a ser de 1.2 para el subsector privado por 1 subsector público, no se llegaron igualar a pesar de los esfuerzos económicos realizados y del diseño y armonización innovadores del financiamiento llevados adelante.

Sin embargo, a pesar de los progresos registrados hacia la equiparación de la inversión para eliminar las asimetrías entre ambos subsectores, no se ha traducido en una homogenización de los servicios, porque el mero cálculo de los per cápita no da cuenta de otros factores que van más allá de la distribución matemática de los recursos.

Es preciso incorporar en el análisis las dificultades de gestión y las “memorias institucionales” que crecen y se desarrollan en escenarios crónicamente deficitarios, desjerarquizados y abandonados históricamente por el propio estado.

Esos cambios requieren de una conducción firme, adecuada y moderna de la gestión y naturalmente también de tiempo. Toda gestión para sostenerse reposa en que se pueda contar con los recursos financieros suficientes pero estos por sí solos no alcanzan para dignificar y mejorar sustantivamente la suficiencia, resolutivez y calidad de la atención. En este proceso de mejora de la gestión se encuentra en estos momentos el Directorio y las nuevas gerencias administrativas y asistenciales de ASSE.

Uno de los efectos destacados de la reforma fue la **ampliación de la cobertura por parte del FONASA** a un número muy importante y priorizado de nuevos colectivos poblacionales. En el año 2005 la seguridad social (ex - DISSE) daba cobertura a tan solo 588.000 trabajadores. Solo se cubrían a los trabajadores privados y sin el beneficio de cobertura para sus hijos menores de 18 años y discapacitados de cualquier edad y cónyuges.

En setiembre de 2010, el FONASA da cobertura a 1.595.000 personas de las cuales 540.000 son hijas e hijos de trabajadores.

Entre 1996 y 2007, tenían cobertura por la seguridad social, 50.000 jubilados a partir de una ley que habilitó cobertura a jubilados con ingresos bajos y desde agosto 2007, con el inicio de la reforma, a setiembre de 2010 ingresaron 55 mil jubilados más, es decir en dos años ingresaron más que en los 11 años previos. La explicación de este crecimiento radica en la política de reducción de co-pagos por tasas "moderadoras" acordada en el contrato de adhesión de los prestadores para la inclusión de los pasivos en el universo de cobertura del FONASA.

Sin embargo corresponde aportar que todavía hay un número significativo de jubilados que están todavía pendientes de ingresar al FONASA y su incorporación está prevista en las etapas futuras de ampliación de la cobertura a nuevos colectivos poblacionales (como lo vamos a comentar mas adelante en la presentación).

Los cambios en el sistema de salud permitieron también una **mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud con la eliminación total en algunos casos y reducción parcial en otros de los copagos**, que operan en la práctica como un auténtico "impuesto a la enfermedad" y como una barrera extremadamente negativa de acceso a la cobertura y muy especialmente cuando se persigue un cambio en el modelo de atención orientado a promover y estimular los controles preventivos en salud y garantizar la rehabilitación en sus más diversas aplicaciones.

Pensamos que no solo se trata de avanzar exclusivamente en la cobertura "*horizontal*" (poblaciones incluidas en el seguro) es preciso avanzar en la cobertura "*vertical*" (grupos de prestaciones exigibles y calidad de las mismas).

Se promovió la rebaja de 40% de copagos de medicamentos, la gratuidad de acceso para la población diabética, la gratuidad de exámenes para control de embarazo, de los exámenes preventivos para la salud de las mujeres (mamografía, papanicolau). Por otra parte se aprobó la reducción de copagos de medicamentos para la población

hipertensa y como ya dijimos se definieron un conjunto bien amplio de prestaciones gratuitas para jubilados que ingresan al FONASA (precisamente la población con mayor intensidad de uso de los servicios e insumos para cubrir su atención integral).

Destacamos en esta línea de cambio de modelo e implementación de los valores y principios de la APS renovada que impulsa la OPS-OMS desde la Declaración de Montevideo el efecto positivo que significa la eliminación de las barreras de acceso, estableciendo la gratuidad total en controles preventivos de los menores de 18 años.

Si los copagos en todos los grupos etáreos son un mecanismo que termina impidiendo o limitando seriamente el ejercicio pleno de los controles en salud y en la promoción y educación en el autocuidado y el fomento de los estilos saludables de vida no cabe ninguna duda que los servicios tienen que ofrecer una gran permeabilidad para que niñas, niños y adolescentes tengan posibilidades reales de acceso y uso a las consultas y las prestaciones que de ellas se deriven. En el mismo sentido promover los propios cambios culturales involucrados en estos procesos no se ven favorecidos cuando persisten barreras objetivas como el pago de tasas que más que moderadoras son recaudadoras.

La propia conformación del SNIS y el FONASA, ha hecho posible **consolidar el ejercicio de la rectoría por parte del MSP y la Junta Nacional de Salud (JUNASA)**. Este es, a su vez, un campo de acción sobre el cual existen enormes posibilidades de avance.

La JUNASA firma **contratos de gestión** con todos los prestadores de salud públicos y privados controlando que se cumplan a cabalidad dichos requisitos garantizando la calidad de la atención para los usuarios, con potestades sancionatorias de no cumplirse los objetivos, programas, protocolos y criterios de inclusión de las prestaciones acordados para asegurar tanto la integralidad y calidad de las prestaciones como los avances en la consolidación de los cambio de los modelos de atención y de gestión.

Se promovió un **máximo de tiempo de espera** por lo cual todo usuario del SNIS tiene derecho en 24 horas a tener médico general, pediatra y ginecólogo y 30 días para las demás especialidades.

El pago por **metas asistenciales** por el cual las instituciones deben cumplir un control de todas sus mujeres embarazadas y los 9 controles gratuitos para los niños hasta 14 meses. De lo contrario no cobrarán el premio que el FONASA paga a ellas.

Sobre este aspecto vinculado a evaluar la performance o desempeño institucional volveremos en la presentación que realizaremos en el próximo panel sobre *“Asignación y distribución de recursos para la protección social”* donde analizaremos las herramientas de gestión de la calidad incluida la eficiencia en la utilización racional de los recursos sin afectar su integralidad y utilizando adecuadamente las alternativas que son comprobadamente eficaces (MBE).

Para la implementación de estos controles el MSP y la JUNASA cuentan con un

cuerpo inspectivo entrenado de 200 inspectores a los que se les ha mejorado sensiblemente su remuneración y se exige una alta dedicación e incompatibilidades por conflicto de intereses.

Resulta fundamental para la sostenibilidad política, social y también económico financiera de estos cambios estructurales el ejercicio pleno, transparente y moderno de la rectoría.

El Ministerio de Salud mantiene la rectoría sobre la conducción, la regulación y la observancia de las funciones esenciales de salud pública (FESP) y la Junta Nacional de Salud (que es un órgano desconcentrado del MSP) hace la vigilancia de la cobertura, la articulación del financiamiento y es la que regula la organización y provisión de los servicios.

No se necesitó crear una nueva estructura, para realizar la gestión administrativa y contable del FONASA se utilizó al Instituto de la Seguridad Social (BPS) sin necesidad de crear desde cero una superintendencia para asumir esas funciones. Se utilizaron las capacidades instaladas para el seguro de enfermedad, las pensiones, las jubilaciones y todo lo que cubre la seguridad social del país. Esto lo concebimos en clave de reformar el estado sin necesidad de crear pesadas estructuras para cumplir funciones que organismos ya existentes pueden cumplir con toda la experiencia y acumulación previa de gestión.

Esta previsto para el año 2011 la creación de una **Dirección General del SNIS (DIGESNIS)** que dependiendo en línea directa del Ministro de salud, sea el brazo ejecutivo de la JUNASA para la vigilancia de la cobertura, la definiciones en lo que refiere a la armonización y complementación del financiamiento y la regulación de organización en la provisión de la atención. Hasta el presente, como lo muestra la infografía, esas funciones las ejerce directamente la JUNASA y el MSP a través de la Dirección General de la Salud, que como lo mencionábamos recién mantiene sus competencias indelegables en las FESP y la Habilitación y Acreditación de servicios y profesionales del equipo de salud.

Es importante consignar , a estas alturas de la descripción institucional y de las relaciones entre las diferentes agencias implicadas en la rectoría del sistema , que la autoridad sanitaria nacional (el MSP) no pierde en la reforma uruguaya la conducción sobre el conjunto del SNIS y sus diferentes componentes dado que la JUNASA si bien es un órgano colegiado con participación de trabajadores ,usuarios y empresas la mayoría la tiene el poder ejecutivo y dentro de este el MSP tiene la última palabra.

En muchas experiencias los modelos de **superintencias autónomas** de las autoridades sanitarias no pocas veces se generan tensiones y conflictos que terminan por afectar la gobernabilidad y la **gobernanza** del sistema.

Funciones de rectoría y nuevas herramientas institucionales



En lo que refiere a incorporar a la **participación y el control social** como una herramienta estratégica para garantizar los cambios estructurales y culturales que supone la Reforma Sanitaria se pueden destacar una serie de avances.

En primer lugar se anota que se instalaron **Consejos de Salarios**, incluyendo entre sus cometidos no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo y el desarrollo de la información y vigilancia necesaria a tales fines.

En la ley 18.131 que crea el FONASA incluye una **Comisión de Seguimiento del Fondo** con participación de trabajadores y empresarios, por su parte, en la ley 18.161 que crea ASSE como servicio descentralizado incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.

En la ley 18.211 se crea la **Junta Nacional de Salud** como organismo con atribuciones en la conducción, administración y vigilancia de la cobertura (cumplimiento de contratos de gestión y metas prestacionales) del FONASA como fondo del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.

Por la misma ley, en cada institución prestadora de servicios que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo de participación y control social de la gestión. Para ello la norma obliga preceptivamente a la creación de **Consejos Consultivos y Asesores** integrado por la propia empresa a través de su Dirección Técnica y representantes de los usuarios y los trabajadores de la misma.

Ya desde marzo de 2005 se creó el **Consejo Consultivo para los Cambios en Salud** el que se reunió periódicamente durante todo el proceso de reforma con participación de todos los actores involucrados directamente con el sector salud. Este Consejo Consultivo se convirtió en los hechos en una verdadera “audiencia pública” donde la administración de gobierno por intermedio de las máximas autoridades del MSP (Ministra, Viceministro y los Directores Nacionales) informaron y consultaron en forma permanente sobre el contenido y los tiempos de las diferentes etapas de la Reforma.

En cuanto a las **competencias de los Consejos Consultivos y Asesores**, se pueden reseñar las siguientes: apoyar las campañas de promoción y prevención de la salud, las posibilidades de hacer propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador y evaluar el desarrollo en la institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Resulta relevante el hecho de que a los Consejos se le de participación en velar por la calidad de los servicios de salud en participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios y en tomar conocimiento de los balances económico financieros y memoria de gestión de las entidades.

Un capítulo particular sobre la integralidad y el financiamiento de la cobertura lo constituye la modalidad que tiene el Uruguay para abordar el aseguramiento universal de la cobertura de las llamadas “enfermedades catastróficas” que requieren de procedimientos y/o medicamentos de alta complejidad y costo.

Uruguay cuenta con Fondo centralizado de financiamiento, complementario e independiente financiera e institucionalmente del FONASA que es el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que esta plenamente consolidado en el marco de la reforma.

El FNR brinda cobertura financiera a un vasto conjunto de prestaciones de medicina altamente especializada para atender enfermedades que en general son de baja prevalencia y demandan un uso intensivo de recursos tecnológicos y financieros con el consiguiente efecto “catastrófico” para instituciones que deben responder a estas situaciones que además son de gran impacto y sensibilidad social.

Al presente más 250.000 pacientes han podido acceder a un conjunto de 16 técnicas en cardiología, traumatología, nefrología y grandes quemados que son implementadas por 27 Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAES) y 41 centros de hemodiálisis que funcionan en el subsector público aunque la mayoría lo hacen el subsector privado dentro de las mutualistas o como servicios externos de empresas privadas conformadas por equipos de especialistas en las diferentes áreas bajo cobertura.

Asimismo el FNR viene resultando una herramienta fundamental para encarar la cobertura centralizada y en función de estrictos protocolos de inclusión basados en evidencia científica de los **medicamentos de alto costo para todos los usuarios del SNIS**.

El FNR puso en marcha un conjunto de instrumentos técnicos de gestión para garantizar a la vez la calidad y la sustentabilidad del sistema:

Se establecieron **normativas y protocolos** que se revisan periódicamente, se instrumentaron mecanismos de evaluación previa de los pacientes mediante el asesoramiento de médicos de segunda opinión, se promovieron ateneos en donde se discuten los casos de mayor complejidad, se desarrolló el análisis de riesgo beneficio utilizando tablas internacionales.

La evaluación de la calidad de vida pasó a ser un factor relevante para la indicación de actos y la prescripción de drogas invasivos y muy riesgosos. La actitud de vigilancia incluye la captación precoz y el seguimiento de las complicaciones tan frecuentes en estos casos.

Las políticas de control de la calidad del FNR se han acompañado de la puesta en marcha de **programas preventivos y de control de factores** de riesgo de las patologías cubiertas, el programa de cesación de tabaquismo, el de salud renal, el de salud cardiovascular constituyen ejemplos exitosos en ese sentido.

Con una mirada en el futuro de la reforma, tenemos la **incorporación de nuevos colectivos al FONASA**. Algunas incorporaciones resultan fáciles y son esperadas y exigidas y otras serán seguramente motivo de conflicto porque son colectivos que tienen que pagar más para recibir las mismas prestaciones y ello siempre es algo que a nadie le gusta. Es uno de los temas difíciles a recorrer en los próximos pasos, pero resulta imperioso mantener el criterio de hacer justicia practicando la solidaridad y para eso es preciso distribuir recursos con los aportes diferenciales de cada quien.

Tenemos por ejemplo para enero de 2011 las **Cajas de Auxilio**, que se crearon bajo el régimen de seguridad social. Se trata de aquellos colectivos de profesionales y funcionarios que tenía salarios altos pero que en lugar de ponerlos en un fondo colectivo pasible de ser redistribuido, los ponían en un fondo privado que lo utilizan en su totalidad para cubrir sus necesidades más allá de las previstas en la cobertura sanitaria de la seguridad social.

El nuevo gobierno está firmemente convencido de que las Cajas de Auxilio deben entrar al FONASA sin perder ningún derecho en lo asistencial, manteniendo la misma atención integral, pero aportan y si quieren seguir teniendo beneficios complementarios que hagan un aporte mayor, pero éste no debería afectar el aporte solidario.

En la ley del SNIS esta pauta está explícitamente la incorporación de los y las **cónyuges** en el período 2010-2011.

Finalmente en lo que hace al cronograma de ampliación de los colectivos que van a incluir en el FONASA es importante apuntar que en el Programa del nuevo gobierno del Frente Amplio, en la segunda etapa de la Reforma Sanitaria, está previsto que ingresen los **jubilados con independencia del monto de sus jubilaciones y pen-**

siones (ahora están incorporados a la cobertura los de ingresos mensuales menores a 250 dólares) y se tiene fundadas expectativas de llegar a la **universalización del 100% FONASA antes de febrero de 2015** cuando finalice el segundo período de gobierno del Frente amplio.

Incorporación gradual de nuevos colectivos poblacionales al FONASA en la 2° generación de la Reforma



Finalmente, para completar un panorama de la reforma de salud en el país puede resultar interesante visualizar cual fue el impacto de la misma sobre los indicadores de pobreza e indigencia, así como la incidencia en la modificación de las condiciones de desigualdad entre los uruguayos por la medición de Índice Gini.

Impacto sobre la pobreza e indigencia de las tres reformas

	Indigencia			Pobreza		
	Antes	Después	Variación	Antes	Después	Variación
TODAS LAS REFORMAS						
Mejora	3.5%	1.3%	-61%	26.5%	21.8%	-18%
REFORMA TRIBUTARIA						
Escenario 1 - IRPF	3.5%	3.5%	0%	26.5%	26.3%	-1%
REFORMA DE LA SALUD						
Mejora	3.5%	3.3%	-4%	26.5%	24.4%	-8%
PLAN DE EQUIDAD						
Mejora	3.5%	1.4%	-60%	26.5%	24.2%	-9%

Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2008

Variación de la desigualdad de ingresos por Reforma (GINI)

	Plan de Equidad	Salud	Tributaria	Todas
Antes	0.4628	0.4628	0.4628	0.4628
Después	0.4504	0.4526	0.4516	0.4295
Variación	-3%	-2%	-2%	-7%

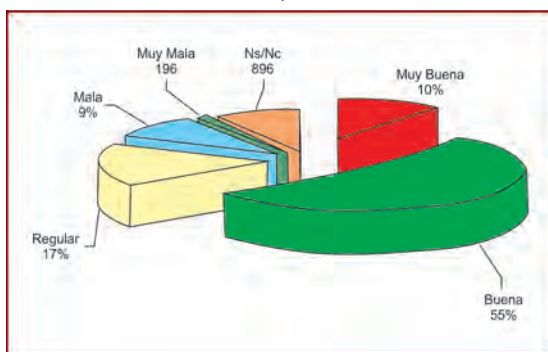
Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2008

Estos cuadros muestran que la reforma del Sistema de Salud a partir de la puesta en funcionamiento del SNIS y de los sustantivos cambios en el sistema de financiamiento impactó significativamente en todos los indicadores y con una participación relativa también muy importante en relación con la reforma tributaria y con el Plan de Equidad que estaba directamente orientado a reducir la pobreza y la exclusión.

También es bueno evaluar el consenso y los márgenes de gobernabilidad que viene generando hasta el momento la reforma a través de estudios recientes de **opinión ciudadana**. Como pueden ver en el gráfico siguiente a dos años de iniciado formalmente el proceso de reforma un 65% de la población afirmaba la reforma era “buena o muy buena” y tan sólo un 9% estimaba que era “mala”.

En un país altamente politizado y fuertemente polarizado en lo que hace adhesiones a los partidos políticos de oposición y gobierno este consenso mayoritario de la ciudadanía habla a las claras de la aceptación de la reforma, del número importante de personas que se vieron beneficiados con la misma y del reconocimiento de una estrategia de implementación gradual, informada y participativa.

Opinión ciudadana sobre la Reforma de Salud Octubre, 2009



Fuente: Elaboración propia en base a Monitor de Opinión Pública

Para terminar queríamos expresar que estamos en curso un proceso altamente dinámico, seguramente lleno de tensiones y conflictos, que apenas se puede asegurar que se ha dado nacimiento a otro modelo de atención a la salud de los y las uruguayas y de todas las gentes que vivan en nuestro país, pero tenemos mucho camino por delante en el plano de la consolidación y el desarrollo.

Hoy nadie se permite discutir que el derecho a la salud debe ser garantizado sin ningún tipo de restricción por un estado moderno, eficiente, que no se desentiende de los problemas de Salud de la población sin discriminar a nadie según su condición económica ni por el lugar que ocupa en el territorio.

Hasta el momento se ha afrontado con creatividad y firmeza ese desafío, apostando a continuar el camino iniciado de reforma democrática del estado, único garante para darle continuidad y profundizar este rico proceso de reforma estructural del sistema y sus servicios y de cambio cultural en el involucramiento y el compromiso de todos sus actores.

Muchas gracias a todos por vuestra atenta escucha.

SOSTENIBILIDAD DEL FINANCIAMIENTO

Eco. Midori de Habich¹

El estudio que se está realizando para el Ministerio de Salud busca explorar las opciones de reforma relacionadas al financiamiento de la salud en tres subfunciones: la movilización de fondos, la mancomunación de fondos (pooling) y la compra estratégica o mecanismos de asignación y pago. La materia de esta presentación está relacionada a la primera de estas subfunciones; a la interrogante ¿Cuánto espacio fiscal existe para la reforma de aseguramiento universal en el Perú?

En presentaciones anteriores la pregunta era ¿cuáles son los costos y beneficios de la reforma de aseguramiento? Es importante resaltar que se requieren recursos para ampliar la cobertura poblacional, la cobertura prestacional y la cobertura financiera.

Es importante partir desde este punto. Por un lado, ha habido un incremento sustancial, en el número de asegurados en el SIS (aumento de 150%). Sin embargo, el financiamiento del SIS y en general el financiamiento del subsector público para la salud individual, ha aumentado en solo 53% en términos reales. Así, se constata un creciente desequilibrio financiero, del cual se parte al inicio de la reforma y que ciertamente tiene que ser resuelto para que la reforma pueda implementarse adecuadamente.

Cabe mencionar que cuando comparamos al Perú con los países de ingresos medios altos en América Latina nos encontramos (en términos de paridad del poder de compra) un 60% por debajo del financiamiento per cápita en salud con respecto a la región. Esta brecha de financiamiento ha sido bien documentada durante los últimos años.

Para cuantificar esta brecha vamos hacer un ejercicio de órdenes de magnitud. Se mencionó en reuniones pasadas que hay un compromiso de los partidos políticos, en general, apoyado por varios estudios, que coloca una meta de crecimiento al gasto total en salud a un 7% del PBI, que es el promedio latinoamericano. Por tanto, tenemos una brecha aproximadamente de 2.1% del PBI. Para el caso del subsector público tenemos una meta del 3.3% que supone una brecha de 1.3% del PBI para en conjunto del gasto presupuestal. En base a una estimación de los costos del PEAS se puede decir que para el aseguramiento universal existe una brecha del 0,6% del PBI. (Cabe indicar que no se está incluyendo las inversiones).

El espacio fiscal en su definición es la disponibilidad de recursos fiscales y de recursos presupuestales para poder elevar el gasto en salud sin perjudicar la estabilidad macroeconómica o la posición fiscal del país, lo cual es muy importante. Es imprescindible un manejo prudente de las cuentas macroeconómicas y de las cuentas fiscales. Como peruanos hemos pagado un precio alto en aprender esa lección, por lo que es el parámetro adecuado a tener en cuenta cuando hacemos este tipo de propuestas financieras para atraer fondos al sector. ¿Qué significa esto en términos

¹Políticas de Salud, USAID, Perú

operativos? significa atraer fondos para el sector sin vulnerar la regla fiscal. Nuestra regla fiscal en concreto es no tener un déficit fiscal por encima del 1% del PBI como tendencia. Está establecida en la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal y creo que como sociedad hemos aceptado que es un modelo razonable. Por lo tanto, vamos a enmarcar los cálculos al interior de esta regla fiscal.

Esta es la proyección reciente del marco macroeconómico multianual realizado para el 2011-2013. Se está previendo un crecimiento entre 5 y 6% en esos años, mantenimiento del nivel de inflación, déficit fiscal no mayor al 1%. En este caso se está proyectando lograr un superávit del 0.4% hacia el 2013 a fin de recomponer nuestros fondos de estabilización que fueron utilizados el año pasado para enfrentar la crisis internacional. Gastos corrientes del gobierno general alrededor del 20%; gastos no financieros entre 18 y 19%; un creciente pero controlable déficit de la cuenta corriente de balanza de pago, básicamente por una mayor inversión de bienes de capital que soporte la inversión privada y una deuda externa que ya tenemos en niveles sumamente manejables. Este 20% se convierte en 12% cuando hablamos de deuda neta, restando los depósitos del Gobierno en la banca. Entonces tenemos una situación de deuda externa sumamente favorable.

Esas son las metas macroeconómicas y es en ese marco que el Ministerio de Salud se ha propuesto estimar cuál es su espacio fiscal concretamente. Para ello vamos a trabajar con cuatro pilares:

- Los efectos del crecimiento económico dentro del pilar de las condiciones macroeconómicas;
- Los efectos de reducción de gastos tributarios y eliminación del fondo de estabilización de precios de combustibles dentro del pilar de reasignación de recursos.
- Hubo un pedido específico del grupo de trabajo del Ministerio para medir el efecto de posibles impuestos destinados de una contribución solidaria de la contribución de ESSALUD, hemos incluido ahí el tema de endeudamiento y donaciones como fuente de financiamiento; y
- Finalmente el cuarto pilar que es mejora de eficiencia donde básicamente se ha trabajado con base en cuántos recursos se generan por la mejora de la administración tributaria.

Con relación al primer pilar, con base en las condiciones macroeconómicas ¿cuál es el efecto puro por crecimiento económico previsto? Tendríamos una tendencia creciente de gasto público de salud con respecto al PBI que se acentuaría en los siguientes años. Esto debe crecer algunos puntos de PBI a lo largo del año y deberíamos lograr esta tendencia si es que proyectamos el comportamiento del gasto público respecto al PBI tomando en cuenta la elasticidad entre el 2006 y el 2008. No hemos tomado 2009 porque fue justamente el año del estímulo fiscal y podríamos estar sobreestimando esta elasticidad. Entonces, por crecimiento económico podríamos estar generando un acumulado general en los tres años de 931 millones de soles que daría cuenta progresivamente de parte de la brecha de financiamiento del sector público. No estaríamos vulnerando el cumplimiento de la regla fiscal aunque obviamente sí estaríamos reduciendo el superávit final esperado para el 2013 y aumentando un poco el déficit de los primeros años. Aquí nos estamos pasando poco

respecto al 1% de la regla fiscal pero en una proporción manejable a mi entender. Con relación al segundo pilar, que es la reasignación de recursos, hemos trabajado fundamentalmente dos vías la reducción de gastos tributarios y la reorientación del fondo de estabilización de precios de combustible. Obviamente son fuentes que no conectan directa y exclusivamente con salud, por lo tanto aquí hay un tema de cuánto el sector puede negociar, apropiarse de estos fondos. Depende entonces de la capacidad de negociación del sector y también de la prioridad gubernamental que se le asigne al sector en los próximos años.

Los gastos tributarios incluyen las exoneraciones, inafectaciones, tasas reducidas de los impuestos, diferimientos, deducciones, créditos especiales, es decir una serie de beneficios tributarios que suponen una desviación respecto al sistema tributario general con la finalidad de alcanzar algunos objetivos extra presupuestales. Básicamente estos gastos tributarios están mayoritariamente en exoneraciones e inafectaciones. Reducir estos gastos tributarios supone 1.5 puntos porcentuales del PBI.

Con relación al Fondo de Estabilización de Combustibles y Derivados hay también una previsión de ir desactivando gradualmente este mecanismo de ajuste y se estima que por este efecto tendemos también a liberar recursos por 0,3 puntos porcentuales del PBI, que es un monto significativo. Si pensamos en un incremento de la prioridad del sector y/o de la capacidad de negociación del MINSA hacia duplicar la proporción de apropiación de estos fondos de 10% a 20% tenemos recursos que se liberan en el orden de 400 a 800 millones de soles. Nuevamente seguimos dentro de la regla fiscal lo cual es una buena noticia.

El marco legal que tenemos en el país respecto a los impuestos destinados se basa en una argumentación en contra de este tipo de impuestos. Menciono esto porque hay una consideración de viabilidad para movilizar este tipo de mecanismos que se debe tener en cuenta. Sin embargo, del ejercicio que hicimos hemos tomado los impuestos destinados vía combustibles, elevar el impuesto específico en 10 centavos por galón de gasolina, en el caso de licores elevar en un punto el impuesto de valores y en cigarrillos elevar el impuesto específico de 0,07 a 0.08 por unidad. Lo importante es sin embargo lo que liberamos como impuesto fiscal que es relativamente poco.

¿Qué pasaría si optáramos por la ruta colombiana de tener un punto de cotización de la seguridad social que podría pasar a una suerte de fondo solidario o un efecto de trasvase hacia el régimen subsidiado? Por un lado sabemos que la propia seguridad social está tratando de ver si el 9% que hoy es el equivalente a la contribución es suficiente para mantener un equilibrio financiero al interior de la institución con lo cual nuevamente la viabilidad de esta medida probablemente no sea muy alta. No obstante, sí tiene un efecto fiscal importante.

Por último con relación al tema de endeudamiento y donaciones no parece ser muy razonable tomar por esta vía. La tendencia de endeudamiento como hemos visto ha ido decreciendo. No hay una intención de financiar la reforma con endeudamiento.

Respecto al cuarto pilar -mejora en eficiencia-, el marco multi-anual nos habla de una

política de gobierno orientada a reducir evasión y elusión de impuestos básicamente por medio de cuatro estrategias: mayor fiscalización de contribuyentes; optimización de los mecanismos de cobranza; facilitación y simplificación administrativa de pagos de obligaciones tributarias; y lucha contra la subvaluación y el contrabando. Es interesante ver cómo ha sido la evolución de la tasa de evasión del IGV. Hay una clara tendencia decreciente de evasión y se espera llegar a 30% en el 2013. Esto ha sido una suerte de tendencia silenciosa en la que estamos reduciendo la evasión del IGV. No obstante nuestros niveles de presión tributaria aspiran a recuperar del 13.8 que tuvimos durante el año de la crisis a un nivel de 15.4, lo cual deja en agenda la gran pregunta más estructural: ¿Cuáles son las reformas tributarias que necesitamos hacer mas allá de la reducción de evasión para llegar a niveles mucho mas sostenibles de financiamiento en general? Una elevación de la presión tributaria a 18% sería una fantástica noticia, creo que eso es una medida más estructural que tendría que ser discutida en un marco de reformas macro económicas y que debería ser un indicador de gestión de la efectividad de la gestión del MEF.

Efectivamente, se opta por ser conservadores por el lado tributario, captando el efecto de reducción de elevación solamente y no de un esfuerzo sustancial de elevación de la presión tributaria. Sin embargo tenemos unos montos muy considerables por esta vía, nuevamente en un mínimo que es el patrón de apropiación más típico del sector del 10%, generaríamos 700 millones de soles en un esfuerzo de mayor negociación hasta 1,400 millones de soles que es una cifra bastante significativa.

En resumen si ponemos estos cuatro pilares en conjunto, excluyendo el pilar para ser conservadores de generación de nuevos recursos que mencionamos, que tiene baja viabilidad y solo tomamos los que consideramos que tendrían una mayor viabilidad como crecimiento económico, una apropiación de la reducción del gastos tributario y las mejoras de eficiencia vía la reducción de evasión, el resultado final está en un orden 2,100 millones a 3,200 millones de soles en el período, lo cual significa para tranquilidad del MEF que seguimos cumpliendo la regla fiscal.

En el marco multianual presentado sin grandes reformas tributarias creemos que tenemos el espacio fiscal para iniciar la reforma del aseguramiento universal.

Quiero terminar con tres ideas:

- La primera: existe en términos de órdenes de magnitud un espacio fiscal suficiente para iniciar la reforma tal como está prevista, es decir de manera progresiva y que sea consistente con la capacidad de absorción del sector. No tiene mucho sentido pelear por recursos que el sector no puede absorber;
- La segunda: tenemos que concretar la realización de este espacio fiscal, lo que supone fortalecer las capacidades técnicas y de negociación del MINSA para trabajar estrechamente con el MEF.
- La tercera: debemos preguntarnos qué arreglos institucionales necesitamos para establecer un pacto financiero de corto y mediano plazo, para luego, sobre la base de ese arreglo institucional, pasar a discutir la perspectiva de largo plazo de la reforma.

LA INICIATIVA DEL PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL¹

Pablo Casalf^{2,3}

El presente trabajo tiene por objeto presentar la Iniciativa del Piso de Protección Social (I-PPS) y su rol en la extensión de la cobertura destacando, asimismo, breves referencias a la situación particular de Perú y en especial al Aseguramiento Universal en Salud, proceso orientado a lograr que toda la población residente en el país disponga de un seguro de salud.

En abril de 2009 la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de Naciones Unidas aprobó nueve iniciativas conjuntas para abordar los efectos de la crisis económica y financiera global. Una de estas propuestas es la I-PPS que, liderada en forma conjunta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece la provisión de servicios esenciales y transferencias sociales a todas aquellas personas con necesidades de protección, evitando la pobreza, la exclusión social y fomentando la búsqueda de trabajo decente.

La I-PPS tiene por objetivo la promoción de una estrategia nacional que asegure un nivel mínimo de protección social, priorizando la coherencia y coordinación de las diferentes políticas sociales. Ya en 2004 la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización llegó a la siguiente conclusión: “(...) *Debe aceptarse un determinado nivel mínimo indiscutible de protección social como parte de la base socioeconómica de la economía global*”. Precisamente, esta recomendación reforzó los esfuerzos de la OIT para promover la extensión de la protección social para todos como uno de los objetivos estratégicos de su Programa de Trabajo Decente.

El Piso de Protección Social (PPS) trata, entonces, no sólo de una respuesta a los efectos de la crisis económica y financiera global sino, fundamentalmente, de la garantía de acceso a un derecho humano fundamental. En este sentido, I-PPS no implica la definición de nuevos derechos sino la materialización del derecho humano a la seguridad social consagrado como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Protocolo de San Salvador (1988), entre otros instrumentos.

El PPS y sus componentes

El PPS promueve el acceso a servicios esenciales y transferencias sociales para personas pobres y vulnerables e incluye:

1. Un conjunto básico de derechos y transferencias sociales esenciales, monetarias y en especie, con el fin de aportar un ingreso mínimo y seguridad económica para

¹ En base a la contribución de Helmut Schwarzer y Pablo Casalf al *Panorama Laboral de la OIT (2010): “El Piso de Protección Social: Desarrollo Conceptual y Aplicación en América Latina”*.

² Especialista en Seguridad Social de la Oficina de la OIT para los Países Andinos – Lima (Perú).

³ Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente representan el pensamiento de la Institución.

todos, facilitando una demanda efectiva y el acceso a bienes y servicios esenciales;

2. El suministro de un nivel esencial de bienes y servicios sociales tales como salud, agua y saneamiento, educación, alimentación, vivienda y otros de acuerdo a las prioridades nacionales.

La relación sistémica entre los servicios y los medios para garantizar un acceso efectivo, incluidas las transferencias, define los componentes de oferta y demanda del PPS. Por esta razón, no solo debe trabajarse para asegurar la disponibilidad de bienes y servicios en las áreas de la salud, agua y saneamiento, vivienda, educación, alimentación e información conexas, sino también en los medios necesarios para lograrlo, incluidas las transferencias monetarias, a fin de garantizar un acceso efectivo a los distintos bienes y servicios durante todo el ciclo de vida de las personas. Esto es, desde niños hasta personas en edad económicamente activa y adultos mayores.

En la actualidad, es unánime la preocupación respecto de las importantes restricciones en materia de cobertura de la protección social en el mundo y en América Latina en particular. A pesar de las distintas políticas e instrumentos aplicados en las últimas décadas para la extensión de la cobertura, todavía persiste una importante deuda social a favor de nuestras sociedades y respecto de la cual Perú no es la excepción. *En el presente, cuatro de cada cinco personas en el mundo no disfrutan de un nivel adecuado de protección social para enfrentar los riesgos más elementales de la vida.*

En América Latina, la protección social ha reposado desde antaño en la evolución de los seguros sociales contributivos y de afiliación obligatoria. No obstante ello y los esfuerzos por incrementar la contributividad de los distintos seguros, todavía persisten importantes brechas de protección que son canalizadas a través de políticas no contributivas y/o asistenciales y con impacto diferenciado de acuerdo a cada país. Un PPS que asegure niveles mínimos de protección social permite dar respuesta a las necesidades más elementales de la vida y cerrar las brechas de protección, en especial respecto de los grupos más vulnerables y excluidos de una sociedad. Un claro ejemplo de su aplicación práctica, para un componente del PPS, podría constituirlo el Aseguramiento Universal en Salud (Perú). En efecto, su Ley Marco señala que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

En el Cuadro 1 se presenta un panorama de la cobertura contributiva de seguridad social para once países de la región (años 2000, 2005 – 2009), medida como la proporción de la población ocupada de 15 y más años que cotiza efectivamente al seguro social. El promedio regional indica que la proporción de cotizantes efectivos a la seguridad social se ubica en un 46,2% en 2009, vale decir un incremento de 6,6 puntos porcentuales respecto del año 2000. Si bien países como Argentina,

Brasil, Costa Rica y Uruguay reflejan las tasas de cobertura más altas de cotizantes en la región, la extensión de la protección social sigue siendo un desafío para los decisores de políticas públicas. En Perú, por su parte, sólo el 25,1% de la población analizada cotiza al sistema de seguridad social. Si bien este indicador es el más bajo para la totalidad de los países comparados también es cierto que en el período analizado los avances en términos de cobertura han sido importantes, observándose un incremento de 9 puntos porcentuales.

Cuadro 1 América Latina. Población ocupada de 15 y más años de edad que cotiza a la seguridad Social por sexo, según país: Años alrededor del 2000, 2005 - 2009						
País	Porcentaje Nacional					
	2000	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	39.6	41.6	42.6	44.7	45.6	46.2
Argentina 1/	---	61.4	64.3	67.0	69.7	70.1
Brasil 2/	47.2	48.8	50.1	51.9	53.1	54.6
Colombia 3/	34.6	35.9	36.5	38.7	39.8	37.8
Costa Rica	65.7	63.8	65.2	67.0	69.0	69.9
Ecuador 4/	25.0	24.7	25.7	26.2	28.4	30.2
El Salvador	29.7	29.1	29.9	29.9	30.7	28.7
México 5/	35.9	35.6	35.7	36.4	38.3	35.8
Nicaragua	---	21.1	22.4	23.4	25.5	---
Panamá	---	44.5	45.9	47.8	48.7	49.6
Perú 6/	16.1	14.0	15.2	23.4	24.0	25.1
Uruguay 7/	85.2	62.0	63.3	65.5	67.4	---

Nota: El promedio regional refleja el peso de la población concernida en cada uno de los países involucrados.

1/ Los datos corresponden a 32 Aglomerados Urbanos. La encuesta del 2000 corresponde al promedio anual mayo y octubre. Las encuestas del 2005, 2006 y 2008 corresponden a un promedio anual. La encuesta del 2007 corresponde a un promedio que excluye el tercer trimestre. La encuesta del 2009 corresponde a un promedio que excluye el cuarto trimestre.

2/ Los datos del 2000 corresponden al 2001.

3/ Los datos del 2000 corresponden al 2002. A partir del 2007 el marco estadístico está basado en el Centro Nacional de Población y Vivienda año 2005.

4/ Los datos corresponden al IV trimestre de cada año.

5/ Los datos corresponden al III trimestre de cada año.

6/ Los datos del 2000 corresponden al 2004.

7/ Los datos del 2000 corresponden al 2001, 2000 y 2005 datos con cobertura urbana.

Fuente INEI - Encuesta Nacional de Hogares. Informe Técnico N°4 Diciembre 2010.

Esta falta de protección de los sistemas tradicionales es atribuible a numerosas causas, entre ellas las relacionadas con la falta de capacidad contributiva, de información respecto de los derechos y obligaciones con la seguridad social y de confianza con las instituciones gestoras de los distintos subsistemas, así como las altas proporciones de empleo informal. En esta última categoría se destacan aquellos grupos comúnmente conocidos como de *"difícil cobertura"*, es decir los trabajadores independientes, asalariados de las micro, pequeñas y medianas empresas, trabajadores domésticos, trabajadores a tiempo parcial o de ingresos bajos y de subsistencia, entre otros.

Asimismo, los problemas de cobertura se profundizan si la población objetivo son los jóvenes. Para este grupo etario, la proporción que cotiza a la seguridad social alcanza el 37,4% (2009) -promedio regional-. Los países con mejores indicadores entre los jóvenes, proporción de la población ocupada que cotiza a los respectivos sistemas de seguridad social, son Costa Rica (61,3), Argentina (56,6%), Brasil (47,4%) y Panamá (39,9%). Perú, en cambio, registra una tasa de cotizantes del 12,6%, alrededor de un 50% inferior a la verificada para la población ocupada de 15 y más años que cotizan a la seguridad social.

La falta de cotización o afiliación a la seguridad social se traduce en una falta de cobertura efectiva frente a las distintas contingencias cubiertas por la legislación aplicable: vejez, invalidez, muerte, enfermedad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, desempleo y cargas de familia. La baja proporción de adultos mayores percibiendo prestaciones económicas por vejez en muchos países de la región, por ejemplo, se explica justamente por la falta de cobertura o cotización durante su etapa activa. A modo ejemplo, puede citarse la población de 65 y más años de edad que percibe pensión y/o jubilación en México (16,8%), Paraguay (18,5), Colombia (24,9%) y Perú (33,6%). Esta situación no sólo atenta contra la seguridad económica de los adultos mayores y su lucha contra la pobreza y exclusión social, componente del PPS como veremos más adelante, sino también en el acceso a la salud como beneficiarios del seguro social.

Si nos referimos puntualmente a la Salud en Perú, la proporción de la población total afiliada a algún seguro de salud asciende al 65,9% en 2010. Como bien se observa en el Cuadro 2, el 38,4% afiliada al SIS, el 21,4% a EsSalud y el 6,1% a otros seguros. Si bien todavía existe un 34,1% de la población sin afiliación a un seguro de salud y por lo tanto desprovisto de protección, importa igualmente destacar el avance en la población afiliada en el período 2004 – 2010, pasando del 37,3% al 65,9%. Es decir, un incremento de 28,6 puntos porcentuales.

Cuadro 2
Perú: Población afiliada por tipos de seguro de salud
(Porcentaje respecto del total de población de cada ámbito geográfico)

Año/ Trimestre	Nacional				
	Total	EsSalud	SIS	Otros	
2004	37.3	17.4	14.9	5.0	
2005	37.3	17.3	14.1	4.8	
2006	38.3	18.6	15.4	4.4	
2007	42.1	19.6	17.0	5.5	
2008	53.7	20.1	28.1	5.5	
2009	60.5	21.2	33.8	5.6	
2010 ^P	Ene-Feb-Mar	62.5	20.1	37.0	5.5
	Abr-May-Jun	61.6	20.1	36.4	5.1
	Jul-Ago-Sep	65.9	21.4	38.4	6.1

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares. Informe Técnico N° 4 Diciembre 2010.

Mientras la cobertura universal siga siendo un desafío, sea a través de los seguros sociales tradicionales o complementariamente con políticas no contributivas que aseguren niveles mínimos de protección según las disposiciones del Convenio núm. 102 (1952), sobre normas mínimas de seguridad social, el PPS se convierte en una herramienta fundamental para materializar el derecho humano a la seguridad so-

⁴ Población ocupada de 15 a 24 años que cotizan a la seguridad social, año 2009. Para el promedio regional se siguió igual metodología que la observada para el Cuadro 1.

⁵ Fuente: OIT – SIALC en base a estimaciones de Encuestas de Hogares de los países.

cial. De este modo, el PPS promueve un conjunto integrado de políticas sociales concebidas para garantizar a toda persona la seguridad de los ingresos y el acceso a servicios sociales, prestando especial importancia a los grupos vulnerables. Los componentes del PPS pertenecientes al mandato de la OIT en el marco del trabajo interinstitucional son los especificados en el Pacto Mundial para el Empleo: “*el acceso a la atención sanitaria, la seguridad de ingresos para ancianos y las personas con discapacidad, las prestaciones por hijos a cargo y la seguridad del ingreso combinada con sistemas públicos de garantía del empleo para los desempleados y los trabajadores pobres*”⁶

Seguidamente se describen las dimensiones para la extensión de la protección social y el papel del PPS, que privilegia la extensión de la cobertura horizontal o universal.

La extensión de la cobertura

Las principales funciones de la seguridad social consisten en garantizar mínimos sociales y una razonable tasa de sustitución de los ingresos, así como también una efectiva redistribución de los mismos. Es decir, asegurar la provisión de transferencias sociales y el acceso a servicios básicos que permitan a todos los miembros de una sociedad contar con un umbral mínimo de protección social, en el primer caso, y compensar la falta o reducción sustancial de los ingresos del trabajo –salarios y/o rentas- debido a diferentes contingencias sociales en el segundo. Además, la función redistributiva de la seguridad social permite mitigar las desventajas y vulnerabilidades que determinados sectores de una sociedad pudieran enfrentar en función de la realidad nacional. Así, la seguridad social contribuye a una redistribución, por ejemplo: desde jóvenes a adultos mayores, de sanos con enfermos, o de trabajadores con ingresos altos hacia aquellos con ingresos bajos o de subsistencia.

Las funciones mencionadas precedentemente responden a las necesidades de protección que las personas tienen a lo largo de su ciclo vital: durante *la niñez y adolescencia, edades centrales o edad de trabajar y en la vejez*. Si bien en cada una de estas etapas existen riesgos y vulnerabilidades propios, también existen otros que son comunes de todas las etapas del ciclo vital, tales como las enfermedades, discapacidades, déficit habitacional y la imposibilidad de acceder a servicios básicos como saneamiento. Para el caso de la niñez y adolescencia, los riesgos más característicos son la desnutrición, la falta de acceso al sistema educativo, el ingreso prematuro al mercado de trabajo y el embarazo no deseado, entre otros. Por otro lado, durante las edades centrales se destaca la inserción laboral en empleos de baja productividad, el desempleo y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por último, durante la vejez el riesgo de no generar ingresos suficientes para una vida digna a causa de la inactividad además, por supuesto, de la incidencia de las enfermedades crónicas.

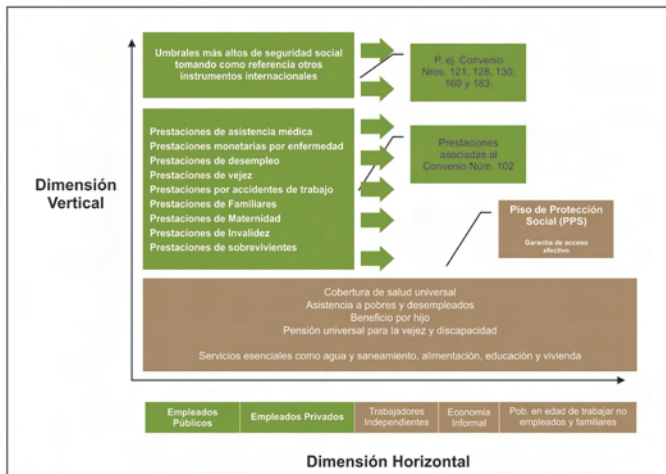
El desafío de los sistemas de protección social modernos radica en asegurar una cobertura mínima y universal a todos los miembros de una sociedad, a través del fortalecimiento de los seguros sociales tradicionales –basados en el aseguramiento laboral- y una adecuada y eficiente coordinación de políticas sociales. Precisamente,

⁶ OIT, 2009. *Para recuperarse de la crisis: Pacto Mundial para el Empleo*, Ginebra (Suiza).

el accionar de los seguros sociales y la coordinación con políticas públicas no contributivas y/o asistenciales debieran garantizar el acceso a transferencias sociales y servicios básicos que permitan sortear los riesgos y vulnerabilidades a lo largo de todo el ciclo vital de las personas y de este modo evitar o superar la pobreza y la exclusión social.

Las estrategias para la extensión de la protección social pueden basarse en dos dimensiones diferentes pero complementarias, una horizontal y otra vertical. La dimensión horizontal, también conocida como cobertura cuantitativa, refiere al porcentaje de la población que está protegida por el sistema, mientras que la dimensión vertical o cobertura cualitativa, remite a los tipos de contingencias cubiertas y al nivel y calidad de las prestaciones asociadas.

Gráfico 1
Dimensiones en la extensión de la cobertura



Fuente: Elaboración propia en base a Fabio Bertranou (2010). “Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: El caso de las Asignaciones Familiares”, (Buenos Aires, OIT).

Referencias:

- Convenio Núm. 102 sobre normas mínimas de seguridad social
- Convenio Núm. 121 sobre prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedades profesionales
- Convenio Núm. 128 sobre prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia
- Convenio Núm. 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias por enfermedad
- Convenio Núm. 160 sobre fomento del empleo y protección contra el desempleo
- Convenio Núm. 183 sobre la protección de la maternidad

La historia de la seguridad social en los países de la región nos muestra que la extensión de la cobertura cuantitativa ha sido gradual. Los primeros grupos cubiertos fueron los empleados públicos, seguidos de los empleados privados urbanos. Posteriormente y con resultados disímiles, la cobertura se ha ido ampliando a los trabajadores independientes, rurales, servicio doméstico, entre otros.

En la dimensión horizontal de una estrategia de extensión de la protección social, el PPS busca garantizar niveles mínimos de protección social a todos y cada uno de los miembros de una sociedad que brinden seguridad económica y acceso efectivo a servicios esenciales como salud, educación y agua y saneamiento. En definitiva, se promueve una cobertura de salud básica universal, la asistencia a trabajadores pobres y desempleados, beneficios a familias pobres con hijos a cargo y una pensión no contributiva asistencial o universal para la vejez y discapacidad. Asimismo, la I-PPS también promueve la articulación de políticas de protección social con políticas activas de empleo que ofrezcan, a través de la formación y el acceso a información sobre la dinámica del mercado de trabajo, posibilidades de inserción y reinserción laboral y mejoras en las condiciones de trabajo. La dimensión vertical, por el contrario, busca alcanzar mayores umbrales de seguridad social tanto en lo que refiere a los tipos de contingencias cubiertas como al nivel de las prestaciones asociadas.

El Gráfico 1 presenta ambas dimensiones, la horizontal y la vertical. La primera representada por el PPS que garantiza los mínimos sociales ya abordados y la segunda asociada al nivel y calidad de la cobertura y sus prestaciones, determinada por la afiliación y contribución a los seguros sociales. En ambos casos, teniendo como referencia las disposiciones del Convenio núm. 102 (1952) sobre normas mínimas de seguridad social, instrumento internacional que se constituye en el parámetro mínimo de cualquier sistema y cuyo texto enumera nueve contingencias objeto de cobertura. Las prestaciones son las siguientes: (i) por accidente de trabajo y enfermedad profesional; (ii) por vejez; (iii) por invalidez; (iv) por supervivencia; (v) por cobertura médica; (vi) por maternidad; (vii) por desempleo; (viii) por enfermedad; (ix) familiares. Este parámetro mínimo de protección social, presente en la dimensión vertical fundamentalmente, siempre podrá ampliarse mediante una mejora en el nivel de las prestaciones y contingencias cubiertas. Para ello, la consideración de otros instrumentos internacionales complementarios al Convenio núm. 102 permitiría este salto cuantitativo y cualitativo, entre otros: el Convenio 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el Convenio núm. 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia, el Convenio núm. 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, el Convenio núm. 168 sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo y el Convenio núm. 188 sobre la protección de la maternidad.

La interrelación de ambas dimensiones supone la construcción de una base representada por la seguridad social obligatoria y el PPS. Es decir, una seguridad social universal a través de la coordinación de políticas contributivas y no contributivas de seguridad social y políticas activas de empleo. Con esta visión, la I-PPS no sólo

contribuye a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁷ sino también la meta de ampliación de la cobertura de seguridad social que determina la Agenda Hemisférica de Trabajo Decente 2006-2015⁸ y que fuera adoptada por los países de la región.

Estimaciones desarrolladas en la OIT indican que el costo de un hipotético PPS, incluyendo transferencias condicionadas de ingresos a familias pobres con niños, servicios básicos de salud y pensión no contributiva para adultos mayores pobres y discapacitados, se sitúa en torno al 3% y 5% del PIB en distintos países de África y América Latina, con impactos simulados en la reducción de la pobreza del orden del 40% y 50%⁹.

Conclusión

En la actualidad, cuatro de cada cinco personas en el mundo no disfrutan de un nivel adecuado de protección social que les permita enfrentar los riesgos más elementales de la vida. Garantizar un nivel básico de protección social constituye, entonces, una necesidad y obligación en respuesta al derecho humano a la seguridad social consagrado como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), entre otros instrumentos.

El objetivo de la Iniciativa del Piso de Protección Social, liderada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en articular y coordinar distintas políticas sociales con la finalidad de garantizar el acceso a servicios esenciales y transferencias monetarias que mitiguen la pobreza y la exclusión social. Las cuatro garantías fundamentales promovidas por el PPS, pertenecientes al mandato de la OIT, implican umbrales mínimos de seguridad social –seguridad económica– para familias pobres con niños, trabajadores desempleados o con ingresos insuficientes, adultos mayores y discapacitados pobres, así como cobertura de salud universal. Además, el PPS también importa un acceso universal a servicios básicos como agua y saneamiento, educación, vivienda, alimentación, formación profesional, entre otros, indispensables para la lucha contra la pobreza y la exclusión social pero fundamentalmente para el desarrollo y formación de capital humano.

La estructura de un Piso de Protección Social debe ser diseñada en función de las propias realidades nacionales, tanto en lo que refiere a las transferencias como a los servicios involucrados, y privilegiando la coordinación y coherencia de las políticas públicas involucradas. De este modo, el PPS adoptará una fisonomía distinta depen-

⁷ Establecidos por las Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio consideran ocho objetivos que los países deben alcanzar en el 2015: (i) erradicar la pobreza extrema y el hambre; (ii) lograr la enseñanza primaria universal; (iii) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; (iv) reducir la mortalidad infantil; (v) mejorar la salud materna; (vi) combatir el SIDA, el paludismo y otras enfermedades; (vii) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y (viii) fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

⁸ La Agenda Hemisférica de Trabajo Decente, adoptada en Brasilia (Brasil) en 2006, plantea la meta de ampliación de la cobertura de seguridad social en un 20% en un plazo de 10 años, 2006-2015. Respecto de la seguridad y salud en el trabajo, la meta refiere a la reducción de un 20% la incidencia de accidentes y enfermedades laborales y duplicar la cobertura de la protección de la seguridad y salud en el trabajo a sectores y colectivos escasamente cubiertos.

⁹ Para estimaciones de costos e impactos de distintos diseños de programas característicos de un PPS, en América Latina, véase CEDLAS – OIT (2008). Para ver estimaciones de costo de paquetes similares para países de África y Asia, véase OIT/SECSOC (2009).

diendo del marco institucional, las restricciones presupuestarias, la dinámica política y las necesidades y pretensiones sociales. El proceso de ejecución y aplicación intentará ser progresivo y gradual, conforme las prioridades y capacidades nacionales y sobre la base de sistemas de protección social ya existentes y fuentes de financiamiento sostenibles en el mediano y largo plazo.

El PPS debiera representar el primer escalón en la transición hacia umbrales más elevados de protección social. Así, la interrelación entre la dimensión horizontal y vertical constituiría la base representada por el accionar de la seguridad social obligatoria y contributiva más la articulación de políticas no contributivas y/o asistenciales para dar respuesta a todos aquellos no protegidos por la primera. A medida que las economías crecen y las capacidades financieras y fiscales se consolidan, la discusión sobre niveles más altos de protección social podría allanarse. En este marco, el Convenio núm. 102 sobre normas mínimas de seguridad social actúa como eje de referencia y a partir del cual se puede trabajar en la profundización del tipo y nivel de coberturas considerando otros instrumentos internacionales como meta a alcanzar (Gráfico 1).

Para el caso particular de Perú, existen varios ejemplos de políticas que se están aplicando en el país y cuyas características responden a las desarrolladas para la I-PPS. El Aseguramiento Universal en Salud, el Programa JUNTOS, el Programa de Asistencia Solidaria GRATITUD, entre otros, constituyen experiencias concretas de componentes de un Piso de Protección Social. En rigor, constituyen políticas con distinto grado de avance y universalización. La consolidación de estos y otros componentes característicos de un PPS, la búsqueda del espacio fiscal para su sostenibilidad en el mediano y largo plazo, su progresiva universalización y la articulación y coordinación de políticas sociales, parecerían ser los desafíos presentes y para el futuro próximo.

De todas formas, resulta necesario destacar que el fortalecimiento de los seguros sociales –obligatorios y contributivos- en la extensión de la cobertura permite asegurar más y mejor seguridad social para la sociedad disminuyendo, adicionalmente, las necesidades presupuestarias crecientes en la consideración de la dimensión horizontal o cuantitativa. Una mayor contributividad a los distintos subsistemas no sólo se alcanzará intensificando las tareas de inspección y fiscalización, propiciando una mayor información sobre los derechos y obligaciones con la seguridad social, generando una mayor confianza en sus instituciones gestoras a través de una mayor transparencia en su accionar, fomentando una cultura de la seguridad social fundamentalmente entre los jóvenes, entre otros, sino también a través de una ampliación del ámbito de aplicación de los sistemas obligatorios. Por ejemplo, en Perú los trabajadores independientes no están obligatoriamente incorporados al seguro social y respecto del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), sólo están cubiertos aquellos asalariados que laboran precisamente en actividades consideradas de alto riesgo. La discusión sobre la potencial inclusión de los trabajadores independientes al sistema, por un lado, y la universalización de la cobertura para el caso del SCTR por el otro, repercutirá positivamente en los niveles de cobertura –horizontal y vertical- al tiempo que profundizará la solidaridad inter e intrageneracional del sistema en su conjunto.

La consideración de un PPS en la estrategia de extensión de la cobertura de seguridad social contribuye para alcanzar los ODM y la meta de ampliación de cobertura prevista en la Agenda Hemisférica de Trabajo Decente 2006-2015, como así también la aplica-

ción del Convenio núm. 102 (1952) de la OIT, que determina estándares mínimos a ser cumplidos por los distintos sistemas tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. En la primera, determinando un número mínimo de contingencias cubiertas, nivel mínimo de los beneficios, tiempos mínimos de cotización para calificar a un beneficio, entre otros. En la dimensión horizontal, por su parte, identificando el número mínimo de afiliados / cotizantes o residentes de un país con cobertura frente a las distintas contingencias previstas en el citado Convenio.

En Perú, el desafío consiste en pensar un sistema integral de protección social donde la articulación y coordinación de políticas sociales sea el común denominador y no la excepción, y para el caso específico de Salud, determinar y consolidar las fuentes de financiamiento y su sostenibilidad en el tiempo. Será importante también la delimitación clara y precisa de la afiliación al régimen semi-contributivo y al subsidiado de manera de no generar una falsa competencia o desincentivos con el seguro social, régimen contributivo.

Finalmente, una estructura de financiamiento sólida y sostenible en el tiempo es vital para la ejecución de políticas públicas en materia de seguridad social. Distintos estudios de la OIT demuestran que es posible financiar un PPS o alguno de sus componentes aún en países con bajos ingresos, sólo se requiere de una adecuada articulación y coordinación de distintas políticas y de un diagnóstico de las prioridades nacionales. Posteriormente, a medida que los países alcanzan niveles más altos de desarrollo económico, también deberían hacerlo sus sistemas de seguridad social. En particular, promoviendo una extensión de la cobertura en su dimensión horizontal y aumentando el nivel y calidad de los beneficios y servicios que ofrece el sistema siguiendo a estos efectos las disposiciones del Convenio núm. 102 (1952), sobre normas mínimas de seguridad social.

Bibliografía

- Bertranou, F. (coord.). 2010. Aportes para la construcción de un Piso de Protección Social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares. Buenos Aires, OIT.
- Bertranou, F. y E. Vezza. 2010. Piso de Protección Social en Argentina. Nota técnica elaborada para la OIT. Buenos Aires, mimeo.
- Casalí, Pablo y Schwarzer Helmut. 2010. El Piso de Protección Social: Desarrollo Conceptual y Aplicación en América Latina. Panorama Laboral 2010. Lima, OIT.
- CEDLAS-OIT. 2008. Un Piso de Protección Social en América Latina: costos fiscales e impactos sociales. Universidad Nacional de La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales. Documento de Trabajo N° 71. La Plata, Buenos Aires.
- OIT. 2011. Un piso de protección social para una globalización equitativa: Coherencia de las políticas y coordinación internacional. 310ª reunión, Ginebra (Suiza).
- OIT/OMS. 2010. Iniciativa del Piso de Protección Social. Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas. Ginebra (Suiza).
- OIT/SECSOC. 2009. Extending Social Security to All. A review of challenges, present practice and strategic options. Geneva, Draft for discussion by the Tripartite Meeting of Experts on Strategies for the Extension of Social Security Coverage TMESSC/2009, Social Security Department.

SOSTENIBILIDAD EN EL FINANCIAMIENTO PARA EL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN CHILE

Dra. María Soledad Barria¹

Referirme a la sostenibilidad en el financiamiento parece presuntuoso para una médica como yo. Podemos preguntarnos por qué requerimos de preocuparnos especialmente por la sostenibilidad en el financiamiento para la cobertura universal en salud y no nos preguntamos por la sostenibilidad que tiene que tener el financiamiento de las Fuerzas Armadas, la administración del Estado u otras. En realidad, pareciera que la noción de sostenibilidad nace cuando la salud se financiaba con proyectos externos y se requería asegurar que el propio país iba a poder mantener una política social aún cuando inicialmente lo fuera por entidades externas. Se preguntaba entonces acerca de la sostenibilidad o sustentabilidad de mantener ese proyecto con recursos propios de la nación. La salud y su financiamiento, al igual que otras políticas públicas, es un asunto de estado, una definición de la sociedad, antes que de las personas individuales. Siempre habrá riesgos de que no contemos con la capacidad financiera como país para sostener lo que queremos hacer en salud y es por ello que a lo que me voy a referir en realidad es al tema de la viabilidad más que de la sostenibilidad.

Cuál es la viabilidad que tenemos para introducir los cambios que se requieren, cuál es la viabilidad y qué esperan, por lo tanto, los distintos actores o cómo nos ven en Chile los distintos actores cuando hemos tratado de introducir cambios a la hora de las reformas. Revisaremos entonces las miradas desde la población, desde lo sanitario, lo económico, político y también desde los resultados globales. Esas miradas son las que van construyendo la viabilidad.

Desde la población.

Se señaló que salud es un derecho y tiene que constituirse como derecho efectivo, primero social y luego en acceso, calidad e integralidad. Pero cuál es la percepción de la población respecto a salud? Nos preguntamos cuánto apoyo tenemos para realizar los cambios de parte de la ciudadanía?

Nuestro primer problema es cuando se habla de salud, se escucha o entiende más como enfermedad que como salud. Para la ciudadanía es más entendible cuando nos referimos a prestaciones curativas que cuando hablamos de políticas sociales que son intersectoriales y que más bien van a la promoción y prevención de enfermedades. Tenemos un problema ya que la ciudadanía nos juzga sólo desde lo curativo y las más de las veces los técnicos hablamos de salud en su aspecto conceptual. Cuando una política pública sanitaria es exitosa, es generalmente transparente. Cuando no tenemos muertes por diarreas la población puede no darse cuenta de que hemos sido exitosos en su prevención, ya sea del cólera u otra enfermedad. Las políticas públicas sanitarias, probablemente las más efectivas, son poco visibles y poco mediáticas, o no hemos sabido hasta ahora comunicarlas de la mejor mane-

¹ Ex Ministra de Salud Chile

ra. Hemos tenido, a lo menos en Chile, una baja capacidad, como sector salud, de explicar a la población la completitud de los desafíos sanitarios. Tenemos aquí un déficit, un problema. Somos juzgados por la población como sector y requerimos de un mejor manejo de lo que es la comunicación social.

En Chile hay estudios respecto a la satisfacción de las personas en sus respectivos sistemas de salud del 2006 en adelante y no muestran diferencias demasiado significativas entre el Fondo público o la ISAPRE privada. En alguno es algo más satisfactorio para uno, en el siguiente para otro, pero no es la desproporción que aparece en los medios de comunicación social respecto a la valoración que tendrían las personas por un sistema u otro. Hay mucho de manejo comunicacional en el desprestigio del sector público. Insisto, no hemos sido capaces de mostrarlo de otra manera.

Cuando se partió el año 2002, la última reforma en Chile, el primer proyecto de ley que se envió al Parlamento y que fue el símbolo de la reforma era el proyecto de los Derechos de las Personas en su Atención de Salud. Ha sido el único que nunca se aprobó. Se aprobaron en cambio los que modificaban la institucionalidad y la regulación de los seguros. Se aprobaron todos los demás, menos aquel que probablemente era el que producía un cambio más cualitativo, si es que las leyes pueden producir cambios, pero en fin, vamos a suponer que así es.

Se trataba de otorgarle dignidad a las personas, de evitar el autoritarismo de nosotros los técnicos en lo que es la atención en salud, aceptar la opinión del paciente, pasar de beneficiario a sujeto de derechos.

Permítanme comentar un hecho real, un tema aparentemente banal pero en realidad de gran trascendencia. Decididos a mejorar la calidad de la atención nos preguntamos por qué en las clínicas privadas, las personas pueden tener visitas durante todo el día, estar largas horas con sus familiares y por qué en los hospitales públicos tenían visitas, por ejemplo, los miércoles de una a dos de la tarde y los domingos otra hora. Se daban como excusas razones técnicas que en realidad ya no existían. Se ordenó entonces que los hospitales públicos debían tener visitas todos los días, al menos 8 horas diarias. Fue inicialmente un desastre desde el punto de vista de la gobernabilidad interna. Por supuesto, este era el juicio al interior del sector, pero no así con la calidad percibida, porque la gente que viajaba largas horas para visitar a sus parientes podía ahora acompañarlos de mejor manera. No había en realidad ninguna justificación técnica para no permitir las visitas, al contrario.

Cuántas veces escuchamos que el problema de las urgencias es que la gente cree que es urgente aquello que no es urgente, pero en realidad, si para las personas es urgente, eso es urgente. Somos nosotros, los que organizamos o entregamos el servicio los que debemos evitar que, para esa urgencia que nosotros consideramos simple, vaya al hospital que hace la cirugía cardiológica y en cambio, ofrecerle a esa población soluciones acorde a lo que es el sentimiento de las personas. Es indispensable hacernos responsables y responder efectivamente como sector a lo que son necesidades de las personas en su atención de salud.

La ciudadanía tiene una percepción, al menos en Chile, que ha ido variando pero todavía existe, negativa respecto a la calidad percibida en su atención y es importante hacerse cargo como un desafío de sostenibilidad. Debemos que mejorar la valoración social del sector salud en todos sus aspectos.

En lo técnico sanitario.

Construir viabilidad técnica para los cambios es indispensable para su sostenibilidad. En el día de ayer me extendí sobre los fundamentos técnicos para los cambios y no los repetiré ahora. Sólo recordar la necesidad de políticas públicas intersectoriales, una organización de servicios sanitarios basados en atención primaria, una priorización de problemas sanitarios tomando en cuenta las necesidades de la población tanto objetivas como subjetivas, y la selección de intervenciones sobre esos problemas que sean efectivas y puedan realizarse lo más cercano posible a la población. Existen suficientes datos técnicos para demostrar que todo ello necesario para hacer un sistema eficiente que cumpla los objetivos de hacer realidad el derecho a la salud y compatible con recursos económicos propios de nuestros países.

Desde lo económico.

Aquí y en Chile, así como en todas partes y como lo han mostrado los expositores anteriores, las fuentes en los gastos de salud se dan en base a impuestos y contribuciones.

En Chile se da una mezcla que cubre a más del 95% de la población con algún tipo de seguridad social. El 80% cubierto por el sistema público a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y casi un 15% en el sistema privado (ISAPRE), que también es parte de la seguridad social. Ese 5% que no tiene cobertura es una mezcla de particulares no afiliados y los excluidos reales, que en teoría no deberían existir porque FONASA, el sistema público, cubre a todos aquellos que no lo tienen. Tenemos sí un problema de sostenibilidad en este sistema dual que segmenta sueldos y riesgos. Segmenta sueldos porque son sueldos altos que están en el sistema privado y los sueldos bajos, los que hacen solidaridad en el sistema público.

Las personas que tienen un riesgo sanitario alto generalmente están en el sistema público y en el sistema privado están los de riesgos bajos. Esta misma segmentación del sistema, atenta finalmente contra su sostenibilidad en el largo plazo. Mantener un sistema de este tipo es difícil ya que el sector más pobre asume los mayores riesgos sanitarios, especialmente en un futuro con una población que envejece. Tenemos ya una expectativa de vida de 78 años, y de hecho hoy día hay una comisión gubernamental para plantear otra reforma de la salud, una reforma al financiamiento.

Hay una utilización de los recursos que también está segmentada y diferenciada en Chile entre los sistemas público y privado en materia ahora de servicios de salud. Hay prestaciones, como las vacunas, entrega de leche y otras, que se dan para todas las personas por parte del sistema público, más allá de la afiliación de las personas al seguro público o privado. El sistema privado en cambio, se ocupa sólo de la parte curativa de sus beneficiarios, pero entrega cada vez más servicios privados a personas afiliadas al sector público. Se produce también una cierta mezcla en la

provisión de servicios, que es creciente. Hay un segmento de los beneficiarios del sistema público que prefieren realizar algunas de sus prestaciones en el sistema privado, mediante un sistema co-financiado por el afiliado, denominado, “modalidad de libre elección” y que ha permitido justamente un gran desarrollo del sistema privado. Por otra parte la existencia de garantías explícitas de salud hace que cuando el sistema público de salud no puede dar cuenta de esas garantías se compran servicios al sistema privado.

En nuestro país, el gasto público en salud es de un 3,5% del PIB y el gasto global cercano al 7% del PIB. Respecto a la fuente de ese gasto público, algo más de la mitad es el aporte del fisco, a través de impuestos generales, y la otra mitad son las cotizaciones de trabajadores (7% del salario) que optan por estar en el sistema público; es decir, el sistema público con la mitad del gasto del país cubre al 75% de la población y da cuenta de todas las políticas intersectoriales y de salud pública. Este gasto público es relativamente bajo y en relación a los resultados podemos hablar de un uso eficiente de los recursos del sistema público

La evolución en el tiempo de los aportes a ese gasto público muestra que el aporte fiscal se ha ido incrementando y las contribuciones sociales, la cotización de los trabajadores, han ido disminuyendo relativamente.

Uno de los problemas en cualquier sistema es el gasto de bolsillo. La pregunta es si este gasto de bolsillo es indispensable para tener acceso a servicios de salud o bien se trata de un gasto de bolsillo porque determinados segmentos de la población prefieren una libre elección y no concurrir a las instituciones del sistema público. Por otra parte, aquellos que están en el sistema privado tienen un mayor gasto de bolsillo pero también allí hay una elección.

Una encuesta a hogares con estratificación socioeconómica, realizado el 2007 en Chile, mostró que el gasto de bolsillo del primer quintil era de un 4% de sus ingresos, en cambio en el quintil más rico se destinaba un 14%. Si bien importante, se trata de un gasto progresivo y no es regresivo, en el sentido de que no es que los más pobres tengan que gastar más para tener acceso a salud; sino que con mayores recursos se tiende a gastar más en salud, tanto en países ricos, como las personas que tienen más recursos y no es que necesariamente estén ligados al acceso evidente en salud. Efectivamente, el acceso a consultas médicas estratificadas por niveles de ingreso no muestra diferencias en la últimas CASEN. (Encuesta Nacional de consumo)

Desde lo político.

Nos hemos referido a la viabilidad de la reforma, desde lo sanitario y la necesidad de tener prestaciones efectivas, y con un acceso que dé posibilidades a toda la población. A lo económico en el sentido que, el financiamiento viene siempre por impuestos y cotizaciones y finalmente, la decisión va a ser de la sociedad: cuánto se gasta y en qué. Y allí llegamos de lleno al plano Político.

Es importante analizar lo político, cuáles son las instancias donde se toman decisio-

nes. Yo me alegro mucho y felicito al Perú que ha hecho los acuerdos de partidos políticos que se han mencionado aquí, respecto a temas centrales de salud. Creo que eso es un gran paso. Es efectivamente indispensable que existan instancias formales que permitan ir avanzando en acuerdos, porque finalmente la sostenibilidad y la viabilidad está basada en llegar a acuerdos sociales de qué tipo de sociedad es la que queremos construir para la gente que habita en nuestras respectivas patrias.

Otro nivel político es el de la participación de la ciudadanía. En Chile, se han fomentado instancias de participación en cada uno de los establecimientos de salud pública. Un consejo consultivo funciona en cada centro de salud u hospital, con participación de la comunidad. Sin embargo este es un proceso todavía incipiente en mi país, muy atrás respecto a países como el vuestro o Bolivia. Ha costado mucho el concepto que la ciudadanía pueda hacer control social, todavía son instancias en que se explica sin un efectivo control social. En nuestra cultura cuesta, cuesta pero parece indispensable avanzar, es parte de la construcción, de la sostenibilidad o de la viabilidad de las reformas.

En materia de sostenibilidad el aspecto político es lo central. Sabemos de dónde podemos obtener los recursos para esa sostenibilidad financiera. No existe misterio. Tienen ustedes maravillosos técnicos para saber cuánto espacio hay para poder incrementar el gasto, pero lo central en realidad es que se trata aquí de una definición política, que necesariamente tendrá que tomar en cuenta las diferentes miradas que hemos ido revisando.

Esas diferentes miradas van a estar enjuiciando lo que realiza el sector salud, siempre; y realizar cambios significa llegar a una decisión política que abarque un periodo de mediano y largo plazo y que logre los acuerdos sociales suficientes para hacer realidad esos cambios.

En Chile, el año 2002 en adelante, cuando se planteó la reforma de salud no hubo el acuerdo social suficiente ni la fuerza política para establecer un fondo único solidario universal. No lo hubo, entre otras cosas, porque la elite que tomaban las decisiones, estaba toda en las Isapre y ese sistema privado era lo que conocían. Por otra parte me he referido ya a la "trasparencia" del sector público y nuestra propia incapacidad de mostrar los logros alcanzados. Entonces era muy difícil, desde el no conocimiento de algunos sumado a la ideología de otros, pensar que un Fondo solidario universal podía ser un bien deseable para el toda la población.

Tenemos mucho que trabajar los que pensamos que el sistema público puede ser un sistema de muy buena calidad y dar muy buenas condiciones a su gente. Y tiene que ir acompañado de las capacidades institucionales y políticas para rendir cuenta a los diversos actores que están formando parte de este acuerdo social. Estas capacidades incluye poder determinar cuáles son los actores relevantes que están influyendo efectivamente y en qué sentido están influyendo, por ejemplo cuando hablamos de la sostenibilidad del financiamiento o cuando hablamos de la regla fiscal sabemos que estamos hablando de un poderoso señor que establece el mapa a nivel del mundo y quizás es indispensable en este momento mantenernos al interior de la regla fiscal;

sin embargo, se puede, por lo menos, buscar los cambios posible al interior de esta regla como ustedes lo planteaban.

Referirnos entonces a la sostenibilidad del financiamiento nos ha llevado a analizar qué queremos en salud y cómo lo haremos; cuáles son los soportes o cómo creamos viabilidad para esos cambios, en estos distintos ámbitos. Debemos relevar mejor cómo aporta salud a la calidad de vida de la población, cómo lo evaluamos y cómo lo comunicamos.

En Chile el año 1939, después del terremoto que cobró más víctimas en Chile, Salvador Allende, entonces Ministro de la Salud, comienza a plantear la necesidad de reformar el sistema de salud, para ir a un Sistema Nacional de Salud, que será Ley finalmente el año 1952. En esa época, 1939, Allende decía “la mortinatalidad equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil, mueren 250. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes; la cuarta parte antes del primer año, casi la mitad antes de cumplir nueve años. 400 mil niños no concurren a ninguna escuela, es decir 42% de la población en edad escolar. Tenemos 600 mil jóvenes analfabetos.”.

Hemos tenido grandes cambios como país, un gran desarrollo con una expectativa de vida de 78 años y una mortalidad infantil que fue cayendo en picada hasta 7,8 por mil nacidos vivos, pero tenemos también una desigualdad que no hemos podido transformar, una desigualdad que significa que las personas del 20% más pobre participa sólo de 5 al 6% del PIB. En cambio, el quintil más rico está cercano al 50%.

Salud ha contribuido a cambiar la demografía, la pirámide de población de los años 70 ya no es tal y el año 2050 va a ser una torre. Sin embargo, tenemos varios Chile, hay una demografía que sigue siendo pirámide del primer quintil de población, aquel más pobre, y el quinto quintil se parece más a Europa. Y todo en el mismo país. Este cambio etario significa que tenemos enfermedades que son más complejas hoy día, ya no tenemos las enfermedades infecciosas, tenemos las enfermedades de países más ricos y todavía somos un país subdesarrollado.

La mortalidad infantil promedio es de 7,8 por mil nacidos vivos pero los hijos de las mujeres que habían tenido más de trece años de educación tienen una mortalidad infantil de país desarrollado y aquellas que no tenían tres años de escolaridad, era de 15. Cuando hablamos de las políticas intersectoriales estamos hablando de cómo podemos hacerle frente a las desigualdades, nosotros hemos tratado de medir si hemos logrado incidir al menos en reducir la brecha entre las mujeres con más mortalidad infantil, hijos de mujeres con más mortalidad e hijos de mujeres con menos. Efectivamente, por lo menos hemos disminuido esta brecha.

Hemos logrado disminuir la brecha, pero no hemos logrado todavía anular esta diferencia entre los hijos de las madres con más o menos escolaridad. Chile tiene buenos resultados desde el punto de vista de la eficiencia global del uso de los recursos destinados a Salud, tiene una muy buena esperanza de vida como muy bajo gasto relativo, como he demostrado; sin embargo sigue siendo cuestionado el

sistema público en su globalidad. Hemos cumplido los objetivos, tenemos objetivos sanitarios que fueron planteados en la reforma, hay una evaluación permanente del cumplimiento o no cumplimiento, y hay esfuerzos por aumentar la rendición de cuentas a la población.

Más allá de la sostenibilidad, más allá de lo financiero, debemos preguntarnos por el tipo de sociedad a la que aspiramos, con la capacidad de buscar un pacto social de viabilidad a largo plazo y la capacidad para demostrar la construcción de estas capacidades en el desarrollo del país. En Chile tenemos algunas cosas buenas, pero muchas cosas que no son a imitar pero si se pueden sacar lecciones. El problema del financiamiento es para las lecciones. La organización del sistema de salud público, basado en atención primaria, algo de lo cual enorgullecemos.

Tuvimos este año un terremoto y un maremoto absolutamente dramático, hicimos una evaluación de cómo respondió la atención primaria de salud frente a esta catástrofe, una catástrofe que hundió pueblos. Quiero terminar con algo que señaló una funcionara de salud en uno de estos talleres: “la importancia de invertir como país en la construcción y desarrollo del capital social como política pública para poder enfrentar las catástrofes. Yo creo que no es la primera ni la última, ninguna respuesta institucional, ni del Estado va a ser suficiente porque si no tengo capital social esto sobrepasa cualquier cosa, entonces tenemos que tener esto como país, como una política de Estado”.

Se refería a la atención primaria basada en una medicina familiar y comunitaria.

Muchas gracias

PROBLEMAS DE LA SOSTENIBILIDAD DEL FINANCIAMIENTO EN LA EXPERIENCIA DEL MODELO COLOMBIANO DE ASEGURAMIENTO

Autor: Dr. Román Vega Romero¹

El tema que voy a tratar es de crucial importancia para el debate actual en Colombia sobre la nueva reforma en curso del sistema general de seguridad social creado en el año 1993. Esta presentación la he organizado pensando en la discusión que ustedes, colegas peruanos, y muchos de nuestros compañeros y compañeras latinoamericanos tenemos sobre la relación entre la ampliación de la cobertura de la afiliación a los sistemas de salud basados en seguros obligatorios, la integralidad de las prestaciones que estos sistemas garantizan a la población y los problemas de su financiamiento. Colombia, durante los ya casi 17 años de existencia del sistema general de seguridad social en salud, ha tenido varios momentos de cambio, de ajuste de la implementación del sistema, y en este año está en un proceso crucial de debates políticos sobre el tema. Ese debate se ha desarrollado en dos momentos.

En primer lugar nosotros recibimos el año nuevo del 2009 con una declaratoria de emergencia social con el argumento de que el sistema estaba ad portas de una quiebra financiera sino se introducían unos correctivos que el presidente Álvaro Uribe introdujo a través de unos decretos. Esos decretos concitaron una gran protesta social, particularmente de los sectores de clase media y de sectores populares, y un gran debate público a través de los medios de comunicación. Los decretos fueron rechazados por la Corte Constitucional que los declaró inexecutable en gran parte de su contenido y dejó sólo algunos aspectos secundarios vivos.

El segundo momento es el actual, cuando cursan en el Congreso de la República dos proyectos de Ley: uno que se llama de Ley Estatutaria y otro de Ley Ordinaria. Los dos proyectos de Ley son la respuesta del gobierno actual, de Juan Manuel Santos, a los problemas que buscaban resolver los decretos de emergencia social, de modo que son los mismos problemas, ahora interpretados por el nuevo Gobierno, los que nos tienen en este debate político en nuestro país y en este proceso de reforma del sistema general de seguridad social.

El primero de los proyectos de ley hace referencia a la regulación del derecho a la salud de los colombianos, y el segundo también, aunque en un marco dependiente del primero. ¿Cuáles son los problemas que tratan? Dos son los problemas que se han institucionalizado e inscrito en la agenda pública por mandato de la Corte Constitucional. El primero, el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe terminar cubriendo a toda la población, es decir, dar la garantía de la universalidad del aseguramiento. El segundo es el de la nivelación de los planes de beneficio, particularmente entre los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado, cuyos planes debieron ser nivelados en el año 2001. La Corte le ha dicho al

¹Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia

Gobierno “debe hacerlo”. En interpretación de algunos esta orden se produce como consecuencia de la enorme cantidad de tutelas por parte de la población demandando acceso a servicios de salud necesarios que ha congestionado los juzgados de Colombia y, en interpretación de otros, como consecuencia del comportamiento inmoral de jueces, médicos y usuarios en términos de la inducción de la demanda de los servicios.

De otra parte, se busca dar respuesta a otros dos problemas: por un lado, a la vieja crisis colombiana del sistema general de seguridad social en salud, dada su enorme debilidad para afrontar los problemas de la salud pública y de la atención primaria de salud. Se trata de introducir una reforma que haga compatible el sistema general de seguridad social, particularmente en el campo de prestación de servicios, con los principios y conceptos de la atención primaria de salud. Este es el intento de hacer que un sistema de aseguramiento orientado por el mercado trabaje con atención primaria de salud. Por otro lado, se busca ajustar el gasto público en salud al marco de la regla fiscal puesto que los cambios tienen un costo adicional: tanto la nivelación de los planes de beneficios obligatorios del sistema de salud como la terminación de la universalización del aseguramiento y obviamente tiene un costo la atención primaria de salud.

Como todos los cambios suponen un tope en el gasto público por ello cursa en el Congreso de la República otro Proyecto de Ley que busca declarar la regla fiscal como un derecho.

Voy a comenzar por recordarles qué es lo que se creó en Colombia en el año 1993. Es un sistema en el que, como ustedes ven, una parte de la población se afilia a un régimen contributivo, la población con capacidad de pago ya sea porque trabaje en empleos formales o porque sea trabajadora independiente, y por otra parte, la población sin capacidad de pago se afilia a un régimen subsidiado, previa selección mediante una encuesta de hogares según sus niveles de pobreza.

Otra parte de la población es aquella que está en tres condiciones: primera, la más ventajosa, no pertenece al sistema general de seguridad social porque tiene sus propios sistemas particulares de aseguramiento. Segunda, la población que siendo candidata a ser afiliada al régimen subsidiado sin embargo todavía no puede ser afiliada por sus autoridades territoriales porque no hay recursos para afiliarlos y para sostener la afiliación hacia el futuro. Estas personas reciben directamente servicios de los hospitales públicos, quienes reciben todavía un subsidio a la oferta para atender esa demanda de la población pobre no afiliada. Y tercera, el grupo que no está afiliado en ninguna parte, que no califica como pobre, que debería pagar por aseguramiento en el régimen contributivo, pero seguramente no tiene cómo pagar.

El sistema segmentado en dos regímenes –el de seguridad social en salud creado en 1993- es alimentado por un fondo público de solidaridad y garantías – FOSYGA- que recibe recursos que captan las Empresas Promotoras de Salud –EPS- de las cotizaciones de los trabajadores. Las EPS, administran los recursos de este fondo que se les entregan, mediante una unidad de pago de capitación que representa el costo

proyectado de la atención de cada afiliado, para la atención de los afiliados. Este fondo compensa a las EPS, les hace reposición de recursos (llamados recobros) cuando la persona demanda por vía judicial servicios no incluidos en el plan de beneficios y las EPS se ven obligadas a autorizar su prestación. Las EPS contratan la prestación de los servicios con empresas prestadoras de servicios de salud, los hospitales e instituciones de salud públicos y privados, quienes compiten en el mercado de prestación de servicios, para lo cual los hospitales públicos han sido convertidos en empresas sociales del Estado. Estas empresas tienen autonomía administrativa, jurídica y financiera y deben subsistir de la venta de servicios a las EPS del régimen contributivo y a las EPS del régimen subsidiado.

Así, como hemos visto, las EPS manejan, controlan, administran los fondos del per cápita que les entrega el FOSYGA y contratan los servicios de los hospitales. La mayor parte de las EPS son hoy empresas privadas con ánimo de lucro, hay una o dos, tal vez, EPS públicas. El antiguo sistema del seguro social ha sido eliminado en la competencia y se ha creado una red de EPS privadas muy fuertes; las EPS pueden crear sus propias redes prestadoras de servicios de salud hasta un 30% del gasto total en que incurran, de modo que se ha desarrollado en el país una cada vez más extensa red privada, aseguradora y prestadora de servicios de salud, y se ha dado un debilitamiento, en términos de su existencia física e institucional, de la red pública aseguradora y prestadora de servicios.

Las EPS del régimen subsidiado se financian con varias fuentes, entre ellas impuestos, generalmente regresivos, aportes de las Cajas de compensación familiar y de los municipios, y con un 1.5 de la solidaridad que todos los afiliados al régimen contributivo aportamos. Debo recordar que la cotización al régimen contributivo es de 12.5% de los salarios. Las EPS del régimen subsidiado contratan la afiliación de los pobres a través de los municipios, particularmente de los fondos territoriales, e igual que las EPS del régimen contributivo reciben una unidad de pago por capitación por cada afiliado. Esta es la lógica general de lo que se llama Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

¿Es universal el sistema general de seguridad social de Colombia? Hay que ver qué pasa en conjunto con los instrumentos de Gobierno que deberían garantizar no solo universalidad de cobertura por afiliación sino por acceso a prestaciones integrales, que es lo que deberíamos entender por universalidad. Voy a referirme a cada uno de estos tópicos. Recordemos que el aseguramiento en Colombia es obligatorio. Hay un plan obligatorio de beneficios que llamamos post, con el cual nos referimos al plan de beneficios, están las cuotas moderadoras. Los tiempos para acceder a los servicios y, obviamente, la prima, que es la unidad de pago por capitación.

De acuerdo con las estadísticas oficiales los resultados son aparentemente envidiables: Colombia tiene un 96.7% de su población afiliada al sistema general de seguridad social; de ese 96.7% del total de la población colombiana, que son más o menos 44 millones, 23 millones de personas están afiliadas al régimen subsidiado y 17 al régimen contributivo.

En el marco de la prosperidad económica que se lograría con la apertura económica anunciada por el gobierno de Cesar Gaviria a inicios de los años 90, como consecuencia de las medidas neoliberales adoptadas se debió crecer económicamente y generar empleo e ingresos que obligaran al 70% de la población a afiliarse al régimen contributivo. Aunque ha habido crecimiento lo que ha ocurrido es lo contrario, la mayor parte de la población, un enorme porcentaje, está afiliado al régimen subsidiado y la menor proporción al régimen contributivo. Es decir, se invirtió la proyección que se tuvo desde el comienzo. Explicaciones dadas: evasión, elusión, pero tal vez una es clave para la sostenibilidad financiera de los sistemas generales de seguridad social financiados con contribuciones, hay que crecer pero igualmente hay que generar empleo, buenos ingresos y reducir la pobreza y la desigualdad social.

Colombia creció, pero también creció la informalidad empresarial y laboral, y al mismo tiempo el desempleo hoy alrededor del 12%, con una tasa del 46% de la población por debajo de la línea de pobreza, y con un 18% de la población en indigencia. Estas son cifras aterradoras, de modo que Colombia no es solo un país con alto desempleo, alto índice de informalidad, sino también desigualdad de ingresos, el Gini está en 0,56. Pero también hay buenas noticias, el crecimiento de la afiliación de los pobres ha sido un éxito, los quintiles más pobres de la población entre 1995 y 2008 han alcanzado unas tasas de afiliación enormes al régimen subsidiado, los analistas dicen que esto es muy progresivo y efectivamente lo es en términos de afiliación, con lo cual se benefician las EPS en primer lugar.

Ahora ¿son integrales, equitativos y de fácil acceso los beneficios ofrecidos por el sistema general de seguridad social? Lo primero que hay que decir es que el plan de beneficios de Colombia tiene sus antecedentes en el del viejo Instituto de Seguros Sociales. En 1977 el ISS diseñó una especie de plan de beneficios bastante completo en su momento, ese plan de beneficio fue negociado políticamente en el debate del Congreso de la República en 1993 y fue el plan que quedó incluido para los afiliados al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud creado ese año; sin embargo, ese plan fue muy poco actualizado en el curso de esa historia porque aunque los problemas de salud cambian, y también los conocimientos y tecnologías médicas, sin embargo no ha sido modificado el plan en términos de la inclusión de esas intervenciones. Recordemos que la salud es un concepto indeterminado, como lo son las tecnologías en salud, pero la actualización en el plan de servicios sólo se inicia en el 2002 con medidas puntuales de poco alcance, de modo que la Corte Constitucional se vio obligada en la sentencia T 760 del 2008 a decirle al Gobierno que debía actualizar y nivelar el plan de beneficios. Esa es la tarea en la que el Gobierno está en estos momentos y ha propuesto nivelar los planes, con los proyectos de Ley, el 28 de febrero del año 2015.

Formalmente hay dos planes de beneficio obligatorios, muy inequitativos porque el de los afiliados al régimen subsidiado, que se supone son los más necesitados, oscila entre el 23 y 59% de los afiliados al contributivo. Pero realmente hay muchos más planes de beneficios, siempre más abarcativos para los que más ingresos tienen. Se han venido tomando medidas, con base en la exigencia de la Sentencia de la Corte, y hasta ahora se ha unificado el plan de beneficios para los menores de 18 años; se

han tomado otras tres medidas como quitar las cuotas moderadoras y copagos a los afiliados del nivel 1 de pobreza, es decir, los más pobres de los pobres, a pesar que todas las evidencias indican que los copagos y las cuotas moderadoras son efectivamente una barrera de acceso a los servicios de salud y no aportan mucho a la calidad de los servicios; y para merecer los beneficios de alto costo se ha disminuido el tiempo de cotización a medio año, cuando antes era más de un año y una persona tenía que cotizar todo ese tiempo para merecer estos servicios.

Bien, creo que el problema es, por un lado, un problema de financiamiento: el gasto público en salud del país es, según el gobierno y el Banco Mundial, el 5.1% del PIB. Según esas mismas fuentes el gasto privado es el 1.1% del PIB, gasto privado que, frente a otros países de la región, es aparentemente uno de los menores. El gasto per cápita promedio es de 534 dólares. Pero, miren ustedes, esta es la otra cara del sistema de salud colombiano: hay regímenes exceptuados cuya prima es de más de dos millones de pesos mientras que la del régimen contributivo es de alrededor de 500.000 pesos y las del régimen subsidiado oscilan entre 280.000 y 111.0000 pesos. Ello se debe, como se dijo antes, a que existen varios planes de beneficios debido a la gran segmentación del sistema de salud, como los de la fuerza pública, los maestros, los profesores universitarios, que tienen sus propios regímenes. El modelo de financiamiento, la administración privada de los fondos del per cápita y los múltiples planes de beneficios segmentan y fragmentan el sistema y generan insostenibilidad. Por negación de los servicios a que la población tiene derecho o por exclusión de los mismos de los planes de beneficios la población hace uso del derecho tutela.

El monto del gasto en tutelas es más o menos el 4,7% del total de los recursos disponibles en el régimen contributivo, y de 0,4% del total de los disponibles en el régimen subsidiado. La cantidad de pagos por tutelas en salud ha crecido en Colombia en los últimos años porque hay una tendencia de crecimiento de las tutelas. Muchas tutelas son del régimen contributivo, otras del subsidiado. Hay que decir que las decisiones de afiliación al régimen subsidiado han sido políticas, en gran parte, políticas. Pero ¿por qué los colombianos colocamos tutelas? Estudios de la Procuraduría General de la Nación y de la Defensoría del Pueblo indican cuáles son las causas principales, entre ellas tenemos la epilepsia y síndromes relacionados, enfermedad por VIH, artritis reumatoide, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia y trasplante renal, diabetes mellitus, glaucoma, tumor maligno de la mama y osteoporosis. Estas causas principales representan el 28% de la carga de enfermedad estimada para Colombia en el año 2005, algo importante en términos de necesidad de salud de la población.

El 46% de las tutelas son no POS, es decir, son por servicios, intervenciones y tratamientos que la población necesita pero que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud; y el 53% de las tutelas son por servicios, intervenciones y tratamientos incluidos en los planes obligatorios de salud pero que son negados por las EPS. La mayor parte de las tutelas las colocan los afiliados al régimen contributivo, en donde hay una gran masa de pobres, no solo ricos, y el 14% son colocadas por afiliados al régimen subsidiado. El monto de las tutelas frente a los recursos disponibles del sistema es de 5.5% y gasto privado que tienen los colombianos en el sistema de salud, de acuerdo a nuestros cálculos es realmente del 25% de los recursos disponibles.

¿Cuál es el problema de fondo, a mi juicio, en el sistema general de seguridad social de Colombia? En primer lugar, nosotros tenemos un sistema en manos privadas que ha aumentado la integración vertical, es decir, el asegurador a su vez es prestador e integra, monopoliza y diversifica el negocio relacionadas o no relacionadas con las actividades de salud. En segundo lugar, la mayor parte de red de EPS y de la red privada de prestación de servicios es privada. No es cierto que lo privado sea menos costoso, menos corrupto y más eficiente en el campo de la atención en salud. Todos los estudios indican que lo privado cuesta más porque hay mayores incentivos para que cueste más y para que se saqueen los recursos públicos. Las denuncias del día a día en Colombia señalan que las EPS cobran el doble por el precio real de muchos medicamentos, recobran más de lo debido por el gasto en prestaciones a que obligan las tutelas y la industria farmacéutica nacional, con el sistema de liberación de precios imperante, ha hecho que el mercado de medicamentos sea uno de los más costosos de la región. Lo otro que decimos es que hay mala gestión del flujo de recursos, tanto del recurso que administran las EPS como los que administran los entes territoriales, que se expresa en la demora en los pagos a las instituciones de atención de salud de los servicios prestados. Lo otro que decimos es que no son solo una amenaza estos problemas sino las políticas económicas, fiscales y laborales que generan informalidad empresarial, poca demanda de trabajo e ingresos precarios en la población.

Ahora, lo que se pretende hacer para solucionar estos problemas está contenido en el marco de la nueva oleada de políticas de ajuste de los sistemas de salud neoliberales. Hay una nueva política neoliberal de salud en desarrollo que tiene entre sus elementos la regulación del derecho a la atención en salud - la limitación de los planes de beneficios - y de los instrumentos que facilitan la exigibilidad de los derechos en materia de prestación de servicios.

Hay una serie de mecanismos, de instrumentos de Gobierno, técnicos y burocráticos, que pretenden utilizar para lograrlo a través de la actualización de los mismos. Decimos que son técnicos porque se utilizará, para seleccionar lo que incluido o excluido en los planes beneficios- el criterio del costoefectividad y de carga de enfermedad, como instrumentos de priorización. Para autorizar el acceso a aquellas garantías que no queden incluidas en los planes de beneficios se echará mano de los comités científicos y las juntas técnico-científicas, instrumentos burocráticos que hoy se proponen en Colombia, unos manejados por las EPS y otras por la superintendencia de salud, sin ninguna garantía de imparcialidad, ni siquiera por la superintendencia nacional de salud. Para completar el cuadro, la ley ordinaria en Colombia prevé la creación de seguros voluntarios de salud, no solo entre las EPS, sino entre otros tipos de aseguradores privados, lo que reforzará la privatización del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud.

El otro elemento sui generis, regulador de la conducta de las personas, introducido en el debate colombiano, es la obligatoriedad del autocuidado de la salud de las personas, y de la persona respecto a su familia y sus comunidades. En el desarrollo del debate político en Colombia, en una primera versión de la Ley estatutaria, se decía que se elevaba a la categoría de deber de los ciudadanos cuidar de su salud, o si

no serían castigados con primas adicionales por servicios que se demostrara tenían relación con fallos en el autocuidado. En la segunda versión de dicha Ley la obligatoriedad del autocuidado se premia con una zanahoria, la disminución de los copagos a discrecionalidad de las EPS. Esas medidas son un instrumento de las políticas neoliberales de salud que atentan sin consideración contra la libertad individual y culpan a la víctima de sus desgracias. Primero, esto violenta la libertad humana y, segundo, no es demostrable que los fallos en el cuidado de la salud individual y colectiva sean consecuencia de la pura agencia de los individuos, generalmente son factores estructuralmente determinados los que empujan a que una persona consuma licor, consuma cigarrillos, etc. De modo que este es un tema de debate crucial en las políticas de nuestros países. El otro tema es la introducción de una nueva versión de atención primaria selectiva enfocada a la promoción y prevención individual de la salud desconociendo que, en los 33 años de su historia, la atención primaria de salud ha contribuido a mejorar la salud y a disminuir la inequidad en salud pero cuando se fundamenta en los principios de Alma-Ata y en sistemas de salud no mercantilizados.

Después de varios años de investigación sobre la experiencia de APS desarrollada en Bogotá desde el año 2004 en el marco del sistema general de seguridad social en salud de Colombia, aplicando un instrumento de evaluación rápida del desempeño en atributos de la atención primaria desarrollado por Barbara Starfield, una de las expertas más significativas en atención primaria de salud, encontramos que a pesar de una intención en contrario, fundamentar la APS en un enfoque integral, lo que Bogotá ha podido construir es un enfoque en el cual la orientación familiar y comunitaria no funciona, el acceso es difícil para la población, y el vínculo y continuidad de la atención se precarizan. ¿Por qué no funciona como debería ser la APS en un sistema de salud como el de Colombia? Porque la lógica del sistema no está orientada a prestar servicios integrales, porque hay un enorme dominio de las EPS sobre los recursos y las actividades de salud en función de reducir costos, porque hay una fragmentación del mercado, porque bajo las reglas del mercado uno no puede territorializar la atención en salud de la población y prestarla de modo integral.

Conclusiones

A mi juicio, en Colombia no hay un riesgo inminente de parálisis ni de inviabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud sino una puja por su mayor privatización y mayor control de costos en beneficio de las EPS, del control del gasto público y del cumplimiento de las orientaciones sobre regla fiscal. La crisis de los hospitales no es por falta de recursos. Lo que sí hay es una mala gestión de los recursos financieros disponibles por parte del Estado central y las autoridades territoriales departamentales y municipales, y una inadecuada y perversa gestión de los mismos por parte de las EPS. Ha aumentado la integración vertical del aseguramiento y la prestación de los servicios en manos privadas. La red de EPS y de prestadores privados se ha extendido y fortalecido y la pública se ha debilitado. También son una amenaza para el derecho a la salud las políticas económicas, fiscales y laborales que generan informalidad empresarial, poca demanda de trabajo e ingresos precarios.

En este marco se desarrolla una nueva política neoliberal que se caracteriza por una mayor regulación (limitación) del derecho a la salud mediante un racionamiento de los planes de beneficios mediante priorización tecnocrática y burocrática, ampliación y diversificación del aseguramiento privado, extensión de la obligación del autocuidado de la salud y una nueva versión de atención primaria selectiva.

Las nuevas políticas buscan disminuir el costo de la atención de la enfermedad, reducir el gasto público en salud como soporte de la sostenibilidad fiscal, aumentar el despojo y privatización de los derechos sociales, disminuir los impuestos a las rentas altas y a las empresas, aumentar las ganancias del capital invertido en el sector salud, particularmente en aseguramiento, y aumentar las ganancias del sistema de empresas privadas disminuyendo el costo de producción y reproducción de la mano de obra.

Recordemos que con cada crisis económica, en el marco de las actuales relaciones globales y nacionales de poder, se ha producido una privatización cada vez mayor de los servicios y derechos ciudadanos relacionados con la salud como expresión de una mayor racionalización y eficiencia de los procesos del sistema para lograr más control del gasto fiscal y parafiscal y rentabilidad de la inversión privada. Desde 1987 ha habido una acumulación de reformas parciales de los sistemas de salud que caminan en la misma dirección: auto-sostenimiento financiero de los servicios públicos de salud (Informe del Banco Mundial, 1987), promover el managed care, el managed competition y el nuevo universalismo de los servicios clínicos esenciales (Informe del Banco Mundial sobre Invertir en Salud de 1993). A partir del año 2000 se introdujo el Manejo Social del Riesgo orientado a la gestión de la vulnerabilidad a riesgos mediante instrumentos que minimizan la pérdida de bienestar de los pobres (atención primaria y educación básica para crear capital humano), la pérdida del consumo de las personas de ingresos bajos (ahorros/desahorros) y la maximización de la rentabilidad de los ricos (diversificación de cartearas y seguros). Ahora se desarrollan las políticas de sostenibilidad fiscal, de regulación de las necesidades y del derecho a la salud a través de su reducción a un conjunto limitado de prestaciones médicas esenciales, explícitas o extraordinarias, exigibles y garantizables. En esta lógica lo único que se garantiza es una nueva versión de la atención primaria selectiva (promoción y prevención individualizada), y el acceso a las tecnologías de mediana y alta complejidad para tratar enfermedades de alto costo queda sometida a la lógica del costo-efectividad.

Las políticas neoliberales han constituido un arsenal de instrumentos de gobierno que van desde la privatización de servicios a la privatización de derechos y beneficios pasando por la segmentación, fragmentación y focalización de la atención en salud; la responsabilización (autocuidado, gerencialismo y empresarialismo); el control de la autonomía de profesionales de la salud, jueces y pacientes; y ahora la priorización del gasto con instrumentos de inclusión y exclusión de beneficios en planes de salud (costo-efectividad, carga de enfermedad, costo-utilidad, etc.)

¿Qué objetivo y racionalidad de política esconden? Manejar la crisis financiera y las amenazas de quiebra del sistema mercantilizando nacionalizando las pérdidas y pri-

vatizando las ganancias. Es una estrategia para ampliar la inversión y acumulación privada de capital mediante una nueva forma de despojo, técnica y burocrática, de los derechos sociales adquiridos. Suponen que las reformas de mercado recientes de los sistemas de salud todavía tienen un tinte demasiado socialista, hay que devolverles su tono privatizador.

¿Cuáles son sus consecuencias sociales? Pérdida del carácter obligatorio de los seguros sociales al excluir parte de los riesgos, contingencias y prestaciones sociales. Golpe a la solidaridad al contraponer las necesidades individuales de atención al interés general. Los derechos y beneficios sociales se supeditan a la sostenibilidad financiera. Aumenta el riesgo de desprotección financiera de los hogares ante la enfermedad, especialmente de los grupos de clase media y en desventaja social. La política de salud, y el sistema de salud, se vuelven incapaces de afectar de forma integral los daños, riesgos y determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud.

Una política de salud distinta al enfoque neoliberal es necesaria y es posible. Ella debe fundamentarse en la universalidad y equidad del acceso. En la integralidad e integración de los beneficios sociales. La equidad en el financiamiento y el gasto. Nuevos modos de contención de gastos que no precaricen el derecho a la salud ni recaigan en los hogares. Acción sobre los determinantes sociales de la salud. Fortalecimiento del sector público. Crecimiento económico que genere empleo estable y equidad de ingresos. A ello debe contribuir una nueva política laboral que devuelva los derechos laborales a los trabajadores y un enfoque de APS que aporte al desarrollo de una política de salud de expansión del gasto público, y que incentive una mayor utilización de mano de obra generalista en actividades médico-sociales comunitarias y familiares, aumentando así el empleo y desincentivando un enfoque hospital-céntrico del sector salud que, contrario a la APS, se apoya en altas tecnologías y personal especializado (más a tono con los enfoques con énfasis curativo de la política neoliberal).

RECURSOS Y PAGOS PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Rafael Urriola U.

En todos nuestros países existe un problema esencial: los recursos, por más que busquemos en las arcas fiscales, siempre terminan siendo mucho menos de lo que desearían las autoridades sectorialesⁱ. Esta presentación examina las maneras en que se financian los sistemas de salud y muy particularmente el rol que cumplen los copagos directos por parte de los hogares o personas. En este ámbito es necesario analizar cómo la restricción en el uso de las prestaciones, avalada por razones financieras, puede perjudicar el acceso a los servicios de salud y los estados de salud de las personas.

Existe una suerte de “olas” o “modas”, en América Latina y el mundo, para intentar reducir costos de salud. En el extremo, hay quienes quieren transformar al conjunto del sistema de seguridad social pública de salud en una administradora de bonos, una especie de emisora de cheques por montos predeterminados que pueden ser usados cuando el beneficiario o asegurado necesite asistencia sanitaria (sin perjuicio de que si las necesidades superan a los montos asignados en los vouchers disponibles, el asegurado deba complementar el pago con fondos personales). En el otro extremo, hay quienes exigen la gratuidad total y completa de la asistencia sanitaria sin tomar en cuenta las restricciones presupuestarias. Probablemente, las mejores alternativas se encuentren en el intermedio entre ambas posiciones.

En términos de los copagos se sugieren los más diversos mecanismos para su implementación pero quería explicar una nueva óptica que está cobrando importancia recientemente y que ha sido desarrollada, entre otros, por economistas de la salud en el Reino Unidoⁱⁱ. Esencialmente es una visión en que se hace análisis simultáneo de costos, eficiencia y métodos de pagos; no a partir de cada una de los componentes por separado, sino, más bien, como un modelo general que, además contempla eficiencia, libertades y equidad como componentes necesarios. Es común (P. Smith 2009) encontrar entre los objetivos de contención de costos de los sistemas:

- Moderar el uso de medicamentos
- Estimular el uso de genéricos
- Desincentivar las consultas múltiples
- Orientar a los pacientes por medio de médicos de familia
- Orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad
- Promover menos duración en las hospitalizaciones

Esta visión plantea, al mismo tiempo, la evaluación de las tecnologías involucradas, la información de los recursos disponibles y evalúa el conjunto de componentes. Lo que se está proponiendo no es, sólo pensar en cómo se paga, sino además hay que pensar el modelo en su conjunto y poniendo al usuario como centro.

Un ejemplo al que nos vamos a dedicar en esta exposición es a la participación del usuario a través de copagos. Todos sabemos que existe un problema financiero. Entonces, los analistas, autoridades financieras y autoridades de salud suelen buscar la participación de los usuarios. Siempre la razón es: “tengo que colocar incentivos a los usuarios para que

ⁱEx Jefe Departamento Planeamiento Institucional, FONASA - Chile

gasten menos". Empero, esto está dirigido a la protección de los costos, especialmente, porque los criterios de las autoridades financieras no coinciden siempre con los de las autoridades sanitarias.

Claro que todos los sistemas colocan cierto tipo de restricciones. El sistema sueco desde 2001 ofrece gratuidad en el uso de un amplio panel de servicios hasta un piso de 90 euros; Holanda reduce la prima de los pacientes que no fueron hospitalizados el año pasado. Esto es un pago retrospectivo por utilización de servicios hospitalarios; desde 2004, Alemania hace pagar 10 euros por la primera consulta de un trimestre (se estima que no ha tenido efectos en el promedio de consultas); Francia, desde enero de 2005, paga un euro por consulta y el copago es mayor para quienes consultan especialistas sin ser derivados por el médico tratante designado.

Todas estas alternativas son quizás útiles pero no hay una solución única y de ventajas notorias. El problema no está en que la gente esté usando demasiados servicios de salud, sino que los sistemas no son capaces de poder resolver la demanda de salud, en particular, que no disponen de los recursos necesarios. Entonces, la pregunta que debemos hacernos es ¿está el sistema alimentando el aparente sobre uso de servicios de salud? y, ¿puede esto tener efectos sobre los estados de salud de la población?.

Ya se ha dicho. Hay una constatación principal. Cuando aumenta el gasto de bolsillo hay más inequidad porque hay algunos que tienen más posibilidades de pagar y otros menos. Evidentemente que cuando se diseñan tasas planas con respecto a los pagos, los más perjudicados van a ser los que tienen menores capacidades financieras.

Hicimos cálculos de lo que llamamos desviación de demanda con respecto a la media, para ciertas prestaciones. En el caso de Chile los grupos de menores ingresos tienen mayor número de controles preventivos de salud, van más a los servicios de salud primaria a consultas generales y a las consultas de urgencia que los sectores de mayor ingreso. ¿Qué pasa con esto?. Una cosa muy simple. En Chile los controles preventivos, la consulta general y las consultas de urgencia son gratis para los afiliados al seguro público. Ahí está toda la explicación.

Cuadro 1.- Desviación de demanda según prestación en los quintiles bajos y altos con respecto a la media

Prestación	40% ingresos bajos	40% ingresos altos
control preventivo de salud	12,9%	-17,4%
consulta general	5,3%	-7,7%
consulta de urgencia	17,7%	-33,4%
consulta de		
especialidad	-25,7%	16,6%
atención dental	-28,6%	18,3%
exámenes de		
laboratorio	-11,8%	8,6%
Rayos X o ecografías	-25,2%	10,6%

Fuente: Casen 2000 en Urriola (2005)ⁱⁱⁱ

La demanda cambia –se invierte en favor de los grupos de mayores ingresos- cuando existen copagos mayores como es el caso de las consultas de especialidades, las consultas bucales y las radiografías. Es decir, esta relación muestra claramente el hecho de que la sola existencia de los copagos termina por crear demandas diferenciadas entre los grupos según su ingreso; por lo tanto, va a tener efectos sobre los estados de salud o, al menos, sobre la frecuencia del acceso de las personas a las prestaciones de salud.

Hallazgos de esta naturaleza no se han encontrado solo en Chile, sino es una conclusión bastante generalizable^{iv}. El sector público chileno tiene un grupo de prestaciones gratuitas muy importante. Entonces, para los grupos de menores ingresos, gastar una proporción menor de los ingresos en el caso de la atención de salud en general significa una relación progresiva con respecto a la equidad.

Cuadro 2.- gastos en salud y en medicamentos por quintiles de ingresos (Chile 2007)

	TOTAL	I	II	III	IV	V
Gastos en Salud/ gastos totales	9,6	4,4%	7,6%	9,4%	11,3%	13,5%
Gastos en medicamentos/ gastos en salud		57,2%	50,4%	46,1%	43,8%	39,0%

Fuente: Minsal 2007.

Una situación inversa se produce en el caso de los medicamentos. En efecto, mientras que la proporción de gastos en salud son de 4,4% en el primer quintil alcanzan a 13,5% en el quintil de mayores ingresos; pero, al examinar los gastos, específicamente, en cuanto a medicamentos la proporción con respecto al total de gasto en salud que hacen los grupos de menores ingresos (57,2%) es mayor a la proporción de los gastos de los grupos de mayor ingreso (39%).

En este caso se puede concluir que en los gastos de medicamentos existe menor protección por parte del sector público, es decir, cuando no participa el sector público de manera general, se visualiza nítidamente una mayor regresividad con respecto a la distribución de los gastos.

Esto ha cambiado de manera importante con la reforma de salud en la medida que todos los problemas que son tratados en el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) se incluye los gastos de medicamentos y, por lo tanto, ha habido una mayor protección en este ámbito.

Cabe concluir que el problema de los medicamentos es uno de los más importantes que existen en los distintos países. Quizá uno de los países que ha obtenido importantes

resultados es Argentina, que estableció un programa de medicamentos bastante importante reduciendo, tanto los costes como la influencia de los intereses que están detrás de la industria de los medicamentos.

Como se sabe, los recursos son escasos y necesariamente hay que definir quién paga. En todos los países y en todos los lugares, lo que se busca es reducir costos pero intentando minimizar el impacto negativo sobre la equidad. Si dejáramos todos los aportes privados con tasas planas se exacerba la inequidad- Por esta razón, se buscan mecanismos para tratar de aplanar los efectos de inequidad, es decir, ahí están las tasas, descuentos, exenciones, etc.

Algunos de los mecanismos más notables y de fácil comprensión que se han aplicado en Chile se refieren a lo que para estos efectos, hemos llamado protección financiera⁴.

Primer punto, las personas de escasos recursos afiliadas al sector público tienen copago “cero”, y cuando están en un mínimo o mínimo y medio del salario vital, tienen un copago equivalente al 10% del costo de las prestaciones y del 20% si sus ingresos superan uno y medio salarios mínimos vitales.

Además, los copagos en Chile cambian. Es decir, hay otra manera de reducir la inequidad: las personas (asegurados) que tienen más de tres cargas familiares, reducen su copago, entonces “ganan un tramo”, es decir, pasan de 20% a 10% de copagos o de 10% a gratuidad.

También hay algunas excepciones a esta cobertura de los copagos porque no todas las atenciones sanitarias está cubiertas por el arancel del Fondo Nacional de Salud; por ejemplo, algunas atenciones (como las dentales) son más caras, pero, en cambio, existe gratuidad para toda la atención primaria de salud, y esto es muy importante para efectos de la equidad.

Otra forma de protección financiera son los seguros catastróficos. El seguro público (Fonasa) en 1999 instauró el seguro catastrófico (100% del financiamiento de la atención de enfermedades complejas y de alto costo tales como cáncer, cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales) lo cual “obligó” a las aseguradoras privadas que no lo tenían a adoptarlo rápidamente porque, en poco tiempo, hubo un cambio de algunos miles de personas desde lo privado hacia el seguro público. Por lo tanto, hoy día la totalidad de la población en Chile que está afiliada en la seguridad social (alrededor de 95% de la población total) tiene un seguro catastrófico.

Hay otras maneras que la autoridad puede modular las inequidades que pudieran surgir de establecer copagos planos. Así, existe desde mediados de los años 90 un Programa de Oportunidad en la Atención (POA), el cual fue implantado para atacar las listas de espera por grupos de patologías estableciendo convenios con el sector privado para atender pacientes del sector público. Es fácil decir que se van a terminar las listas de espera, pero no pueden acabarse todas al mismo tiempo porque hay un problema financiero. En Chile se fueron armando y priorizando programas, según patologías, de tal modo que se diseñaron programas de solución para que las

personas no siguiesen esperando que en el sector público se liberaran cupos para la atención.

Por último, las atenciones de urgencia son gratuitas en cualquier establecimiento (público o privado) para los afiliados del Fonasa hasta ser estabilizados. Esto es, que las personas afiliadas al seguro público y que están en riesgo vital pueden atenderse en el sector privado y ser pagados por el seguro público hasta que puedan ser trasladadas hacia la red pública. Por cierto, hay a menudo controversias y una discusión de tipo legal entre sí avisó o no avisó en el tiempo oportuno, pero es una de las garantías de cobertura más importantes que se hacen en Chile y sus costos se han incrementado notoriamente en el último tiempo.

En el caso del plan AUGE que cubre el 63% de la carga de enfermedad del país, hay una garantía financiera adicional que es el deducible. Nótese que la proporción de copagos puede ser todavía muy alta si el costo de las prestaciones es mayor y los ingresos bajos; por lo tanto, no es el valor absoluto lo que importa, sino el valor relativo para las personas. Entonces, para este efecto, el AUGE incluye una garantía financiera adicional que tiene que ver con el ingreso de las personas y esto es un deducible. Lo concreto es que las familias no pagarán más allá del 25% del ingreso anual por los costos que pueda tener un tratamiento en AUGE.

En fin, quiero decir que los copagos pueden ser bien o mal administrados. Hay juegos compensatorios y en ciertos casos pueden tener efectos sobre los estados de salud de la población. El experimento de Newhouse de 1993 con copagos diferenciados para saber la influencia en los estados de salud muestra que hay reducción en el uso de prestaciones pero se comprobó también que la hipertensión era peor controlada en el grupo de menores ingresos y que la probabilidad anual de muerte había aumentado en este grupo en 10%. Es decir, la reducción de costos influyó sobre el estado de salud de la población.

Quiero agregar algunas medidas significativas que se toman en diversos países para restringir los costos:

a) ampliar el tope de cotizaciones

b) Centralizar en el Fondo la responsabilidad de recolección de ingresos y de reasignación de recursos.- En Dinamarca, desde 2007, se suspendió la recolección municipal por una nacional. En Rumania se está revisando, porque el esquema descentralizado afecta a la equidad ya que el 57% de los ingresos se distribuyen en el 10% de la población.

También perjudica a la equidad la existencia de fondos diferentes según clases o segmentos de cotizantes. En Alemania, desde 2009, se redefinió la reasignación. Un caso similar es el de las Isapres en Chile que, por efecto descreme, reenvían al asegurador público a los más costosos (mujeres en edad fértil, personas con prevalencias, adultos mayores).

c) Incrementar la participación de las contribuciones a la Seguridad Social.- Si bien esto ocurrió en los países de la Europa del Este (Hungría en 1990, Estonia en 1992,

República Checa y Eslovenia en 1993, Eslovaquia en 1994, Lituania en 1997, Polonia y Rumania en 1999) podría ser útil para: Mejorar la transparencia y la “accountability”; establecer un mejor vínculo entre contribuciones y beneficios; facilitar el vínculo entre aseguradores (compradores) y proveedores; promover la oferta privada de servicios y una mayor participación financiera privada.

d) Expandir el financiamiento privado a través de los seguros privados.- Esta acción es apoyada porque podría: limitar el gasto público trasladando costos a los aseguradores e individuos privados; incrementar la elección del usuario; estimular la provisión de los privados; promover la competencia entre sector público y privado; promover la autodependencia en los sectores pudientes.

En Alemania, el 12% más rico puede optar por seguros privados aunque no pueden volver al seguro público una vez que se encarecen los costos. Los seguros privados están obligados a mantener una cobertura a lo largo de la vida de sus asegurados.

Otro aspecto del debate actual en Europa es la descentralización de la organización de los servicios de salud. Hay nuevas opiniones que estiman que los costos administrativos y efectos de equidad en la distribución con respecto a los usos de los fondos son regresivos, es decir, lo que se recomienda es que, en el caso de salud, exista centralización en la responsabilidad de recolección de ingresos.

Incrementar la participación de las contribuciones a la seguridad social, es una discusión que está muy vigente porque algunos creen que lo que hay que hacer es terminar con la participación de la contribución social. Curiosamente, quienes están promoviendo el pago por impuestos son incluso algunos encargados de la parte de salud del Banco Mundial y, por lo tanto, hay una discusión importante. Lo que cabe señalar es que cuando se está trasladando todo el financiamiento a impuestos generales se está redefiniendo los costos contables de las empresas. Los aportes empresariales a la seguridad social son parte de los costos de la producción, en cambio, los pagos como impuestos a las utilidades no entran en los costos de producción, sino son extraídos como proporción del excedente bruto de explotación. Entonces, la alternativa de financiar mediante impuestos reduce los costos y mejora la competencia internacional; pero también, desliga la responsabilidad de los empresarios sobre la salud de las personas porque no aparece como una responsabilidad directa en la salud de la población. No encuentro que sea mejor el pago únicamente con impuestos generales; me parece bien mezclar el aporte fiscal con las cotizaciones.

Otra de las cosas que se buscan para efectos de mejorar los costos, es que haya mayor participación privada. Pero ésta no puede reemplazar a una decisión pública para resolver las situaciones de salud de la población, es decir, lo que nosotros necesitamos es definir claramente qué se asegurará a la población, aunque no sea todo, pero especificar lo que queremos asegurar de manera general.

Otro aspecto que se está aplicando en algunas partes (Alemania, Italia, Suecia) para reducir costos, es el establecimiento de precios de referencia para los medicamentos. Esto puede ser implementado de dos maneras: que el reembolso sea de

90% para los medicamentos al precio genérico y, cuando se compran medicamentos que no son genéricos, el paciente paga la diferencia; la segunda, que se usa en realidad en los países de mayor desarrollo, es que los precios de referencia “anclan” los precios de las innovaciones de los nuevos medicamentos que valen muchísimo más caros. Es decir, éstos no son reembolsados, sino al precio del sustituto en vigencia mientras no exista la suficiente evidencia del efecto de los nuevos medicamentos que pretenden ser incluidos en la cobertura de la seguridad social.

De manera general, podemos concluir algunas cosas; la primera, referida a lo que estamos viviendo, es que es buena idea tener canastas básicas garantizadas, porque la garantía presiona al sistema para efectos de eficiencia. No obstante, si nos quedamos solo con las prestaciones que están bajo cobertura de garantías explícitas, evidentemente vamos a tener serios problemas de salud de la población, es decir, hay que hacer una mezcla virtuosa entre lo que está garantizado con el resto de las prestaciones y las necesidades de salud. Para esto hay que elegir criterios de costo efectividad.

En segundo lugar, en la salud hay dos “mecanismos de ajuste” cuando los recursos escasean; el primero, es la lista de espera, es decir, cuando el sistema no tiene el dinero suficiente posterga los tratamientos y, contablemente, esta es una manera de bajar los costos; el segundo mecanismo de ajuste es la calidad (puede haber 100% cobertura, pero calidad cero), es decir, reducir las prestaciones o cumplir insuficientemente las guías clínicas o hacer procedimientos incompletos, etc. De más está decir, que ambas “soluciones” de costos tienen obvias implicancias nocivas sobre los resultados y estados de salud de la población.

Además, hay cada vez más consenso entre los analistas en cuanto a potenciar la participación del usuario, de tal manera que las personas vayan tomando, por ejemplo, decisiones con respecto a lo que se puede incluir entre las prestaciones prioritarias o las futuras maneras en que se organiza el sistema.

Otro punto, es el rol de los seguros complementarios, es decir, yo creo que el sector público no debe oponerse a la existencia de seguros complementarios, pero que no deben ser seguros competitivos, privados, con lo cual se genere un descreme de tal modo que las personas que tiene más recursos dejan de aportar a los fondos comunes en que participa toda la población.

Y, finalmente, lo que dijimos durante todo momento. Si se hace un mecanismo de pago con una tasa plana se tendrá problemas con respecto a los sectores de menores ingresos y, por lo tanto, hay que crear mecanismos imaginativos (adecuados a las realidades particulares) de excepciones de pagos para los más desprotegidos.

ⁱ OPS. *La Financiación de los sistemas de salud*. OPS, Washington. 2010.

ⁱⁱ Peter C Smith. *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools*. Centre for Health Economics University of York. September 2009.

ⁱⁱⁱ Rafael Urriola. *La demanda de la salud: interpretaciones de la casen 2000*. Documento de trabajo N°1 Fonasa, Chile. 2005.

^{iv} Van Doorslaer E. and Cristina Masseria. *Income related inequality in the use of medical care in 21 OCDE countries DELSA/ELSA/WD/HEA 2004*

^v Fonasa. *Protección social de la salud en Chile*. Fonasa, Chile. 2007.

ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: LA EXPERIENCIA DE URUGUAY

Dr. Miguel Fernández Galeano¹

Buenas tardes a todos y todas, estimados colegas con los que tenemos la oportunidad de compartir este panel, es esta una buena ocasión para profundizar respecto de la presentación que hicimos en la tarde de ayer sobre “Fondo Nacional de Salud (FONASA) para la protección social universal, la experiencia de Uruguay”.

En esa presentación abordamos los aspectos generales de la reforma sanitaria en Uruguay: su visión estratégica, sus valores y principios, su estructura institucional y jurídica y la apertura programática desarrollada que permitieron construir la viabilidad de los cambios. Cambios que no solo fueron pensados en el programa de gobierno sino que fueron llevados a la práctica bajo la presidencia del Dr. Tabaré Vázquez (2005-2010).

En la tarde de hoy vamos a profundizar en los aspectos del financiamiento y su correlato las condiciones de sostenibilidad social y política y de sustentabilidad económica financiera sin las cuales la equidad en el acceso y la calidad e integralidad homogénea de la asistencia sanitaria pueden pasar a ser mero discurso retórico.

Por cierto esta mirada de las reformas de los sistemas y servicios de salud en ningún caso nos debe hacer perder de vista su razón de ser que no es otra que mejorar los resultados sanitarios y la calidad de vida individual y colectiva de las poblaciones en nuestros países.

La mejora de los indicadores sanitarios es un componente estratégico de la reforma especialmente si atendemos a la realidad demográfica y epidemiológica de Uruguay con un peso muy importante de las enfermedades crónicas y no transmisibles. Estas, relacionadas con hábitos y estilos de vida, solo pueden intentar modificarse, a partir de actividades programadas a lo largo del tiempo y atendidas por equipos interdisciplinarios de salud de referencia.

Es precisamente con ese cambio de modelo que pueden empezar a revertirse resultados sanitarios que son tributarios de prácticas asistencialistas y curativas orientados a responder a la demanda frente a eventos agudos o episodios de descompensación de patologías crónicas

Volviendo a centrar en el tema de este panel sobre asignación y distribución de recursos desde la experiencia uruguaya y analizando varias de las profundas e interesantes reflexiones que se hicieron en estas dos jornadas de la Primera Conferencia

¹Ex-Vice Ministro de Salud Pública de Uruguay (2005-2010).

Consultor OPS-OMS en Uruguay

Internacional sobre Aseguramiento Universal en Salud que venimos desarrollando en Lima, pensaba en como hay momentos en los procesos de cambio en los que se impone asumir una postura oficialista de defensa de lo hecho.

Desarrollar la capacidad de entusiasrnarnos con la concreción de los cambios y demostrar y mostrar que es posible cambiar. Superar el fatalismo histórico de que los sistemas de salud son "cajas negras" a las que se no puede llegar y menos aún intentar modificar radicalmente a favor de las grandes mayorías nacionales postergadas.

Entendemos que tanto desde el punto de vista político como desde una mirada técnica corresponde sostener y defender la realización de objetivos largamente anhelados por nuestros pueblos, como son el acceso universal a la atención sanitaria, como lo es avanzar ciertamente en el logro de la equidad y la justicia social.

Pero ese oficialismo que nos hace estar comprometidos con estas reformas en modo alguno nos puede hacer perder de vista las dudas, los retos, desafíos y las propias dificultades que le vemos al avance del proceso. Por lo tanto quisiera que muchas de las cosas que aparecen por el momento como buenos resultados de la reforma tengamos la capacidad de verlos con mucha modestia de nuestro lado y del lado de ustedes con esa capacidad crítica siempre necesaria.

El primer tema que quiero colocar es que es muy difícil pensar políticas sanitarias con cambios sustantivos si no se lo hace desde la mirada global de un proyecto de desarrollo nacional, del desarrollo sostenible. Un desarrollo que en definitiva tiene que apuntar a resolver los problemas, no solo del crecimiento económico, sino también los problemas de la distribución, porque si no se produce esta distribución de las riquezas es imposible acabar con inaceptables desigualdades en el acceso, el uso y la calidad derechos ciudadanos que son exigibles para todos.

Por eso en queremos colocar los componentes básicos de un modelo de desarrollo con justicia social donde es necesario el crecimiento económico pero entendido como una condición necesaria, pero no suficiente. Otorgándole un papel fundamental a la distribución de la riqueza, fundamentalmente, a través de mejorar significativamente el nivel de ingresos, de la activa promoción del empleo y del desarrollo de las políticas sociales que atiendan a la emergencia y consoliden la matriz de protección de un nuevo estado de bienestar, considerando a las políticas de salud como un componente estratégico de la política pública.

La importancia de partir, como decía la Ministra de Salud de Chile, nuestra estimada colega y amiga la Dra. María Soledad Barria, resulta imperioso pararse en el paradigma de considerar la respuesta a los problemas sociales de la gente desde la perspectiva de sus derechos y no entenderlos solamente prestaciones brindadas por servicios y profesionales.

Concebirlos como derechos de ciudadanía, como parte sustancial del proceso por el cual se produce la realización integral y plena de mujeres y de hombres en relación

a necesidades existenciales y de valores. No se trata solamente de acabar o reducir la población que está por debajo de la línea de la pobreza o indigencia.

Es necesario promover un enfoque más integral y más abarcativo. La importancia del rol de Estado en la experiencia uruguaya reciente, en el programa que se impulsó en los últimos cinco años, en el marco en el cual se hizo la reforma de salud fomentando la necesidad de tener un control nacional del proceso productivo, de la inversión productiva, de la incorporación de tecnología, estimular la producción con el consumo sin afectar la competitividad ni lograrla rebajando salarios.

Nosotros rompimos uno de los mitos que decía si se subían los salarios se producía inflación y se perdía competitividad. En mi país una de las cosas que más creció fue el salario y fue una de las mejores políticas económicas que tuvimos.

También impórtale ejercicio soberano de la rectoría en el uso de los recursos, el rol del Estado en la planificación estratégica de la economía, esto se ha discutido mucho, pero somos absolutamente convencidos de la importancia del rol del Estado en la planeación estratégica de la economía, sobretodo de la producción, del crédito, de las políticas laborales y sociales y de la tecnología.

Estimulando la coordinación horizontal, un acuerdo social, transferencia de poder, en definitiva una visión integrada, una visión de proceso y una visión participativa promoviendo el crecimiento, con la inclusión social como imperativo ético y clave de permanencia de las reformas.

Nuestra reforma de sistema de salud solo es pensable en este marco, en el marco de la articulación de la Reforma de Salud con estos objetivos y esta propuesta política de desarrollo con justicia social.

Por ello interesa que nos preguntemos ¿cuáles son los ejes estratégicos de la política social? Se trata de construir una sociedad integrada, refundar la relación entre la economía y la sociedad, distribuyendo el ingreso, orientando el gasto con reformas estructurales, universales, salud y educación, y aquí destacamos muy especialmente el Plan de Equidad y el Plan CEIBAL, que consistió en entregar más de medio millón de computadoras a todos los niños y niñas que asisten a las escuelas públicas del país.

En el plan de equidad se oriento fundamentalmente a los temas que tienen que ver con garantizar los derechos de la primera infancia, con políticas intersectoriales que trabajen sobre los determinantes sociales, que enfrenten la exclusión, la pobreza, en definitiva, con la marginación y con todos los factores de rezago y retroceso que tienen nuestras economías y nuestras sociedades.

Hicimos una apuesta muy fuerte para romper con la brecha tecnológica y hoy se está trabajando para superar la brecha en el conocimiento y por lo tanto el tema no es solo dar una computadora, sino que es dar una herramienta que permita que niñas, niños y adolescentes se integren a la sociedad del futuro, a la sociedad de conocimiento.

Se trata de proponer Integralidad de las políticas sociales y de salud en el marco de una estrategia de desarrollo, apuntando a la superación de la fragmentación institucional y programática.

En cuanto a los resultados económicos y sociales del Uruguay también importan para contextualizar la reforma sanitaria y vamos a referirnos a la asignación y distribución de los recursos para la protección social en salud.

Por un lado tenemos el notable crecimiento del PBI que era de 13.167 millones de dólares en el año 2002 y que hoy es bastante más, con 36.000 mil millones en el 2009. (el dato consolidado es de 32.186 en el año 2008) ó sea que se duplicó el PBI, esto sin duda que tuvo viento de cola de fuerte incremento de los comoditis pero también fue posible por una política que apostó a la diversificación productiva generando alguna dinámica diferente en materia de política económica; un per cápita que era de 4 mil dólares por año, en el 2004 y en el 2008 subió a 9.200 dólares. Una mortalidad infantil que bajó del 13.4 al 9.6 en cinco años.

Los indicadores sociales son duros, pero también es posible cambiarlos si existen políticas dirigidas a corregir injusticias y garantizar derechos.

En cuanto a la cobertura sanitaria, un 12% de los habitantes del país que no tenía cobertura formal, un porcentaje aún mayor carecía de cobertura en términos reales. Hoy tenemos un 100% con cobertura si bien debemos aclarar que esa cobertura todavía no es homogénea en la calidad de las prestaciones para todos.

No caben dudas de que se continuara promoviendo los cambios requeridos para que la segmentación y fragmentación desaparezcan definitivamente en la tipología de organización y funcionamiento realmente existente a nivel país.

El desempleo bajó del 16% al 7,1%, el crecimiento en salario que era negativo en el 2004 llegó al 20% en el 2008.

La pobreza expresada en número de personas, que es lo que verdaderamente importa, (porque los porcentajes no nos dejan ver caras y individuos concretos) era en el 2004 de un millón 30 mil personas, pero hay que no perder de vista que en 2008 todavía había 657 mil uruguayos que vivían por debajo de la línea de la pobreza. Seguramente esa cifra sea actualmente menor.

El gasto en salud como razón del producto si bien descendió un punto porcentual no se debe dejar de tener en cuenta que se incremento significativamente en términos absolutos, habida cuenta de que como ya lo señaláramos el PBI se duplico en el último quinquenio.

Resultados económicos y sociales de la administración
del Dr. Tabaré Vázquez

	2008	2004
PBI – miles de millones de USD	32.186	13.167
PBI- CAPITA- USD	9.200	4.003
GASTO EN SALUD / PBI	7.5 %	8.5 %
MORTALIDAD INFANTIL	9.6 ‰	13.4 ‰
COBERTURA SANITARIA	100 %	88 %
TASA DE DESEMPLEO	7.1 %	16%
% CRECIMIENTO SALARIO	19,5 %	- 33 %
POBREZA EN PORCENTAJE	20.3 %	31 %
POBREZA EN PERSONAS	657.924	1.030.359

Fuente: Crecimiento e Inclusión: os logros del gobierno frenteamplista.
Ec. Daniel Olesker, 2009

En el país se implementó una Reforma Tributaria, para financiar, para distribuir y para estimular la eficiencia productiva. Esos fueron los tres mandatos que tuvo la reforma tributaria implementada a partir del año 2007. Una reforma tributaria por la cual el impuesto del 6% que se aplicaba a todos los salarios fue sustituido por la imposición tasas crecientes sobre las rentas, con un mínimo no imponible (550 dólares) .Como consecuencia de este diseño contributivo claramente redistributivo una amplia mayoría de los trabajadores no tributan por el impuesto a la renta de las personas físicas (IRPF).

Se impulsó una reforma tributaria en que efectivamente pagan más los que tienen más y mayor renta y menos lo que tienen menor renta. Por debajo de 1500 dólares, todos pagan menos de lo que pagaban antes. Se pudo generar una reforma tributaria que generó 500 millones de dólares adicionales anuales en términos globales. Se pudo lograr un impacto redistributivo bien tangible, el quintil con rentas personales más altas paga el 58% de los tributos por impuesto a la renta de las personas físicas, asimismo esta reforma en el régimen contributivo generó la posibilidad de tener nuevos recursos para financiar políticas públicas con los aportes de las personas como de la contribución social al desarrollo general del país.

En el 2004 el financiamiento y la cobertura de los sub-sectores públicos y privados eran básicamente iguales, sin embargo, el gasto era un 25% para el sub-sector público y 75% para el sub-sector privado, o sea que para igual cobertura, para igual financiamiento de un sector y de otro la distribución de gasto era marcadamente inequitativa . Eso es lo que se genera con los modelos donde el financiamiento no están pensado en un lógica articulada de solidaridad, en una lógica donde en definitiva ese bien público individual y colectivo que es la salud puede ser asignado y distribuido de modo equitativo.

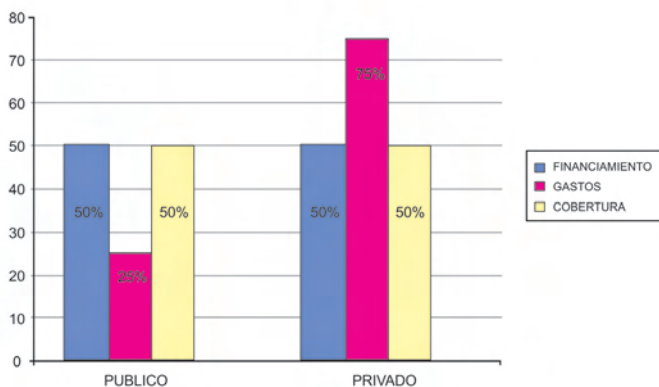
Fuentes de financiamiento y gasto, 2004

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	% DEL GASTO
Impuestos Generales y contribuciones	21.9%
Precios de Empresas Públicas	2.3%
Seguridad social	25.4%
FINANCIAMIENTO PUBLICO	49.6%
Gasto Privado en seguros	32.4%
Gasto Privado “de bolsillo”	18.0%
FINANCIAMIENTO PRIVADO	50.4%

SUB-SECTOR	GASTO	COBERTURA
Público	25.0%	53.0%
Privado	75.0%	47.0%

Fuente: Elaboración propia env base ECH, 2004

Financiamiento, gasto y cobertura Las inequidades del 2004



Fuente: Elaboración propia en base ECH, 2004

El cambio del modelo de financiamiento es posible resumirlo en una serie de principios que estuvieron presentes cuando se diseñó, como “pagador único” y como Fondo Público Obligatorio el FONASA. Desde el punto de vista técnico el FONASA opera con fondo global del Seguro Nacional de Salud, teniendo en cuenta la “carga” simbólica y conceptual que tiene el concepto de “seguro”, más asociado a los prestadores privados de los sistemas más alejados de la protección social, como anotábamos en la ponencia del día de ayer el modelo uruguayo reposa sobre la base de un Sistema Nacional que integra servicios de los subsectores público y privado y que se financia bajo la modalidad de seguro progresivamente a colectivos de ciudadanos hasta llegar al 100% de los habitantes.

Los usuarios aportan al sistema en función de sus ingresos y obtienen cobertura integral, es en efecto un sistema de seguridad social por el cual el trabajador cubre a toda su familia aportando un 4,5% de su salario si no tiene hijos y si tiene hijos contribuye con una tasa de aporte 6%. No se trata de tasas muy grandes en comparación a las alícuotas de aporte que arroja un análisis comparado a nivel internacional, pero aumenta respecto a la tasa de aporte de aporte que se hacía en el sistema de financiación de la salud antes de la reforma (3%).

Además, un cambio muy importante respecto a la historia que el país tenía en seguridad social, el seguro dejó de ser un seguro social para el trabajador para ser un seguro por toda su familia (hijos y cónyuges) y un seguro para toda la vida. Cuando las personas se jubilan no tienen que verse obligadas a pasar al sector público perdiendo sus derechos en el prestador de servicios que tuvieron toda su vida laboral después de haber aportado durante toda la vida, sino que sigue en el fondo de seguridad social con cobertura integral y el seguro pasa a ser un seguro para toda la vida.

Los usuarios aportan un fondo centralizado y se elimina el vínculo directo con el prestador en los aportes financieros, el trabajador mantiene el vínculo con el prestador que elige porque tiene libre elección, puede elegir el prestador público que es uno y centralizado la red de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) o puede elegir alguno de los 49 prestadores privados que son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) que son variadas modalidades institucionales de mutualistas y cooperativas médicas.

Por otro lado, las empresas públicas y privadas aportan al fondo en función de la cantidad de trabajadores que tienen. Las empresas mantienen su aporte y el Estado complementa con su aporte de rentas generales para llegar al financiamiento global del conjunto de las “cuota salud”.

Lo explicamos con más detalle, el trabajador tiene salarios altos o bajos, la capita es inextensible, es más fija, la capita promedio esta en el entorno de 50 dólares. El aporte de un trabajador es un 6% de su salario, tenga un hijo, tenga dos, tenga tres o más, si sus ingresos son bajos no llega a cubrir todas las coberturas de él sumadas a las de sus hijos y cónyuge. Todo ese complemento no lo hace el propio individuo es un aporte del estado por rentas generales. Los empresarios aportan un 5% de la nómina salarial, y el Estado, como empleador, aporta lo mismo.

Entonces, el costo de salud para el Estado es que deviene de hacer el de complemento de cápitais, el aporte por sus propios trabajadores (que antes de la reforma no estaban en el seguro) y el pago que el Estado hace para financiar al prestador público (ASSE) que brinda cobertura a quienes están en el sistema de salud, con derecho a cobertura, pero aún no han entrado al FONASA, porque el proceso de entrada al FONASA, de las personas que están en sector público está previsto se complete en la segunda etapa de la Reforma del 2010 al 2015.

Los servicios de salud reciben ingresos ajustados por riesgo asociados al sexo y la edad y a metas prestacionales por el desempeño en relación a estrategias definidas por las políticas de salud. La cápita o cuota única de afiliación de prepago es absolutamente regresiva, porque promueve a la sección adversa, es decir a privilegiar la cobertura de los jóvenes y los que no están enfermos y no demandan asistencia. En cambio aquí hay un pool de riesgo que lo armoniza el Fondo que es el que cubre en forma solidaria todos los riesgos. Este es un cambio muy importante donde el monto a asignar se establece a partir de necesidades y no a partir de prepuestos preestablecidos.

En este punto, importa destacar cuales son los objetivos del aseguramiento público y social. En primer lugar, alcanza la justicia contributiva, la eficacia sanitaria y la eficiencia económica, o sea alcanzar resultados en salud, aportar de acuerdo a posibilidades de pago y la posibilidad de tener también eficiencia económica, porque la concentración en el fondo de los recursos permite mejorar la eficiencia del sistema de salud.

La capacidad de respuesta de sistemas con Seguro de Salud en Gran Bretaña (en inglés, NHS) tiene una gran consistencia de resultados a partir de una fuerte centralización financiera, que nada tiene de contradictoria con descentralización operativa, las desconcentraciones de servicios, etc., que forman parte de modelos operativos, aquí el tema es qué se hace para articular el financiamiento global de la salud cuando estamos manejando un presupuesto tan importante como puede ser el 7% del PBI o como pueden ser recursos aún mayores.

Cuando se tiene una concentración tan grande de recursos en un sólo sector es lógico que muchos intereses pujan por acceder a los mismos. De lo que se trata es que el Estado y no el mercado, sea el garante de su buen uso y distribución justa y equitativa.

La mano invisible de este mercado imperfecto que ronda y lucra en el sector salud sólo a contribuido a la exclusión de la cobertura de amplios sectores, al encajecimiento irracional de los costos de la atención, al enriquecimiento del complejo médico industrial y por si fuera poco a tener peores resultados en los indicadores sanitarios.

El otro tema que es fundamental para el fondo, para los mecanismos de aseguramiento, es fortalecer los recursos del prestador integral estatal (ASSE). Volveremos más adelante con elementos que dan cuenta de esta apuesta dentro de la reforma

Nosotros insistimos en el concepto de prestador integral porque para ser tales y poder formar parte del seguro (FONASA) tienen que tener estructuración vertical o sea tienen que tener todos los niveles de atención y capacidad de cubrirlos ellos mismos o contratando a terceros algunas de las prestaciones del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) cuando no dispongan de las capacidades y los recursos críticos para brindar un respuesta satisfactoria.

El objetivo que está detrás de la idea de contar fondo público obligatorio es que el prestador lo que tiene es la capacidad de ejecutar un conjunto de procesos sanitarios, una producción sanitaria determinada para las necesidades de la población, pero el encargado de velar porque esa prestación sea integral, sea oportuna, de calidad, sea suficiente, es el Estado por la acción del Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud. Se trata entonces de aumentar la posibilidad regulatoria del Estado a través del control de los recursos financieros. Nosotros decimos que, con un sistema de pagador único se promueve aquello aprendido desde el saber popular de que “el que pone la plata pone la música”.

Otro principio es la libre elección de los servicios prestadores dentro del SNIS, hoy es para todos los que están dentro del seguro por un periodo, no hay una puerta vaivén, no se entra y se sale cuando se quiere, no es una góndola los servicios de salud. Esta establecido un periodo de tiempo de 3 años de antigüedad, después de tres años la persona cambia de prestador, lo cual también estimula a que los prestadores públicos y privados puedan efectivamente competir en ese sentido, que no es competir por los usuarios en el sentido económico, de bajar la calidad o de ajustar o de sacar o poner copagos, o por tener estrategias de descreme, o sea, de elegir aquellos que son mejores desde el punto de vista asistencial. En suma, hoy los usuarios pueden optar sobre en que servicio de salud pueden atenderse. Hay libre elección y esa libre elección está regulada.

Hay que tener presente que en el 2006, antes de la reforma que empezó en el 2008 el prestador estatal tenía 42.3% de cobertura, bajo a 33% en el 2009, es decir que perdió un 10% pero este era un efecto esperado y en cierto modo deseado. Teníamos claro que el sistema de salud público para fortalecerse tenía que incrementar sus recursos, pero también tenía que bajar la población usuaria que cubría y no estábamos en una disputa, porque seguimos considerando al prestador privado social como un prestador que en algún momento, aunque cueste verlo en el horizonte, va hacer un prestador público en el sentido más amplio, más allá de que funcione bajo un régimen privado de administración.

Los servicios de Sanidad Policial y Militar son prestadores integrales, tienen el 7.2% de la cobertura, no ha variado y crecieron claramente las mutualistas y cooperativas médicas que van en un 44.5% y 53.5%; y sin cobertura teníamos en el 2008 un 2.8% y hoy técnicamente en el 2009 se ha hablado de 1% o menos de población sin cobertura.

Uno puede decir que Uruguay está cubierto en un 100 ó 99.5%, lo sustancial es que técnicamente estamos frente a una cobertura universal, en el sentido de que

quien no se atiende por el Fondo Nacional de Salud en un prestador público o en un prestador privado, el sistema de salud está obligado atenderlo con prestaciones iguales a las del FONASA con el concurso de los hospitales y la red asistencial del sector público.

Cobertura en salud, 2006-2008

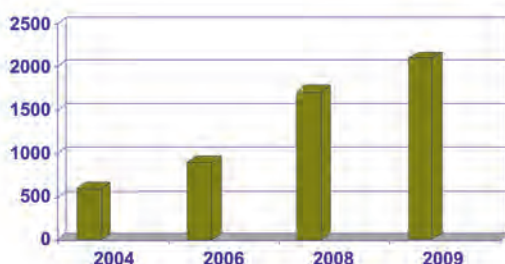
Prestadores integrales	2006	2008
ASSE (estatal)	42,3 %	33,3%
Sanidad Policía y Militar	7,2%	7,1%
IAMC (mutualistas, cooperativas medicas, etc.)	44,5%	53,5
Otros	3,1%	4,8%
Sin cobertura	2,8%	1%

Fuente: DES-MSP, ECHA-2006, ECH-2008

La red de servicios, el fortalecimiento del prestador estatal ha sido muy importante, voy a ir en un primer momento a mostrar un cuadro resumen del gasto social, crecimiento de millones de dólares, esto no es solo gasto en salud: 2.200 millones de gasto social. Teníamos 510 millones en el 2004.

Esta gráfica muestra con claridad meridiana hacia donde orientó los recursos nuevos que brindó la reforma tributaria.

Gasto social 2004-2009 (millones de dólares)



Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, OPP. Febrero, 2010

El gasto de salud fue alrededor de 600 millones dólares que fueron los que cubrieron el incremento presupuestal de ASSE y el costo de complementación de transferencias al FONASA. Si consideramos el millón de personas que ingresaron al FONASA, el aporte no fue muy grande porque el mecanismo solidario que generó el aumento

de las tasas progresionales de los trabajadores aportó buena parte de las necesidades del fondo solidario, o sea, el Estado es un socio en el aporte, pero una parte grande del aporte lo hicieron trabajadores de acuerdo a su salario, contribuyendo equitativamente al financiamiento global de una perspectiva redistributiva e inspirada en los valores superiores de la solidaridad.

El fortalecimiento del presupuesto del prestador integral estatal (ASSE) es un componente central del incremento de la inversión en salud que llevó adelante la administración del Dr. Tabaré Vázquez.

En efecto, ASSE aumentó su presupuesto entre 2004 y el 2010 de 4.600 millones de pesos a 12.400 millones de pesos, lo que significó un aumento de más del 150% en cinco años se llegó a 580.000 millones de dólares en el 2010, que constituye el mayor presupuesto para la red asistencial estatal de todos los tiempos.

En ASSE se aumentaron los salarios de sus recursos humanos entre 2004 y 2009 de 2.370 millones de pesos a 6.500 millones de pesos, es decir un aumento de 160% de los recursos destinados a salarios. Uno de los puntos críticos del subsector público era precarización de los salarios y su correlato en las graves dificultades para encontrar los recursos necesarios y los múltiples inconvenientes e incumplimientos de los funcionarios técnicos y no técnicos encargados de la respuesta asistencial directa.

Si se mide el gasto por usuario y mes en ASSE pasó de 280 pesos por mes (14 dólares) y por persona atendida en 2004 a 820 pesos por mes y por usuario en el 2010 (42 dólares).

Para el caso de los salarios médicos el salario mínimo por 24 horas semanales se multiplicó por cinco pasando de 250 a 1250 dólares como remuneración mensual.

Junto a ello se incorporaron en el marco de estas mejoras salariales sustantivas una parte del pago variable asociado al cumplimiento irrestricto de las cargas horarias correspondientes y a la evaluación del desempeño de los equipos de salud.

Finalmente en lo que hace a las mejoras presupuestales y de funcionamiento en el área del trabajo de enfermería (licenciadas y auxiliares) sobre todo vinculado al primer nivel de atención y al interior del país, se incorporaron más de 1500 funcionarios y funcionarias en el lapso de cinco años de administración.

Sin embargo, en este punto es necesario insistir en que las mejoras en la asignación y distribución de los recursos (humanos y materiales) que se produjeron en ASSE no necesariamente se tradujeron por sí mismas en una mejora de la calidad, integralidad y dignificación de la atención.

El peso de la cultura institucional de asumir a los servicios públicos de salud como lugares desjerarquizados, donde los pacientes no son ni se sienten sujetos de derecho, donde los trabajadores “hacen como que trabajan y el estado hace como que les paga” como dijera un ex presidente en Uruguay, no se puede revertir solo con un

incremento presupuestal notable como el que se le asignó a ASSE.

Para decirlo con un tópico los dineros públicos son una condición crítica necesaria para los cambios pero no son suficientes si no acompañan de una gestión comprometida desde la conducción de los servicios, hasta la dedicación e involucramiento de los trabajadores (que si bien estuvo siempre presente en mucha gente, aún cuando los salarios eran deplorables) mucha veces no es acompañada por un auténtico cambio cultural en el que el personal de salud se vea y se viva como un servidor público.

Como resultado directo verificado por la implementación de la reforma entre el 2007 y 2009 tenemos resultados económico-financieros de mejoría en el sector privado. Se cuenta con información de 49 instituciones prestadoras, en cada departamento hay una cooperativa médica que está descentralizada.

O sea que el subsector privado no es un sistema privado presente exclusivamente en la capital, es un sistema extendido en todo el territorio nacional y eso da ciertas posibilidades de fomentar la complementación asistencial público-privada con los consiguientes resultados en términos de eficacia, oportunidad, resolutiveidad para los usuarios y de eficiencia económica para el sistema mirado en su conjunto.

Este esquema mixto público-mutual fortalece también a las IAMCs que venían de una crisis de resultados económicos que se inició en los años 90 y se profundizó con la crisis 1999-2003. Los resultados operativos como se puede visualizar en este cuadro son:

Fortalecimiento económico-financiero de las IAMCs
(Mutualistas y Cooperativas Médicas)

	Julio 2007	Mayo 2009
Global	1.3%	6.53%
Montevideo	1.6%	3.58%
Interior	0.7%	7.85%

Fuente: DES-MSP, 2009

El modelo predominante del mercado de salud con sus pautas economicistas, presupone que la competencia como único modelo de relacionamiento entre los prestadores.

Esto es generador de múltiples duplicaciones y favorece la innecesaria e indesea-

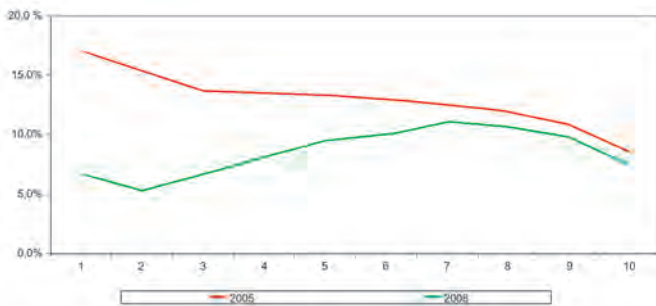
ble superposición de servicios con la correspondiente ineficiencia del sistema y la pérdida de oportunidades donde la complementación en red de los servicios supone un esquema de “ganar –ganar” para las instituciones y sin lugar a ninguna mejorar la satisfacción de los usuarios que hacen un largo pelegrinar por servicios corriendo una verdadera carrera de obstáculos para lograr su atención.

La superación de los efectos de la fragmentación y segmentación de los servicios se trato de hacer a través de la firma de cerca de 100 convenios de complementación público-privado y público- público en la utilización de infraestructura y equipamiento y recursos humanos. También se logro coordinar actividades programadas con base territorial, vinculadas particularmente al primer nivel de atención en el marco de lo que se dieron en llamar “nodos territoriales compartidos” Otra área de complementación se relacionó con las actividades de desarrollo profesional continuo y en la preparación y el cumplimiento de las metas asistenciales.

El campo de los recursos humanos es uno de los plantea mayores dificultades de avance en el escenario de la complementación interinstitucional y es claramente una de las necesidades más urgentes para la propia viabilidad de los cambios en los modelos de atención y gestión que vertebran todos los objetivos de la reforma,

En cuanto a la relevancia del gasto en salud en el gasto total, según niveles de ingreso, se puede observar que en el 2005 cae del 15% al 10%, bajaba como era de esperar proporcionalmente. Este proceso en el 2008, ya con la reforma instalada hay una baja clara para los 2 primeros deciles .Hay deciles intermedios que aparentemente no bajan respecto a lo que pagaban, pero se pude apreciar que bajan también, siempre pagan menos en el 2008, siempre hay un pago menor respecto del gasto de salud total .Se demuestra con esta gráfica el impacto directo de la progresividad de los aportes y el carácter redistributivo del SNIS.

Relevancia del gasto en salud en el gasto total.
Según niveles de ingreso para hogares FONASA



Fuente: DES – MSP, 2009

Pasemos ahora a presentar los indicadores resumen de los resultados de la reforma.

El gasto público sobre el gasto total en salud pasó del 51% en el 2005 al 64% en el 2008. A pesar de que, cómo lo dijimos a comienzo de este panel, el gasto público social creció grandemente en la administración del Frente Amplio, la inversión en salud como lo verifica este indicador fue aún más importante

En relación a la cobertura de menores de 18 años el 2005 no había prácticamente niñas, niños y adolescentes cubiertos por la seguridad social puesto que esta sólo daba cobertura los trabajadores se pasó a 548 mil.

Los ingresos de la vía por copago como porcentaje de los ingresos generales bajaron del 15.4 en el 2005 al 10.1 2008, ó sea que hay un impacto significativo aunque aún insuficiente de reducción de los copagos. Como ya lo dijimos también este punto también es muy importante por el efecto sobre la accesibilidad y la calidad de la atención y mitiga el carácter de “impuesto a la enfermedad” asociado a la realización de consultas, exámenes complementarios y acceso a medicamentos.

Las inversiones en ASSE pasaron de 80 millones en el 2005 a 850 millones de dólares en el 2008, y el presupuesto general ascendió de 6 mil millones a 11. 500 millones de dólares.

La relación salarios médicos en ASSE con salarios en las mutualistas pasó de ser de un 41% en el inicio de la administración a un 82% en el 2008 cuando recién empezaba el SNIS, y las enfermeras ganaban un 69% del salario de las mutualistas en el 2005 y hoy ganan igual, es decir se ha logrado la equiparación de los salarios de enfermería tanto en el sector público como en el privado.

Indicadores de resultados de la reforma

	2005	2008
Gasto público/gasto total en salud	51 %	64%
Cobertura FONASA	672.961	1.534.130
Cobertura FONASA (menores de 18 años)	2.740	548.104
Ingresos IAMC por copagos	15.4%	10.1%
Inversiones ASSE (USD)	80:	850:
Presupuesto ASSE (USSE)	6.000:	11.500:
Salarios médicos ASSE/IAMCs	41%	82%
Salarios enfermería ASSE/IAMCs 69% 100%	69%	100%

Fuente: *La creación del SNIS y el nuevo estado para la performance.*
Marcelo Setaro

Los temas de la integralidad, oportunidad y suficiencia en la atención sanitaria, es decir el crecimiento “vertical” de la cobertura (que es un aspecto tan o más importante que el de la ampliación poblacional de la protección social en salud) nos llevan a describir de modo sucinto cuáles son los instrumentos de política y gestión sanitaria utilizados para avanzar en la calidad y por lo tanto para garantizar el pleno aseguramiento de derechos exigibles para los usuarios.

En primer lugar tenemos los contratos de gestión que son documentos que se firman entre la JUNASA, como administrador del FONASA y los prestadores públicos y privados.

Los contratos de gestión son documentos exhaustivos, bien detallados y precisos en la descripción de los compromisos de las partes. Están compuestos de sesenta y dos artículos agrupados en diez capítulos, que determinan una serie de obligaciones contractuales a ser cumplidas por los proveedores de servicios que conforman el sistema: derechos y obligaciones, prestaciones incluidas en el del Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS). Definición explícita de las prestaciones obligatorias en siete componentes (incluye Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) y procedimientos diagnósticos y terapéuticos), derechos de los usuarios, precio y forma de pago por usuario del FONASA, exigencia para avanzar en el cambio de modelo de atención y en aseguramiento de la calidad de la atención, acceso a las prestaciones, mecanismos de control, disponibilidad y uso de sistemas de información, participación de usuarios y trabajadores en el control de la gestión, información y atención al usuario, y finalmente, régimen de sanciones ante el eventual incumplimiento de los contratos.

Las metas asistenciales o el sistema de pago por desempeño, están orientadas a cambiar el modelo sanitario y a trabajar por los objetivos sanitarios del sistema, son un componente de la cuota salud que comenzó siendo un 6% y hoy es un 10% de la misma, son el componente variable que reciben los prestadores por cumplir o no con determinadas objetivos asistenciales y asimismo habilitan a controlar la “relación de agencia” que puede establecerse dentro del sistema.

Lo interesante en este tema es que para vigilar el cumplimiento de las metas se empezó a pedir determinadas condiciones que a priori podíamos suponer como muy básicas y hasta obvias y sin embargo en muchos casos se constato que no se cumplían, incumpliendo así con requisitos críticos e imprescindibles para el desempeño asistencial. El reembolso que se le da por metas a los prestadores es promedialmente 4.2 dólares. Un prestador de 100 mil usuarios recibe un adicional de medio millón de dólares al año.

Para efectuar el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas prestacionales funciona un equipo interdisciplinario de Auditoria de Metas que va a las instituciones asistenciales verificar la calidad de los informes de rendición de cuentas sobre el logro de las metas y en muchos casos realiza un informe protocolizado sobre la gestión integral del servicio o del departamento encargado de implementar las intervenciones para el logro de los objetivos sanitarios requeridos.

Vamos a presentar a continuación algunos ejemplos de las metas establecidas para los años 2009 y 2010:

La meta sobre salud del niño incluye: la derivación del recién nacido (alta con cita programada a control pediátrico para antes de los 10 días de nacido), la captación del recién nacido (que efectivamente tenga su primer control médico antes de los 10 días de nacido), la realización de los controles en el primer año de vida (dos controles en el primer mes, uno mensual hasta los 6 meses de vida y uno bimensual en el segundo semestre de vida), el poseer el certificado de vacunación vigente, los requisitos de promoción y efectiva lactancia materna, la realización de ecografía de cadera antes de los 4 meses de vida.

La meta referida a la salud de la mujer por su parte, incluye el control adecuado del embarazo (al menos seis controles prenatales); la captación de la embarazada antes del primer trimestre de embarazo, el control de VIH y VDRL en el primer y tercer trimestre de embarazo, la realización de Historia Clínica Perinatal Básica (hoja del Sistema Informático Perinatal (SIP) completa), el control odontológico de la púérpera y la derivación odontológica de la embarazada.

En lo que hace a la meta de desempeño en materia de recursos humanos en el año 2009 se solicitaron los indicadores de estructura: número de médicos generales, pediatras y ginecólogos cada 1.000 usuarios.

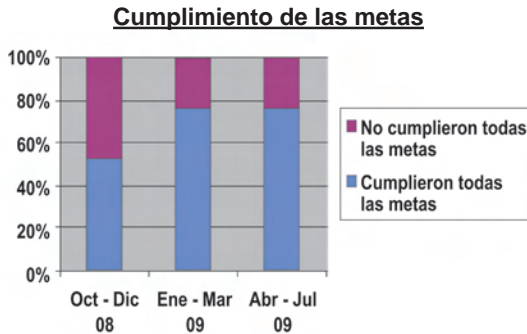
En el año 2010 aparece como requisito exigible la capacitación continua del equipo de salud en temas prioritarios como por ejemplo hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica, con énfasis en el primer nivel de atención. Para ello se fijó la meta de que en el primer semestre no menos del 20% de los trabajadores vinculados al área asistencial y administrativa que atiende público, debe participar en las actividades de capacitación. Asimismo, del total de trabajadores que participaban, no menos del 50% debía cumplir funciones en las áreas de policlínica y domicilio.

Se agrega en este año 2010, la obligación de la asignación del médico de referencia, que promueve que los usuarios de las instituciones cuenten con un médico que garantice la atención personalizada continua y longitudinal. Para este objetivo se estableció como meta que las instituciones deben alcanzar, al cabo de un año, a que el 35% de su población cubierta tenga un médico de referencia asociado. Se exige que el afiliado acepte a su médico de referencia a través de la firma de un documento de consentimiento.

Si hacemos una evaluación primaria de la incidencia económica del componente Meta en el gasto que hace el FONASA, tenemos como ya dijimos, que si un prestador cumple efectivamente la totalidad de las metas, se le reembolsan 4.2 US\$ al mes por usuario

En ese sentido, según datos consolidado en el primer trimestre del 2010, la JUNASA invirtió en el año 2009 por metas cumplidas:

- Por la Meta Salud del Niño: 79 millones de pesos,
- Por la Meta Salud de las Mujeres: 29 millones de pesos y
- Por la Meta Recursos Humanos: 34 millones de pesos.



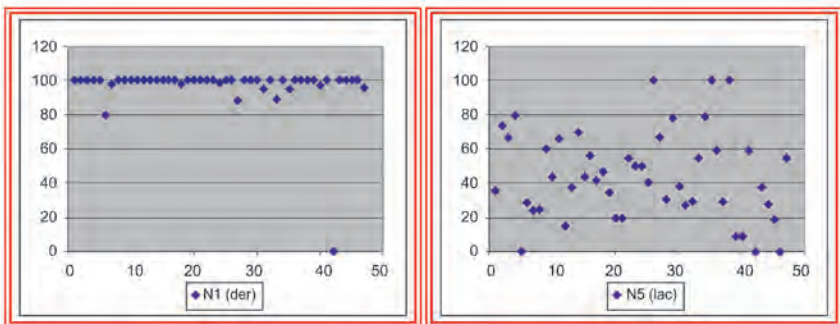
Fuente: DES-MSP, 2009

El estudio comparativo del grado de cumplimiento de las metas asistenciales, si tomamos los prestadores alineados en un gráfico puede aparecer que la derivación de un recién nacido casi está cumplida al 100%, salvo algún prestador muy puntual (como se puede apreciar en la gráfica de la derecha).

Sin embargo, hay otras metas como de promoción de la lactancia materna donde es muy difícil evaluar los resultados, porque allí el cumplimiento de la meta no depende solo del desempeño del prestador, sino también incide directamente la actitud de la usuaria respecto de su logro. Como se puede apreciar en la gráfica de la derecha es muy difícil evaluar la promoción de la lactancia, hay un importante grado de dispersión en los resultados de la meta.

Cada meta está establecida y descrita obviamente, técnicamente, por un protocolo que hace que sea por sí mismo una herramienta muy importante para avanzar en la calidad de la atención.

Dispersión en el cumplimiento de metas
Derivación del recién nacido y lactancia



Fuente: DES-MSP, 2009

¿Cuáles son los ejes de fortalecimiento que debe transitar la Reforma en Uruguay?

Por un lado, construir una autoridad sanitaria acorde con la conducción de los cambios propuestos, si no hay una autoridad sanitaria que esté alineada con los cambios propuestos que esté clara para donde quiere ir no hay cambios. Se trata de ejercer en todas sus competencias la función de rectoría sobre el conjunto del sistema.

En segundo lugar fortalecer la estructura jurídica e institucional que permita “estructurar” los cambios a largo plazo, para decirlo claro, se trata de reconocer la importancia de las leyes y el marco normativo para la organización de los servicios y de los protocolos y la definición de protocolos y algoritmos que articulan el funcionamiento de la red asistencial integrada.

Consolidar redes integradas de servicio de salud impulsando la estrategia de APS renovada, jerarquizando el primer nivel de atención, con una responsabilidad programática nominada en base territorial y comunitaria.

Recuperar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención, hay que mejorar los hospitales bien equipados con buena infraestructura. Esto es fundamental el sistema se prestigia, se legitima también sobre la base de la capacidad resolutive de todos los niveles de atención. No se trata de solo promover el primer nivel, sino de darles a los hospitales el papel central que tiene en la estructuración del sistema.

Podemos estar en contra del modelo hegemónico hospitalario, del modelo de la hiper especialidad, pero los hospitales son necesarios, a veces los fundamentalismos llevan al “primariazo”, es decir, lo resolvemos todo con el cambio de modelo, el cual en ningún lado dice que nos tiene que tener hospitales con capacidad resolutive, hospitales dignos que rompan con ese estigma de que en el sector público hay “una salud pobre para pobres”.

Adecuar la formación, el número y la distribución de recursos humanos en salud a las necesidades de nuevo modelo de atención y de gestión; y promover la participación social es un tema central. Es muy importante que tenga estructuras, organismos y mecanismos de participación social.

La primera generación de la Reforma Sanitaria se produjo en contexto económico, social y político muy favorable; la expansión de la cobertura del FONASA, un fuerte crecimiento de la inversión en salud y la amplia gobernabilidad con la que contó el Poder Ejecutivo.

En ese sentido podríamos anotar tres retos para el futuro de la reforma:

La **incorporación al FONASA de nuevos colectivos** plantea a la vez problemas de espacio fiscal y por otro, problemas de gobernabilidad con sectores que tienen que hacer un aporte contributivo para el colectivo social y no exclusivamente, para su corporación (Cajas de Auxilio, Gobiernos Municipales y grupos de profesionales con ingresos elevados),

Esto plantea también, una tensión entre el **incremento de la cobertura horizontal** (nuevos colectivos profesionales) y la **cobertura vertical** (incremento del PIAS en salud mental, bucal y sistema integrado de urgencia y emergencia y reducción sustantiva de los copagos).

Asimismo, resulta también crítico el **involucramiento y compromiso activo de sectores mayoritarios de los trabajadores de la salud.**

Quiero concluir que desde nuestra perspectiva, la salud está en el corazón del desarrollo, que la pobreza no es sinónimo de bajo nivel de ingresos sino que es el debilitamiento de un conjunto de capacidades humanas fundamentales donde la salud es una de las más importantes.

Que las capacidades económicas afectan la salud esto es muy obvio pero es siempre importante no perder de vista que afectan mucho más a aquellos que no acceden y que no tienen oportunidades de respuestas sanitarias y que el deterioro de salud corta las posibilidad de las personas a incrementar sus ingresos lo que contribuye la pobreza.

En línea de análisis aseguramos la salud mejor es un requisito previo para el desarrollo económico y la cuestión social y a la vez un impulsor de ambos objetivos.

En suma sin salud no hay desarrollo, sin desarrollo no hay salud, pero esa relación de fortalecimiento mutuo se vuelve fundamental y creo que es con esta carta con la cual tenemos que discutir con la economía, discutir con la política, discutir con los actores privados porque importa trabajar por una salud para todos teniendo claro esta relación dialéctica entre salud y desarrollo.

Muchas gracias por vuestra atención y reiteramos nuestro fraterno saludo y agradecimiento al Sr. Ministro y todo su equipo y estamos absolutamente convencidos de los progresos del Perú en el Aseguramiento Universal y la protección social en salud para todos y todas las peruanas.

CLAUSURA

Dr. Óscar Ugarte¹

Mi agradecimiento a los representantes de los partidos políticos congregados en este acuerdo que se plasma en este segundo documento de acuerdo de partidos políticos y que sin duda, al consensuar análisis y propuestas se convierten en un derrotero que, quienes tenemos responsabilidad política actual y quienes nos sucedan próximamente, lo tendrán como eje orientador de las definiciones políticas. Para mayor conocimiento de nuestros amigos invitados, quienes han presentado su evaluación de experiencia en países hermanos o análisis más amplios sobre las verdaderas experiencias de reforma y de proceso de aseguramiento o de procesos que garantizan el acceso a servicios de salud con calidad y en forma oportuna, particularmente en América Latina, pero también con visión mundial, quisiera decir que lo que hoy estamos viendo al finalizar esta primera conferencia internacional es la continuidad de un proceso que se inició en el 2005 y les pediría a nuestros amigos invitados que lean este documento, conjuntamente con el documento del año 2006 que fue cuando se acordó el primer nivel de acuerdo, para poder entender el proceso político que está viviendo el Perú. No estamos empezando el proceso, estamos dándole continuidad al proceso que es bien sui generis, porque efectivamente ha habido una larga maduración de reflexión política y acuerdos que la vida demuestra lo difícil que es, no solo lograrlos, sino plasmarlos.

Muchas gracias.

¹ Ex Ministro de Salud - Perú

SISTEMAS DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL

*Discusión sobre temas centrales
de las experiencias internacionales*

Ramón Granados Toraña¹

Los temas relacionados con experiencias internacionales, que han sido abordados en la Conferencia y que se comentan, son algunos de los que tienen gran actualidad en relación a políticas públicas. Involucran un conjunto de procesos políticos, económicos, gerenciales y técnicos, que hacen del mismo un asunto complejo y multidimensional. Puede ser tan abarcador cual sea la amplitud de las fronteras definidas a los sistemas de salud. El sistema limitado a los servicios de salud institucionales, personales y colectivos, es acotado a los ámbitos de ministerios de salud, institutos de seguros sociales de salud y otros proveedores públicos y privados: es el sector salud restringido; si además incluimos la formación de recursos humanos para la salud, industrias de tecnologías médicas y farmacéuticas, el sector salud adquiere una amplitud y complejidad mayor: es el sector salud ampliado; y si también incorporamos los determinantes sociales de la salud, el sistema de de salud incluye a las políticas públicas intersectoriales, que tienen repercusión sobre la salud. En este último caso, se habla de incluir salud en todas las políticas, lo cual significa ver a la salud como un proceso social y su promoción y mejoramiento como un proceso de producción social de la salud.

De tal forma, se debe delimitar semántica, conceptual y metodológicamente el entendimiento acerca de qué es un sistema de salud. A los efectos de las conferencias y debates efectuados en esta reunión internacional, el tema de discusión se centró, principalmente, en las transformaciones institucionales, mediante las cuales los mecanismos financieros, organizativos y modelos de atención a la salud, permiten el avance hacia el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, personales y no personales, así como el rol rector en la conducción de procesos sectoriales e intersectoriales, que den cuenta de los determinantes sociales de la salud.

Para esta discusión, que pretende realizar una síntesis, es útil partir de la concepción de protección social de la salud² aprobada por los Ministros de Salud de la Región de las Américas. Desde la misma, se enfocará la mirada en temas de política de salud concreta, tales como el acceso universal a los servicios de salud. Al ser asuntos de gran voltaje político, alineados con las aspiraciones, demandas y reivindicaciones de los electores y las opiniones ciudadanas, se hace necesario caracterizar con rigor los temas, evitando la opacidad de entendimientos.

¹ MD, MPH, PhD en Salud Pública.

²Según la Resolución de la OPS/OMS CSP26.R, del 19 de septiembre de 2002, la Extensión de Protección Social en Salud es la garantía que la sociedad otorga, a través de las distintas autoridades públicas, para que los individuos o grupos de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través de un acceso adecuado a los servicios de salud del sistema o a cualquier subsistema de salud existente en el país, independiente de su capacidad de pago.

El debate acerca de las doctrinas de organización y financiamiento de sistemas de salud involucra valores sociales sobre la salud, voluntad política para desarrollar procesos de cambio y posibilidades concreta en relación a recursos humanos, tecnológicos, competencias gerenciales y técnicas, así como potencialidades reales de movilización del financiamiento necesario para construir viabilidad a las transformaciones.

Las políticas de extensión de coberturas basadas en la protección social en salud se sustentan en principios y valores sociales como la solidaridad, redistribución social de la riqueza nacional, equidad e inclusión social; estos principios, asunciones conceptuales y desarrollos operativos delimitan los beneficios concretos que se garantizan a la población y su apego o no a esquemas solidarios, inclusivos y equitativos. La equidad en salud, es una concepción de la justicia social y sanitaria, que se basa en la distribución social de los costos, de acuerdo a capacidades de pago, y el consumo individual y colectivo de los servicios de acuerdo a las necesidades de salud.

El Informe sobre la salud en el mundo del 2010, de OMS utiliza el concepto de sistemas de salud de cobertura universal, ya que los sistemas universales pueden serlo vía aseguramiento o vía sistemas nacionales de servicios de salud. Es una precisión de naturaleza conceptual por sus implicancias en cuanto a solidaridad en el financiamiento de la salud, no siempre explícitas en sistemas que se denominan de aseguramiento universal en salud, mientras mantienen la segmentación y fragmentación.

El público latinoamericano es crecientemente consciente, de las debilidades de Ministerios de Salud e Institutos de Seguros Sociales en Salud, para satisfacer de manera adecuada sus necesidades percibidas, esencialmente cuando enferma o demanda acceso a servicios de salud. Para esta opinión pública insatisfecha y más informada, estar “asegurado” significa tener cobertura de servicios, disminución de riesgos asociados a la enfermedad y disminución de barreras económicas ya que el Estado, la empresa o ellos mismos, han efectuado pre pagos, mediante contribuciones, que los deben proteger de los costos que generan la satisfacción de sus necesidades de atención; de tal manera que al aseguramiento de salud, el imaginario social, lo identifica con la eliminación de dificultades reales para el acceso individual a servicios de salud curativos, concepción que resume, para el ciudadano la realización de la garantía del derecho a la salud.

El aseguramiento, en esa lectura, se asimila con la eliminación del pago directo al proveedor por el acto individual de consumo de dichos servicios y, como en otros seguros, con la reducción de costos catastróficos para la economía familiar. Según esa comprensión, el aseguramiento de servicios de salud conllevaría la eliminación de barreras económicas, geográficas y culturales para el acceso oportuno a la atención médica individual curativa que, en una buena parte de las concepciones ciudadanas, se asocian a cuidados hospitalarios, acceso a servicios costosos, ofertados por especialistas médicos y que requieren del uso de equipos de alta tecnología diagnóstica y terapéutica.

Esas concepciones sociales intuitivas del público acerca del acceso a servicios de sa-

lud, son las que legitiman o no la gestión pública y privada del aseguramiento y lo hacen un tema político para la ciudadanía. **La ganancia política de la bandera del aseguramiento universal en salud, tiene su contrapartida en la pérdida que puede significar para los políticos, que a mediano plazo, no se resuelvan los siguientes temas:** ¿qué planes se aseguran universalmente?, ¿son iguales los beneficios universalmente asegurados, entre diferentes instituciones?, ¿el aseguramiento satisface los requisitos de financiarse de acuerdo a la capacidad de pago y utilizarse de acuerdo a la necesidad?, ¿cómo se logra que esto sea posible y satisfaga la equidad y solidaridad?, ¿cómo se recaudan y agrupan los fondos para el aseguramiento? ¿Está claro el diseño del cambio y el compromiso estatal (que no solo gubernamental) de cómo y en qué plazo se equiparán los beneficios, reduciéndose la segmentación de los sistemas de salud y las diferencias de acceso? y por último, ¿qué relación hay entre planes de beneficios y necesidades percibidas?

Las políticas institucionales declaradas, e incluso refrendadas legalmente, no siempre se acompañan de los necesarios mecanismos gerenciales, técnicos y financieros mediante los cuales se operativizan institucionalmente y satisfacen las necesidades sociales y de salud; las declaraciones políticas crean expectativas ciudadanas y requieren del desarrollo de procesos para satisfacerlas, en plazos que sean legítimos, y demanda la asunción de compromisos con diferentes actores nacionales y subnacionales, muchos de ellos extrasectoriales, como Ministerios de Economía y Finanzas o de Planeación Nacional. Sin ello, puede que no se conviertan en garantías reales y exigibles del derecho a la salud, ni en modalidades viables, solidarias y más justas, aplicables a cada realidad concreta.

Los sistemas de salud de cobertura universal, identifican y comprometen mecanismos sostenibles, para la protección social de toda la población (lo cual se mide fundamentalmente por la protección de los más vulnerables), frente a los altos costos de graves problemas de salud. Un sistema universal de salud que no solucione el alto costo, no hace una importante diferencia en relación a la equidad y redistribución social solidaria en salud.

La recuperación de la salud, el tratamiento prolongado o la paliación ante problemas graves generan importantes contratiempos a la estabilidad económica de una familia que puede lanzarla a la pobreza; son los llamados gastos catastróficos por razones de salud. Sin hablar de los excluidos que están en la pobreza aún sin enfermedades de alto costo.

La universalidad de los sistemas de salud tiene sentido real (de salud, social y económico), si encuentra soluciones concretas y viables a esta dimensión de la equidad, la justicia social, la solidaridad y la salud para todos.

¿Para qué y por qué transformar los sistemas de salud?

Los sistemas de salud de cobertura universal persiguen mejorar los niveles de salud y alcanzar la equidad con solidaridad.

Según la Carta de Lubiana, de 1996³, cualquier esfuerzo de transformación de los sistemas de salud debiera estar basado en los siguientes principios fundamentales:

1. Guiadas por valores claramente establecidos:
 - a. Dignidad humana,
 - b. Equidad,
 - c. Solidaridad,
 - d. Ética profesional.
2. Obtención de metas de salud:
 - a. Claros objetivos de ganancia en salud,
 - b. La promoción y protección de la salud debe ser una preocupación primordial de toda la sociedad.
3. Centradas en los ciudadanos:
 - a. Deben tomar en cuenta las necesidades y las expectativas de los ciudadanos, a través de procesos democráticos, en la gestión de los sistemas de salud,
 - b. Deben otorgar voz a los ciudadanos y permitir su participación en la toma de decisiones acerca del diseño y operación de los sistemas de salud,
 - c. Los ciudadanos tienen responsabilidades en el cuidado de su salud.
4. Enfocadas en la calidad:
 - a. Claras estrategias de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud,
 - b. Costo–efectividad de las acciones.
5. Basados en un financiamiento adecuado:
 - a. Los sistemas de salud deben permitir el acceso de todos los ciudadanos en una forma sostenible,
 - b. Ello implica coberturas universales y acceso equitativo de acuerdo a las necesidades de los ciudadanos,
 - c. La garantía de la solidaridad requiere que los gobiernos regulen el financiamiento de la salud,
 - d. Es indispensable un uso eficiente de los recursos de la salud.
6. Sistemas de salud orientados en la atención primaria de la salud:
 - a. Los sistemas de salud, en todos sus niveles, deben promover y proteger la salud,
 - b. Prevenir y curar enfermedades, rehabilitar pacientes y cuidar y paliar a los enfermos terminales,
 - c. Asegurar la toma de decisiones conjuntas entre paciente y proveedores,
 - d. Promover la continuidad e integralidad de la atención en la comunidad,
 - e. Ampliar capacidad resolutoria en el nivel primario.

³WHO. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996*

Son principios básicos para transformar los sistemas de salud que se han revalidado en los Foros Mundiales y Regionales en los que se adoptan las agendas de salud mundial y regional. Sin embargo, entre los años 1987 y 2000, la reforma de los sistemas de salud, puso el énfasis en transformaciones institucionales, económico-financieras, como parte de los ahorros fiscales en boga y los ajustes estructurales de la economía, que redujeron la problemática a aspectos organizativos y económicos que no solucionaron los temas de equidad, solidaridad y respuesta a los problemas de salud de la población.

La reforma de los sistemas de salud no puede reducirse a los problemas organizativos, económicos y fiscales, por lo que es necesario considerar la multidimensionalidad de los sistemas de salud, la importancia de la voluntad política y la participación ciudadana en la viabilidad de los desarrollos y la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud.

Se extraen de las conferencias y debates algunas primeras reflexiones. Los procesos de cambio de los sistemas de salud hacia la cobertura universal deben tener en cuenta la necesidad de:

1. Desarrollar políticas de salud coherentes con políticas de desarrollo económico social inclusivas, lo cual implica el consenso amplio de actores sociales gubernamentales y no gubernamentales, del Estado y de la sociedad civil. Las principales políticas deben asentarse en la mejor evidencia posible y gerenciarse de manera transparente para el público.
2. Los gobiernos deben producir debates relacionados con los valores sociales de las reformas de sistemas de salud y asegurar el acceso a servicios de salud para toda la población mediante una adecuada distribución equitativa de recursos.
3. Rediseñar los servicios de salud y modelos de atención a la salud que incluya auto cuidado, enfoques de atención familiar y comunitaria, trabajo con las redes sociales de apoyo, redes de referencia y contrarreferencia y adecuados sistemas de información y vigilancia activa de la salud.
4. Estrategias que utilicen las nuevas posibilidades tecnológicas que permitan ingresos domiciliarios, hospitales de día, cirugías ambulatorias y de mínimo acceso, telemedicina para inter consultas y diagnósticos, entre otras.
5. Redes integradas de servicios de salud que aseguren el acceso equitativo de los ciudadanos, la atención continuada y progresiva de los mismos, la respuesta oportuna a los problemas de salud, calidad y costo-efectividad de las acciones, entre los establecimientos hospitalarios y ambulatorios y la atención de emergencias de salud.
6. Recursos humanos suficientes, motivados, competentes y equitativamente distribuidos, de acuerdo a necesidades, para conformar los equipos básicos de los nuevos modelos de atención, con perfiles profesionales que permitan una respuesta adecuada a los problemas de salud de la población.

7. Adecuados mecanismos de educación permanente que permitan desarrollar competencias técnicas, gerenciales, epidemiológicas, comunicacionales y de negociación y concertación, para desarrollar redes integradas sectoriales, procesos intersectoriales, políticas públicas saludables y promocionar participación ciudadana y control social de la gestión.

¿Qué ha sucedido con los procesos de reforma de los sistemas de salud enfocados a lograr la cobertura universal y la equidad a nivel internacional?

1. Los procesos de cambio de los sistemas de salud son largos, por lo cual deben insertarse en la agenda de las políticas públicas de Estado, pues trascienden los horizontes políticos temporales de las gestiones gubernamentales, que responden a períodos electorales concretos, para situarse como metas de mediano y largo plazo.
2. Todo ello, implica que se realicen la negociación y concertaciones necesarias entre Estado y Sociedad Civil, entre las distintas fuerzas políticas y actores sociales, que sitúen la reforma del sistema de salud en un campo de consenso y pacto social por la salud, que la mantenga protegida de los vaivenes políticos electorales y las inevitables coyunturas políticas, económicas y financieras del corto y mediano plazo.
3. Los países industrializados y algunos en vías de desarrollo, en los cuales la salud se ha convertido en un derecho social no cuestionado, los cambios políticos no constituyen serias amenazas a la garantía social de ese derecho.
4. En los casos anteriores, aún cuando haya crisis económicas lo que se discute es como mantener los logros en salud, sin afectar el acceso equitativo y la calidad, mientras se controlan los costos, pues la ciudadanía está empoderada con la protección social de la salud y el costo político de revertir derechos ciudadanos es prácticamente impagable.
5. La experiencia internacional enseña que es difícil lograr metas de coberturas equitativas y de mejoramiento de la situación de salud que incluya reducción de inequidades, sin incrementar el financiamiento sectorial para la salud y fundamentalmente el componente del gasto público en el mismo.
6. Una de las formas de garantizar el acceso universal a sistemas de salud es mediante esquemas de aseguramiento universal, que supere la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y que asegure la solidaridad en el financiamiento y los subsidios cruzados correspondientes. El aseguramiento es una herramienta para lograr la solidaridad y equidad de los sistemas de salud y no puede ser concebido como un fin en sí mismo.
7. En relación al punto anterior, según Daniels⁴, “si se acepta que haya estratos más altos, estos imponen otros desafíos al sistema: ¿tendrán estos planes un efecto nocivo sobre el sistema en términos de atraer a los mejores proveedores y dejar el resto del sistema con una red de servicios de menor calidad? ¿Ejercerán

⁴Daniels, N. *El derecho a la salud*. Tomado de Ministerio de Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Editorial Fotolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, Colombia, 1999

estos planes presión en la sociedad por lograr un derecho igual, obligando a los planes de los estratos inferiores a parecerse a los del estrato superior?”.

8. Existen dos tipos de sistemas segmentados: el primero, en que una gran proporción de población accede a servicios de salud en general buenos, y otra proporción menor tienen acceso a planes complementarios mucho mejores; el segundo, en que una proporción minoritaria accede a servicios bastante buenos y la mayoría a servicios y planes de salud de muy pobre cobertura y baja calidad.

¿Cómo transitar hacia sistemas de salud de cobertura universal que garanticen la salud individual y salud pública?

Como se ha visto en esta Conferencia, existen regularidades que son lecciones aprendidas acerca de los Sistemas de Salud de Cobertura Universal, basados en el derecho a la salud. Estos sistemas forman parte importante de un Pacto o Contrato Social, y son esencialmente identificables dos modalidades: Sistemas Nacionales o Integrados de Salud y Sistemas Universales Obligatorios de Seguridad Social en Salud.

También se ha visto que una buena parte de los sistemas de salud latinoamericanos no son universales, en los cuales el derecho a la salud no es igualitario: son sistemas segmentados y fragmentados, inequitativos, sub financiados y con altas proporciones de gasto privado y de bolsillo.

Con la evidencia disponible se puede afirmar que los sistemas de salud universales basados en una concepción de derecho a la salud, son más eficaces, eficientes y equitativos.

1. Sistemas de salud universales basados en el derecho a la salud:

a. *Sistemas Nacionales o Integrados de Servicios de Salud:* Son los sistemas de salud financiados, mayoritariamente, mediante el pago de impuestos públicos recaudados por diferentes vías y niveles, nacionales y/o subnacionales, complementados en algunos casos con esquemas contributivos de algunos grupos de población, que anteriormente estaban afiliados a esquemas obligatorios de seguro social públicos de salud, que en muchos casos ulteriormente se integraron en un sistema nacional de salud; los fondos se agrupan en un pool de riesgos, se integran y se asignan a su destino específico, cual es la provisión de servicios de salud pública individuales y colectivos, provistos por proveedores públicos y/o privados.

b. *Sistemas universales obligatorios de seguridad social en salud:* Universalizaron la atención de salud basándose en el concepto original de cotizaciones por el empleo formal, realizados con los aportes del empleador y el trabajador, que hoy complementan, en la mayoría de los casos, con aportes del Estado, procedentes de tributaciones. Mediante procesos complejos y largos integraron a diferentes cajas gremiales y universalizaron los derechos, bajo la con-

sideración de que cuando el aseguramiento está segmentado, de acuerdo a profesiones, ocupaciones, capacidades socioeconómicas u otras razones, no logra ser equitativo ni alcanza un impacto redistributivo importante⁵.

c. Ambas modalidades anteriores están asentadas en la salud como derecho social fundamental y en los valores de equidad y solidaridad. Son los únicos sistemas basados en una verdadera concepción de protección social en salud.

Existen otras modalidades de sistemas de salud más ineficaces, ineficientes e inequitativos; su aporte a la equidad, en este segundo grupo, va en orden decreciente:

2. Sistemas de aseguramiento no equitativo de servicios de salud:

a. Sistemas no equitativos basados en una comprensión del aseguramiento mixto, público-privado, voluntario y obligatorio, según segmentos de mercado laboral y condiciones socioeconómicas de la población: acceso de los distintos segmentos y estratos sociales a distintos planes de beneficios según capacidad de pago e inserción en el mercado laboral, de manera que el sector formal de la economía es afiliado a esquemas de Seguro Social Obligatorio, generalmente públicos, los informales, pobres y campesinos y otros pobladores rurales, a los Ministerios de Salud y las clases medias altas y altas, con empleos formales independientes, a seguros privados voluntarios o diferentes variantes y arreglos de medicina prepagada. No hay equidad en la financiación ni en el acceso a servicios individuales y en ocasiones tampoco a los colectivos. La capacidad de solucionar problemas de salud está condicionada, no a la necesidad sino a la capacidad de pago, métodos de recaudación, agrupación de los fondos para la financiación y de redistribución al interior de cada uno de estos segmentos de mercado. Teóricamente, también podrían llegar a ser “sistemas” de aseguramiento universal, aunque no equitativos ni solidarios.

b. Modalidades (“sistemas”) no equitativas basados en una comprensión del aseguramiento voluntario y privado de la prestación de servicios individuales: acceso a paquetes de atención individual para el enfrentamiento de problemas de salud seleccionados y negociados previamente, sin que medie el pago directo por los servicios (pago de bolsillo en el momento del acto médico o fee for service); es decir, diferentes planes de acuerdo a capacidad de pago de primas o pólizas. Son esquemas de medicina prepagada, con mayor o menor desarrollo institucional, desarrollados por aseguradoras privadas, con escasos o limitados alcances solidarios y equitativos, de diferentes niveles de costos en función de los beneficios asegurados, preexistencias, agrupación de riesgos (pooling), que solo involucran atención individual, preventiva y curativa; en estos “sistemas” de aseguramiento privado voluntarios, la salud pública es atendida por el sector gubernamental mediante acciones de competencia atribuida al gobierno nacional y los subnacionales. Los grupos de

⁵ Sojo, Ana. *Los Seguros sociales en América Latina y el Caribe. Memoria del Primer Seminario sobre procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud.* CIESS-OPS. México, 1998.

población vulnerables (adultos mayores, desempleados, indigentes) sin capacidad de pago para contratar compañías de seguros privados son asumidos por el Estado, que garantiza planes de beneficios, de acuerdo a cumplimiento de requisitos y restricciones. Son esquemas de aseguramiento de muy escasa solidaridad y equidad sociales, que aplican como principios la subsidiaridad del Estado en salud, la responsabilidad privada por la salud individual y la del Gobierno por la salud colectiva y problemas de salud con altas externalidades positivas y negativas. Teóricamente, pueden llegar a ser “sistemas” de aseguramiento universal, aunque no equitativos ni solidarios, con altos grados de ineficiencia e ineficacia social.

c. En la generalidad de los casos, a pesar de los supuestos teóricos, en ambas modalidades anteriores se producen exclusiones del aseguramiento de grupos de población, tales como desempleados, ancianos y pobres, difíciles de asumir en su totalidad por el subsector público, ya que la universalidad y equidad no constituyen sólidos valores sociales que tengan el imperativo de ser privilegiados en estos sistemas. Son, en resumen, sistemas no solidarios, ineficientes e inequitativos.

El tema de la competencia regulada y la separación de funciones: algunas consideraciones

La conferencia y el debate generado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, introdujo la necesidad de meditar sobre el tema: la separación de funciones en esquemas de competencia regulada o gerenciada, un elemento central de los procesos de reforma de los sistemas de salud de los noventa.

En tales esquemas, la búsqueda de la eficiencia en el uso de los escasos fondos públicos, partió de la concepción teórica y metodológica neoclásica del uso de mecanismos de mercado y establecimiento de competencia entre los distintos actores de la producción institucional de la salud y la asunción de riesgos compartidos entre ellos, con el objeto de mejorar el desempeño y logro de metas en los sistemas de salud. Colombia es una escuela acerca de los resultados (fortalezas y debilidades) de esa modalidad de sistema de salud, que fue llamada “pluralismo estructurado”, propuesta como solución para los sistemas segmentados de países en vías de desarrollo. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, debía equiparar beneficios en el año 2001 (pospuesto hasta el año 2015), pero hoy debate, ya no cómo lograr la igualación del POS contributivo con el subsidiado, sino cómo evitar, que desde el Ejecutivo y el Legislativo, se recorte el contenido del Derecho a la Salud. La Ley 100 y sus Reglamentos establecían estos derechos aunque no se pudieron lograr en 17 años. Es un sistema de aseguramiento “universal”, que sin embargo mantiene planes de beneficios diferenciados y que no ha eliminado la segmentación y la fragmentación.

La intermediación y fractura de la gestión del proceso de financiación, aseguramien-

to, compra y provisión, y la debilitación del espacio y del rol rector de lo público es uno de los elementos que requieren detenimiento en el análisis de la experiencia colombiana. Se separó el proceso de producción entre distintos actores, públicos y privados, y se les cambió el carácter de servidores públicos por el de empresarios, gerentes y trabajadores asalariados a destajo, utilizando incentivos económicos con el objeto de que cada uno de ellos eligiera los cursos de acción más eficientes, dentro del proceso de producción de servicios individuales de salud, de forma que el riesgo no fuera asumido solamente por el ente financiero central, y se pasara del subsidio de la oferta al subsidio a la demanda.

En esta concepción de competencia gerenciada, los riesgos se deben repartir entre entes recaudadores, financiadores, aseguradores y proveedores de servicios de salud. Resultado: no solo se reparten los riesgos financieros, sino también los riesgos políticos por el impacto sanitario, económico y social de tales esquemas. Las asunciones teóricas de Alain Enthoven no se vieron confirmadas por la realidad colombiana y el sistema siguió siendo segmentado, fragmentado y con respuestas de salud diferenciadas para los pobres, si bien redujo el gasto de bolsillo en salud.

La mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo, son segmentados y fragmentados, debido a la insuficiencia del gasto nacional en salud y de su componente público, a los precarios desarrollos institucionales que impiden una adecuada gobernanza de los sistemas y a la incompleta construcción de ciudadanía y de desarrollo de valores sociales. Los contratos sociales vigentes en nuestros países no privilegian la producción social de la salud; la salud no es un derecho social públicamente garantizado, sino una mercancía cuyo valor de mercado depende de la inserción socioeconómica del usuario de los servicios de salud.

La separación de funciones no logró el fortalecimiento institucional de los procesos de rectoría y conducción en las agencias rectoras de la salud, y en el mercado del aseguramiento y de la provisión prevalecieron las lógicas económicas sobre las de servicio a los ciudadanos afiliados y las de la salud pública. La segmentación se mantuvo y no hubo mayor integración de sistemas de salud sub financiados. En concreto, en nuestras realidades se separaron bienes públicos y privados, salud individual y colectiva, entes de regulación y de provisión, y se generaron mercados oligopólicos de aseguradoras y de proveedores, que condujeron a la descentralización hacia el mercado, en la producción de servicios individuales de salud, y la descentralización territorial para la producción de servicios de salud pública o colectiva, con la consiguiente desintegración de los servicios y de la atención de la salud, en perjuicio de la salud pública.

Las circunstancias para un adecuado funcionamiento de la separación de la rectoría y la regulación, de la financiación y provisión de servicios de salud individuales y colectivos son:

- sistemas de salud universales basados en alguna modalidad de aseguramiento

obligatorio y/o pago de impuestos para salud con fuertes mecanismos de gobernanza,

- que se insertan en sociedades con adecuados sistemas tributarios y/o contributivos de recaudación de fondos para la salud, basados en la capacidad de pago de los distintos grupos sociales,
- sociedades con sistemas de valores sociales que privilegian que los aportes se realicen según la capacidad económica, y que el consumo de bienes y servicios, de primera necesidad, consensuados socialmente, de acuerdo a las necesidades,
- que se realice una puesta en común de los fondos recaudados⁶, de manera que se creen fondos lo más grandes posibles⁷, con el fin de asegurar la solidaridad interna del sistema y los subsidios cruzados,
- sociedades en las cuales la solidaridad es un valor social bueno en si mismo, tales como algunas de Europa occidental que privilegian la universalización del derecho a la atención de la salud ,
- una proporción alta del PIB (nunca menor del 6 %) y de adecuados per capita, dedicados a salud, que permitan solucionar los problemas de salud de la población,
- que, al menos, entre el 65-70 % de los gastos nacionales de salud sean gastos públicos.

No existen formas únicas de transformar los servicios de salud, según han mostrado los conferencistas. Pero estos procesos de cambio deben centrarse en buscarle solución a:

1. La naturaleza y el volumen de los problemas de salud a enfrentar,
2. La producción de los servicios de salud, individuales y colectivos,
3. Los insumos para producir esos servicios,
4. La financiación,
5. La recaudación y administración de los fondos,
6. La gobernanza del sistema de producción social de la salud en pro de la equidad,
7. El enfoque de los determinantes económicos, culturales y sociales de la salud y su abordaje intersectorial y social amplio,
8. La participación ciudadana y el enfoque de derecho humano a la salud.

Es difícil el logro de la equidad en relación a metas de salud (impacto o ganancia equitativa en salud) en sistemas de salud sub financiados, con gastos públicos de salud menores al 65-70 % de los gastos nacionales de salud, que permitan reducir la importancia de los gastos de bolsillo y copagos como mecanismos de contención costos.

⁶Durán, A. Políticas y sistemas de salud. Serie Monografías EASP N° 40. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, España, 2004.

⁷la creación de fondos integrados o únicos para manejo del riesgo.

Los modelos de atención, de organización de sistemas y servicios de salud y la gestión local de la salud, basados en la Atención Primaria de Salud renovada:

Los sistemas de salud de cobertura universal se concretan en modelos de atención a la salud, que son la operación real del sistema resolviendo problemas de salud y ajustando su capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

Existen experiencias internacionales, entre ellas de sistemas de salud latinoamericanos, que han logrado niveles crecientes de equidad, buenos resultados de salud, con solidaridad, y eficiencia. Son sistemas que han privilegiado la atención primaria de salud. De estas experiencias se destacan los siguientes procesos y elementos:

1. Los modelos de atención a la salud: Deben generar acciones de identificación activa de problemas de salud y sus determinantes sociales, en consonancia con las necesidades de salud de los ciudadanos y grupos humanos en su condición de sujetos sociales de derechos. No se logran buenos resultados con modelos pasivos que esperan y responden, con mayor o menor efectividad a la demanda de pacientes, ni con modelos curativos que responden a la morbilidad centrados en la regulación, desde la oferta de servicios de salud. Las buenas prácticas ponen énfasis en la promoción y la prevención, centran la atención en la calidad y seguridad y necesidades de los ciudadanos, y la satisfacción de sus expectativas.

2. La accesibilidad geográfica, económica, social y cultural de los ciudadanos a los servicios de salud: Persigue la reducción de inequidades en la situación de salud, que sean evitables e injustas y la realización del derecho ciudadano a la salud. Para ello tiene que disminuir las barreras para el acceso y organizar la oferta de acuerdo a las necesidades de salud y no a la capacidad de pago; asimismo se requiere la eliminación de cualquier tipo de discriminación o falta de adecuación cultural, social o geográfica para el acceso a los servicios y sistemas de salud.

3. La construcción e integración sobre y desde la base de las redes de servicios de salud realmente existentes (el principio de la realidad): Los sistemas de salud tienen una historia y una capacidad instalada que no puede ser pasada por alto. Hay que aprovechar la infraestructura existente, centros y puestos de salud, hospitales de segundo nivel de referencia y de mayor complejidad, casas maternas, redes sociales de apoyo, establecimientos públicos, de la seguridad social, privados sin fines de lucro, ONG, privados, servicios de las municipalidades, de iglesias, etc., recursos humanos, tecnológicos e iniciar el proceso de integración posible. Seguramente, a pesar de integrar, complementar, articular, habrá brechas que cubrir, servicios y tecnologías que actualizar, infraestructura que remodelar, recursos humanos que movilizar, contratar, formar, etc.

4. Los criterios demográficos, epidemiológicos y los espacios sociales: Es necesario resaltar el principio básico de la salud pública y la epidemiología de las áreas de responsabilidad, población asignada, espacios sociales o espacios-población, que son centrales para el mantenimiento de la población sana, la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, las políticas públicas saludables, la participación ciudadana,

el control social de la gestión, el voluntariado y la movilización social y de actores por la salud, entre otras. Es central también para la flexibilidad de los modelos y el ajuste a las necesidades de salud y la regionalización funcional de redes integradas de servicios de salud; no son iguales los requerimientos y modos de organizar las redes para la atención urbana, que para realidades urbano marginales o rurales; para poblaciones concentradas o dispersas.

5. Las economías de escala, equidad, eficiencia y costos sostenibles: el derecho a la salud implica que los recursos para la atención a los problemas de salud de la población estén al alcance de todos, lo cual necesariamente conlleva la organización de redes de servicios de salud, que concentra los recursos más costosos y de tecnología médica-biológica, para el diagnóstico y tratamiento individual, que dan respuesta a problemas menos frecuentes, mientras dispersa los recursos más abundantes, cuyas competencias incluyen capacidades para la promoción y prevención de la salud y la salud pública, que mantengan a la población sana, la vigilancia de la salud de las familias y los individuos y el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la mayoría de los problemas de salud de la población, en etapas tempranas del desarrollo de los procesos mórbidos. Es la argumentación teórica, epidemiológica, de organización de servicios de salud y de economía de la salud para las redes integradas de servicios de salud.

6. La regionalización y niveles de atención y complejidad: las redes integradas de servicios de salud para la atención progresiva, continuada y escalonada de los problemas de salud, individuales y colectivos, facilitan un continuo de atención integral que empieza en la comunidad y la familia y concluye en el punto de servicio en el cual se soluciona el problema de salud concreto. Ello no tiene ninguna posibilidad de hacerse si no es teniendo en cuenta la organización de las mismas en espacios sociales y territoriales definidos, en función de características demográficas, epidemiológicas, económicas, sociales y culturales, las cuales son heterogéneas y demanda que los servicios tengan la flexibilidad de modelos que la realidad imponga.

7. Descentralización y gobernanza de los sistemas de salud: la descentralización es una oportunidad para el ajuste de los modelos de atención a las necesidades heterogéneas de salud y desarrollo de las sociedades, y a las condiciones socioeconómicas diferenciadas de los diferentes grupos humanos, estratos sociales, familias e individuos. Ello no debe significar ni facilitar, sin embargo, la atomización de los sistemas de salud o la coagulación, cristalización y consolidación de las diferencias entre regiones, departamentos, provincias y municipios pobres y ricos. La descentralización constituye, a su vez, una oportunidad y un desafío para la gobernanza de los sistemas de salud, en sus connotaciones sectoriales, intersectoriales y de participación ciudadana y control social de la gestión en salud.

8. Modalidades de extensión de coberturas: las modificaciones de los modos de producción de servicios que tengan en cuenta las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y las necesidades y demandas de la población, tales como la cirugía ambulatoria, consulta de acto único, hospitales de día, casas maternas, internación domiciliaria, así como medidas organizativas tales como extensión de horarios de atención, sistemas informatizados de citas, referencias y contra referencias, histo-

rias clínicas electrónicas, entre otras, en función de las posibilidades existentes en los servicios de salud.

9. Coordinación o integración sectorial para la prestación de servicios individuales y colectivos: La experiencia enseña que los sistemas de salud que logran coberturas universales y buenos resultados de salud logran armonizar, coordinar o integrar los recursos de los Ministerios de Salud con los de los Institutos de Seguridad Social en Salud, y al menos tener mecanismos de coordinación con los servicios de salud de las fuerzas armadas y policiales, así como con organismos no gubernamentales y privados, con estos últimos, al menos, haciendo valer el carácter rector de autoridad sanitaria nacional.

10. Rectoría de la Salud en relación a los formadores de recursos humanos y la industria farmacéutica y de insumos para la salud: Es indispensable el fortalecimiento de la coordinación con las Universidades e Institutos Tecnológicos de formación en ciencias y tecnologías de la salud, así como instaurar mecanismos de diálogo, negociación y de realización del rol rector con la industria farmacéutica nacional y transnacional y con el complejo médico industrial, de manera que el diálogo entre los intereses de la salud pública y los económicos no se encuentren desbalanceados. La necesidad de proteger patentes y mecanismos lucrativos, que incentiven la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías, no deben atropellar intereses de la salud pública ni excluir de la atención a los más pobres.

11. Perfiles epidemiológicos y demográficos: enfermedades crónicas no transmisibles, violencia, accidentes, salud mental, enfermedades transmitidas por vectores, brechas entre grupos sociales, objetivos de desarrollo del milenio: los sistemas de salud tienen que ajustarse a los cambios de los perfiles epidemiológicos y demográficos y reconocer que su respuesta no puede ser la misma que en los años 70 y 80 y que por tanto las redes integradas de servicios de salud tienen que buscar arreglos institucionales, ambulatorios y hospitalarios, que ajusten los poderes de resolución a los nuevos problemas de salud y que, por tanto, la atención primaria de salud (APS) tiene que renovarse ante esas nuevas realidades en las cuales los valores de equidad, solidaridad y justicia social, en un esquema de derecho social a la salud, sean los ejes fundamentales del cambio. Ello sin descuidar las agendas inconclusas, que nos quedan como parte de ese perfil de acumulación y polarización epidemiológica e inequidades.

12. Articulación Intersectorial: para el abordaje de los determinantes sociales y la inclusión de salud en todas las políticas, las políticas públicas saludables y la construcción de ciudadanía en el seno de procesos de desarrollo humano sostenibles con inclusión social.

13. Planeación regional concertada que incluya: redes de servicios integrales de atención a las personas, programas poblacionales de salud pública, intersectorialidad y determinantes económicos, sociales y culturales, y control social de la gestión pública, que permitan la conjunción de esfuerzos entre entes territoriales de diferente niveles de desarrollo y capacidades instaladas para la atención de salud y la vigilancia de la salud pública y el fortalecimiento de la gobernanza de gobiernos regionales mancomunados de salud.

Lecciones aprendidas en la construcción de sistemas de salud de cobertura universal basados en la APS y Redes Integradas de Servicios de Salud:

1. Primera Lección: son procesos complejos que requieren:
 - a. Voluntad política a todos los niveles, que involucren a las instituciones del Estado y de la Sociedad Civil, a organismos gubernamentales y no gubernamentales, que son desarrollados por varias gestiones gubernamentales, lo cual implica la existencia de pactos o nuevos contratos sociales.
 - b. Del desarrollo de capacidades políticas y gerenciales que permitan generar la Gobernanza y la gestión del cambio, así como la construcción del talento humano con las nuevas competencias requeridas.
 - c. Financiamiento adecuado y suficiente, que permita saldar las deudas sociales, generar procesos de inclusión social y abordar los nuevos desafíos.
 - d. Heterogeneidad de modelos que tomen en cuenta la heterogeneidad social del desarrollo
2. Segunda Lección: en relación al Financiamiento:
 - a. A menor gasto público, menores posibilidades de integración de sistemas de salud de cobertura universal, ya que los fondos públicos son incentivos económicos para la integración funcional, orgánica o virtual.
 - b. A mayor gasto de bolsillo, mayores posibilidades de que los sistemas sean atomizados y fragmentados, ya que esta fuente de financiamiento no incentiva el desarrollo de economías de escala, ni la eficiencia del gasto, la equidad de las inversiones sociales ni los ahorros con interés público.
 - c. Con menos del 6 % del PIB dedicado a salud, es difícil lograr coberturas universales e integración de sistemas y redes de servicios de salud de adecuada calidad y equitativos.
 - d. Necesidad de establecer los mecanismos de negociación y concertación de los beneficios públicamente garantizados para todos, calcular sus costos, definir brechas financieras y movilizar nuevas fuentes que permitan viabilizar las propuestas.
3. Tercera Lección: en relación a la equidad el financiamiento y el derecho a la salud:
 - a. Sin subsidios cruzados de los jóvenes a los adultos mayores, de los ricos a los pobres, de los sanos a los enfermos, de los empleados a los desempleados, no es posible la solidaridad de los sistemas de salud.
 - b. Es por ello que se prefieren la generación y defensa de fondos públicos mancomunados sobre la existencia de la dispersión de fondos, que conllevan segmentos de mercado y fragmentación de servicios.
 - c. El uso de intermediarios y la complejidad de mecanismos de pago a los proveedores de servicios de salud, termina perjudicando al ciudadano, limitando su acceso real al derecho a la atención de salud y finalmente lesiona al erario público.
 - d. La ocupación de los espacios públicos de rectoría, supervisión y de control, por parte de grupos de interés privados, no favorece buenos desempeños en

los sistemas de salud y privilegia el lucro, por encima de los genuinos intereses de los ciudadanos.

4. Cuarta Lección: sobre la gestión territorial de las sistemas de salud y la descentralización:

- a. Hay que fortalecer mecanismos de planificación, gerencia y control en los territorios.
- b. Esos planes implican responsabilidades compartidas: políticas, económicas, técnicas y logísticas.
- c. Además la definición de roles, competencias y responsabilidades compartidas, negociadas y concertadas por los distintos niveles de gestión (nacional, regional y local).
- d. Hay que lograr soluciones de compromiso que permitan cruzar y, en lo posible, compatibilizar las lógicas epidemiológicas, de economía de escala y de los servicios de salud continuos (redes integradas) con la división político administrativa, que es la lógica de la democracia y el control ciudadano, sobre los líderes electos y funcionarios públicos.
- e. La satisfacción de necesidades humanas fundamentales con un enfoque de derechos, obligará a utilizar esquemas de regionalización funcional que requieren mecanismos de mancomunidad de municipios, acuerdos de gestión u otros, que permitan la armonización de lógicas y la superación de obstáculos generados por la heterogeneidad del desarrollo regional y local.

5. Quinta Lección: sobre la necesidad de la integralidad de la atención de la salud:

- a. La prestación de servicios en los sistemas de salud no debe separar la atención individual, curativa y biológica, de la promoción, prevención y otras acciones de salud colectiva.
- b. Ello no es obstáculo para la participación social organizada de otros actores conjuntamente con el sector salud (centros de educación para la salud, centros de día, redes sociales de apoyo, centros de abuelos, clubes de diabéticos o asmáticos, etc.) con acciones promocionales y preventivas y de salud pública.
- c. La integración debe incluir a toda la respuesta social organizada en salud, es decir la producción social de la salud, con sus componentes sectoriales e intersectoriales que abordan los determinantes sociales.
- d. Si la integralidad se descuida y se privilegian las acciones familiares e individuales, aún cuando estas últimas sean extramurales y comunitarias, la salud pública se puede deteriorar.

6. Sexta lección: sobre la coordinación intra e intersectorial de los sistemas de salud segmentados y fragmentados:

- a. La integración de sistemas segmentados es un proceso largo, complejo y paulatino, que requiere un adecuado diseño y la gerencia del cambio.
- b. Es factible ir por pasos, alcanzando grados variables de coordinación intra-sectorial.
- c. En sistemas segmentados y fragmentados el acceso universal, la oportuni-

dad y la calidad de los sistemas y servicios de salud no están equitativamente garantizados.

d. En esos casos, la legitimidad del sector salud para convocar a otros sectores para las políticas públicas y el abordaje de los determinantes sociales se ve muy debilitada, dada la baja credibilidad de las débiles instituciones de salud.

e. Los políticos nacionales, regionales y locales empoderan al sector salud y le otorgan liderazgo y poder de convocatoria cuando, a través del impacto del sector salud, ganan legitimidad política y credibilidad ante los electores.

f. En esas circunstancias los políticos dotan de recursos a las instituciones de salud y son sus aliados, para la planificación y gestión del desarrollo económico y social municipal o regional, utilizando como uno de los ejes del mismo a la salud.

7. Séptima lección: sobre el trabajo decente y los recursos humanos en sistemas de salud de cobertura universal:

a. La sostenibilidad de desarrollos de la salud basados en el derecho a la salud y la inclusión social, requiere de una adecuada y equitativa dotación de recursos humanos calificados, que laboran en equipos multidisciplinarios, con inserciones laborales y beneficios, basados en trabajo decente.

b. La carrera sanitaria de los funcionarios es un elemento fundamental de la estabilidad y sostenibilidad de los procesos de cambio para la integración de sistemas de salud de cobertura universal.

c. El trabajo en equipos multidisciplinarios de salud complementa e integra especialistas y generalistas que tienen que responder a los problemas de salud más frecuentes, trabajando en redes integradas de servicios de salud, que adecuan su poder de resolución a las características sociales, económicas, demográficas, sanitarias y epidemiológicas y en las cuales los establecimientos de mayor densidad tecnológica (más complejos) apoyan a los menos complejos, mediante la atención continuada, progresiva y supervisada.

d. El capital más importante de los sistemas de salud de cobertura universal es el talento humano, comprometido y calificado.