

WPS

WORKING
PAPER
SERIES

Año 2, núm. 3, 2016-2017

ISSN: 2448-5314

ESPAÑOL



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL DESARROLLO

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

WPS | **WORKING PAPER SERIES**

Año 2, núm. 3
Octubre 2016 - abril 2017



CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Presidente

Mikel Arriola Peñalosa
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Vicepresidente

Richarde Graham
Social Security Administration, Estados Unidos de América

Vicepresidente

Christian Cruz Rodríguez
Superintendencia de Bancos, Ecuador

Vicepresidente

Emilio Basavilbaso
Administración Nacional de la Seguridad Social, Argentina

Contralor

Eduard del Villar Liranzo
Consejo Nacional de Seguridad Social, República Dominicana

Secretario General

Omar de la Torre de la Mora
Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Director

Reginald Thomas
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)

Coordinación de la Working Paper Series

Secretaría General de la CISS

José Antonio Alvarado Ramírez
Coordinador General

Ingrid Hernández-Ardieta Boix
Directora de Proyectos

Comité Editorial

Silvia Elena Giorguli Saucedo / El Colmex
José Ignacio Campillo García / Funsalud
Raúl Contreras Bustamante / Facultad de Derecho, UNAM
Enrique Fajardo Dolci / Facultad de Medicina, UNAM
Ricardo Humberto Cavazos Cepeda / IMSS

Coordinadora Editorial

Liliana Charles Cruz

CISS

D.R. © Conferencia Interamericana de Seguridad Social
San Ramón s/n
Col. San Jerónimo Lídice
Del. Magdalena Contreras
C. P. 10100, Ciudad de México

WPS Working Paper Series, año 2, núm. 3, octubre 2016 - abril 2017, es una publicación semestral editada y distribuida a través de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social; calle San Ramón s/n, colonia San Jerónimo Lídice, delegación Magdalena Contreras, código postal 10100, Ciudad de México, México; teléfono: +52 (55) 55950011 y +52 (55) 53774700; <www.ciss.net>. Editor responsable: Liliana Charles Cruz. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2017-101215493100-102; ISSN 2448-5314. Impresa por Impresora Peña Santa, Sur 27, núm. 457, mz. 44, colonia Leyes de Reforma 2ª sección, delegación Iztapalapa, código postal 09310, Ciudad de México. Este número se terminó de imprimir en Ciudad de México, en el mes de septiembre de 2017, con un tiraje de 1 500 ejemplares.

Este trabajo es publicado bajo la responsabilidad de la Secretaría General de la CISS. Las opiniones aquí vertidas y los argumentos empleados en él, no necesariamente reflejan la visión oficial de la Conferencia o de su membresía.

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales citando la fuente.

Diagramación de interiores y cuidado editorial: María de Guadalupe González Aragón • Eloísa Escalante González / Tecnigraf.

Diseño de portada: Alejandra Arredondo / Unidad de Comunicación Estratégica para el Desarrollo / CISS.

Contenido

Presentación	5
Seguridad social en América Latina: evolución, reformas recientes y perspectivas Daniel Maceira	7
Migración laboral: retos y oportunidades para la protección social Gabriel Martínez	71
Efectos redistributivos del Programa Nacional de Financiamiento al Microempresario y a la Mujer Rural en México Un estudio con enfoque de género Cindy Paola Rangel Pérez y Joana Cecilia Chapa Cantú	111

Presentación

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (ciss) es un organismo internacional, técnico, especializado, de carácter permanente, fundado en 1942 con el objetivo de fomentar el desarrollo de la protección y la seguridad social en América. Desde su creación, la Conferencia reconoce la importancia que las políticas de protección y seguridad social han tenido para procurar el bienestar de las personas y apoyar el desarrollo económico y social de los países; a su vez, es importante reconocer que nos encontramos en una etapa con nuevos desafíos, como son: nuevos mercados y relaciones laborales, cambios demográficos, la sostenibilidad y la cobertura universal, entre otros; que representan un gran reto para la protección y la seguridad social.

La ciss orienta su misión hacia la mejora de la calidad de vida de las personas a través del fortalecimiento de las instituciones en el desarrollo e implementación de políticas públicas incluyentes de protección y seguridad social en el hemisferio americano; esto, con el fin de convertirse en el referente en el materia.

En la actualidad, nuestra membresía, conformada por más de 80 instituciones de seguridad social de 37 naciones del hemisferio americano, requiere encontrar soluciones integrales y duraderas que, de manera innovadora, brinden respuesta a estas condiciones, y es labor de la ciss permanecer cerca de ellas con la voluntad de hacer frente a estos desafíos mediante la asistencia técnica, la gestión y la difusión de conocimiento o el intercambio de buenas prácticas, entre otras acciones de cooperación.

Por lo anterior, la publicación semestral de *Working Paper Series* tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento institucional, a la generación de conocimiento y el desarrollo de políticas públicas incluyentes para el ejercicio de derechos y a mejorar la calidad de vida de las personas.

Con esta publicación, la ciss refuerza su compromiso con la difusión de investigaciones de excelencia en cuestiones de protección y seguridad social, así como con la comunicación dinámica y flexible entre sus miembros, expertos e investigadores en la materia. Así, los artículos que se busca difundir están orientados a poner sobre la mesa temas de actualidad y las tendencias internacionales en materia de pensiones, salud, empleo y migración, entre otros. Asimismo, son de particular interés estudios sobre temas relativos a derechos humanos y políticas incluyentes (niñez, adultos mayores, personas con discapacidad, género y grupos en situación vulnerable).

Este número incluye tres artículos. El primero fue elaborado por Daniel Maceira, doctor en Economía por la Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, quien actualmente es investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en Argentina. En su artículo brinda un análisis general de los modelos de aseguramiento social en sentido amplio, para luego concentrarse de manera específica en los sistemas de aseguramiento social en salud en América Latina. El segundo fue escrito por Gabriel Martínez, doctor en Economía por la Universidad de Chicago y quien es director de la Maestría en Políticas Públicas del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). En su investigación analiza las tendencias de la migración laboral en las Américas, desde un punto de

vista de la portabilidad de derechos durante las distintas etapas del ciclo migratorio, tanto desde el punto de vista del migrante (regular o irregular) como de sus familias, y emite recomendaciones para mejorar el acceso de los migrantes a la protección de la seguridad social. Por último, se presenta un artículo elaborado por Joana Chapa, doctora en Economía, por la Universidad de Barcelona y en la actualidad directora del Centro de Investigación Económica (CIE) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y Cindy Rangel, egresada de la Facultad de Economía de la UANL. En su estudio analizan los efectos derivados del Programa Nacional de Financiamiento al Microempresario y a la Mujer Rural (Pronafim) en la generación y redistribución del ingreso de los hombres y las mujeres en México. Para realizar su investigación utilizaron el modelo de multiplicadores contables el cual incorpora, de manera innovadora, el trabajo doméstico no remunerado como una actividad económica realizado por hombres y mujeres.

Esperamos que estos artículos aporten a la discusión y al diseño de políticas públicas en los temas que ocupan la agenda en materia de protección y seguridad social en la CISS.

Ciudad de México, octubre de 2017

Seguridad social en América Latina: evolución, reformas recientes y perspectivas

DANIEL MACEIRA, PH.D.*

Resumen

El presente documento brinda un análisis general de los modelos de aseguramiento social en sentido amplio y, posteriormente, se concentra específicamente en los sistemas de aseguramiento social en salud. Discute la relación entre resultados de cobertura, niveles de gasto, riqueza y distribución, la organización de los sistemas sanitarios y de pensiones, y el desarrollo de mecanismos no contributivos de protección social, dentro del contexto de redefinición de los esquemas de protección social en un sentido amplio en el entorno latinoamericano. Adicionalmente, presenta un análisis de cómo se organizan los sistemas de aseguramiento social en salud en América Latina y examina los objetivos y mecanismos de reforma durante los últimos años. Finalmente, identifica el papel desempeñado por las instituciones de seguridad social del continente en la garantía de servicios sociales, muestra sus diferentes responsabilidades y propone líneas de debate para aportar a una agenda futura de acción.

1. Introducción

Durante los años ochenta y, particularmente, en los noventa, se llevaron a cabo diversas reformas a los esquemas de seguridad social en los países de América, tanto en lo relacionado con la operación de los sistemas de pensiones, como en el área de la prestación de servicios de salud. Paralelamente, los programas o acciones de asistencia social fueron cobrando mayor relevancia para brindar protección a la población fuera de los esquemas contributivos.

Tales procesos de reformas han arrojado importantes reflexiones, experiencias y prácticas, tanto en términos de los objetivos explícitamente establecidos en cada caso, como en los instrumentos por ellas utilizados. Dichos objetivos e instrumentos han variado significativamente entre países, incluso en los mismos en momentos diferentes, por lo que el *policy-making process* de las reformas se ha asociado con el contexto político-económico en que fueron implementadas.

Varias naciones de la región, ya sea por los resultados alcanzados a través de las medidas implementadas, así como por los cambios de paradigmas sobre los mecanismos deseados en los esquemas de protección social, se encuentran revisando sus sistemas de seguridad social. Las repercusiones de la crisis financiera internacional de finales de la década pasada, aún presentes en las economías de América —como en otras latitudes—, han incorporado nuevos elementos a los ya existentes.

* Investigador, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Contacto: danielmaceira@cedes.org

Recientemente, los principales organismos financieros internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) coinciden en que el desempeño económico de la región aminoró su marcha y que se enfrenta un horizonte conservador en los próximos años. Este contexto ha repercutido de diversa forma y profundidad en los sistemas de seguridad social en los países de América Latina, pues exige medidas de contención o de ajuste, lo que puede servir en ocasiones como oportunidad para emprender acciones de cambio, tanto en los sistemas de retiro como de salud, sin dejar de mencionar los programas de protección y asistencia social.

Se propone revisar el estado de los sistemas de seguridad social en América Latina, los cambios que se observan, los retos de su cobertura y su sostenibilidad financiera, identificando las alternativas consideradas. El documento brindará un análisis de los modelos de aseguramiento general en sentido amplio, para luego concentrarse específicamente en los sistemas de aseguramiento social en salud.

Concretamente, la fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, que tienen su correlato a su interior, entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas regionales se asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados y en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles.

Los sistemas públicos, con reducida capacidad de respuesta relativa y mayor absorción de riesgo epidemiológico, coexisten con instituciones estatales o semiestatales de seguridad social que, separadamente, brindan atención a las familias cuyos ingresos se vinculan con empleos formales.

Paralelamente, las poblaciones con mayor capacidad de pago asisten al sector privado y financian seguros que permiten formalizar provisiones ante eventuales situaciones de enfermedad. Distribuciones de ingreso relativamente más homogéneas se observan normalmente en Estados institucionalmente más estables, con mayor capacidad regulatoria, de financiamiento y de prestación de servicios. En el extremo opuesto, países con mayor brecha distributiva exhiben sistemas públicos más limitados institucional y financieramente, situación que facilita el desarrollo de prestadores y aseguradores privados que capturan la capacidad de pago de los económicamente más solventes.

Tal escenario afecta la calidad de atención general del sistema y abre la posibilidad de mayor fragmentación. Subsidios cruzados no deseados, doble cobertura teórica e inconsistencia entre paquetes ofrecidos a distintas poblaciones ante similares necesidades son el producto de sistemas segmentados de salud. Este vínculo entre ingreso y distribución del mismo, como factores extrasanitarios, interactúa con la organización de la estructura sectorial y con la capacidad del Estado de gastar y administrar recursos para el sector salud. Ello afecta los resultados del sistema, tanto en términos de calidad y cantidad de prestaciones y servicios brindados, como

también en indicadores tradicionales: esperanza de vida, mortalidad infantil al nacer y al quinto año, entre otros.

El presente documento discute en el contexto latinoamericano la relación entre resultados de cobertura, niveles de gasto, riqueza y distribución, la organización de los sistemas sanitarios y de pensiones, y el desarrollo de mecanismos no contributivos de protección social, en un contexto de redefinición de los esquemas de protección social en un sentido amplio.

La siguiente sección brinda un marco teórico sobre el concepto mismo de seguridad social, su mirada desde diferentes paradigmas y su evolución hacia esquemas de protección social y protección financiera en sectores sociales. A dicho apartado sigue la presentación de un análisis contextual que motiva la necesidad de revisión de los esquemas tradicionales de seguridad social en el marco económico de la región latinoamericana.

Elementos de cambio epidemiológico y demográfico interactúan con fenómenos de incorporación tecnológica que desafían los presupuestos asignados a políticas sociales y exigen iniciativas eficaces, con mayor capacidad de identificar prioridades, así como con espacios de regulación y control más diversificados y eficientes. Particularmente, el concepto de incorporación tecnológica no se circunscribe a la entrada de nuevos equipamientos e insumos —fundamentalmente en el sistema sanitario—, sino que se expande e incorpora herramientas de gestión, comunicación y control social.

La tercera sección propone un repaso de las características que constituyen la estructura de los modelos de pensiones en América Latina y su evolución reciente. Ello incorpora, por una parte, el surgimiento durante los años noventa del sector privado —a través de administradoras de fondos de pensiones, AFP— como parte de la oferta de gestión de recursos en cuentas individuales. Por otra, observa la profundización de esquemas de protección social mediante pensiones no contributivas y el incremento de su protagonismo durante la última década.

La cuarta sección avanza en la discusión de cómo se organizan los sistemas de aseguramiento social en salud en América Latina y toma en cuenta los objetivos y mecanismos de reforma durante los últimos años. Ante un contexto socioeconómico específico en cada país, los modelos de reforma sectoriales muestran diversidad en su organización, aunque también evidencian cierta convergencia en cuanto a los pilares en los cuales debe asentarse una estrategia de cobertura sanitaria.

En este marco, la quinta sección identifica el papel desempeñado por las instituciones de seguridad social del continente en la garantía de servicios sociales y muestra sus diferentes responsabilidades, para proponer líneas de debate que aporten a una agenda futura de acción.

2. Seguridad social, su mirada desde diferentes paradigmas y su evolución hacia esquemas de protección social y protección financiera en sectores sociales

La implementación de una estrategia para las instituciones de seguridad social en América Latina descansa en dos elementos constitutivos:

- a) Cuál es la estrategia de protección social que, en un sentido amplio, define cada país y el papel que —se espera— desempeñe el Estado.
- b) Cuáles son las tendencias de esta cobertura ocurridas en la región durante los últimos años.

En primer lugar, el concepto de seguridad social ha sufrido cambios y reinterpretaciones a lo largo del tiempo. En términos amplios, la idea de seguridad social se asocia con la necesidad de brindar protección financiera a las familias desde dos perspectivas:

Intertemporalmente, a través de esquemas de transferencias de ingreso mediante ahorro presente y consumo futuro, ya sea a través de mecanismos articulados con fondos comunes o individuales.

Contemporáneamente, generando transferencias interpersonales, desde familias o individuos con mayor capacidad económica a otros más rezagados en materia de ingresos.

En ambos casos, pueden hallarse modelos de protección financiera en salud y en pensiones que cumplan con tales perspectivas. En el primero encontramos seguros sociales de salud donde los contribuyentes activos y con menor riesgo epidemiológico financien a otros de mayor edad y más alta tasa de uso de servicios. También es el caso donde instituciones de pensiones basadas en esquemas de *pay as you go* refieren a mecanismos intertemporales en la asignación de recursos.

De otro modo, cualquier mecanismo de aseguramiento social en salud implica esquemas de cobertura donde un agente puede aportar según la capacidad de pago, al tiempo que utiliza los servicios a partir de su necesidad de uso, independientemente de su aporte. Esquemas de pensiones no contributivas cumplen un rol similar, asociado con solidaridad y subsidios cruzados entre individuos de una misma generación.

A partir de esta premisa, el esquema conceptual de protección financiera toma la doble responsabilidad de atención sanitaria y previsional originada en la escuela tradicional de seguridad social, pero agrega grupos poblacionales y universaliza el criterio de cobertura. También desglosa el concepto de aseguramiento y separa la función específica de seguro de otras funciones, tales como financiamiento, gestión, prestación/producción de servicios y regulación.

La relevancia asignada a la separación de funciones hace más compleja la estructura potencial de actores, lo que da lugar a la entrada de participantes privados en distintos roles dentro de los modelos de seguridad social. Al tiempo, especifica la distribución de tareas al interior del Estado a través de agencias autárquicas, la descentralización a nivel departamental, estatal y municipal, la autogestión hospitalaria, entre otros temas. Así, la demanda regulatoria se potencia, como también la necesidad de coordinación entre los distintos participantes. La separación de funciones involucra la división entre los sistemas de pensiones y los de salud, hecho que ocurrió durante los años noventa en numerosos casos latinoamericanos.

Particularmente, el concepto de seguro con base en contribuciones definidas mediante primas o deducciones salariales y aportes patronales se mantiene y se amplía —como en el caso de pensiones no-contributivas— y/o extiende la protección social definiendo garantías de derechos específicas, como en el caso de los paquetes de cobertura explícita en salud.

Temporalmente, la evolución de la seguridad social marca una influencia particularmente diferenciada a lo largo de la década de los noventa, que contrasta en algunos países de la región con lo ocurrido en el transcurso del siglo *xxi*. En los últimos años del siglo pasado, el paradigma de separación de funciones redefinió gran parte de la organización de los servicios sociales.

De la mano de la separación de funciones y de la mayor participación del sector privado surge el fenómeno de las administradoras de fondos de pensiones. Entonces, el sistema de jubilaciones se desdobra en algunos países y define modelos de capitalización individual o de reparto. El papel del Estado se concentra, en algunos casos, en la institución de superintendencia, mientras que en otros los mecanismos de aseguramiento se segmentan con implicaciones en términos de gestión y producción.

Los sistemas sanitarios, por su parte, reciben una fuerte presión por la descentralización, la definición de paquetes de prestaciones definidos y corregidos por riesgo y el mayor protagonismo del sector privado en la gestión de fondos y prestación de servicios. La tercerización gana espacio en los mecanismos verticales de organización sectorial, de la mano de novedosas formas de contratación, tales como *cápitales* o módulos, hasta llegar a esquemas de financiamiento basado en resultados.

En algunos casos, estas reformas confluyeron hacia una mayor cobertura, canalizando y reorientando los recursos del sistema. En otros, la conclusión prevalente fue el aumento de la segmentación, mayor demanda de coordinación y un impacto negativo sobre la equidad.

Los últimos años toman estas conclusiones, de la mano de un proceso regional de significativa reactivación económica. Estados con mayores recursos promueven políticas de inclusión más activas, a partir de dos elementos generales:

- a) Aprovechamiento de las herramientas de conceptualización y gestión desarrolladas en años previos.

- b) Universalización de derechos y acceso en pensiones y servicios de salud a través de la implementación de programas de protección social con impronta redistributiva.

En todo caso, las instituciones de seguridad social, propias de la región latinoamericana, debieron adaptarse a un contexto cambiante. En algunas oportunidades implicó ver reducido su protagonismo relativo, ser objeto de partición entre organismos diferentes, restringir su espacio de cobertura y/o sufrir cortes en sus presupuestos. En otros casos, por el contrario, se potenciaron sus espacios de intervención, se incluyeron mecanismos de diseño más protagónicos en el organigrama sectorial y/o se desarrollaron nuevos espacios de coordinación, supervisión y gestión.

A partir de esta descripción, surge la necesidad de volver a la literatura internacional y analizar cuáles son los desafíos en términos de cobertura y cuáles son las lecciones a ser incorporadas desde América Latina para un debate estratégico a futuro sobre el sistema de salud en general y el sistema de aseguramiento social en salud en particular.

En primer lugar, dos conceptos ganan nuevamente el centro de la escena de política sanitaria, con debates acerca de su definición de trabajo, los mecanismos de medición necesarios para el análisis temporal y comparativo entre países y la articulación entre ellos: la cobertura universal en salud y la protección financiera de la población.

El primero refiere a la necesidad de garantizar una base de derechos para toda la población, independientemente de su condición social, étnica, física, y de ingreso. Cabe señalar que los mecanismos que las sociedades mundiales han dado para garantizar o avanzar en el derecho a la cobertura universal son muy variados e incluyen estructuras únicas gestionadas desde el Estado, como el sistema inglés, u otras más descentralizadas, como el caso español, además de modelos con mayor cooperación entre prestadores y financiadores públicos y privados, como los casos de Francia o Canadá.

América Latina ha explorado, a pesar de su impronta fragmentada, la articulación de sistemas de cobertura universal, con soluciones organizacionales diferentes y homogeneidad de acceso variado. Esfuerzos recientes en la región, con mecanismos claramente diferenciados, son los casos del Seguro Popular en México o el Programa Sumar en Argentina, las reformas de aseguramiento social de Uruguay y, en menor medida, en Perú. Más alejados de la mirada latinoamericana, los casos de China y Tailandia ofrecen modelos de cobertura universal con desarrollos valiosos para incorporar en la agenda de debate.

La estructura de aseguramiento universal no necesariamente refiere a los mecanismos de financiamiento del sistema de salud, sino a las formas en que se diseña la estrategia de cobertura y se gestionan recursos para garantizar los derechos a la salud. Complementariamente a ello, los mecanismos de protección financiera vinculan la estrategia de cobertura universal con los mecanismos de financiamiento desplegados para garantizar esa cobertura. Surgen así combinaciones alternativas

de cobertura con financiamiento a partir de impuestos generales, directos e indirectos, o que utilizan recursos provenientes del mercado laboral.

Más allá de los efectos distorsionadores que pueda tener el mercado laboral sobre el sistema de salud, la capacidad de recolectar fondos a partir de un impuesto al trabajo facilita una mayor cobertura de la población y complementa aquellos recursos que el Estado directamente puede invertir para garantizar la salud de su población.

En la medida en que un sistema de protección financiera resulte exitoso, se reduce la posibilidad de generar gastos financieramente catastróficos o aumentar la posibilidad de un gasto empobrecedor que coloca a las familias, debido a una cuestión de salud, por debajo de la línea de pobreza. La literatura reciente sobre protección financiera, gasto catastrófico y empobrecedor es amplia y variada, con referencias internacionales (Xu et al., 2003; Wagstaff y van Doorslaer, 2002; Lustig, 2001) y regionales (Baeza y Packard, 2006; y Knaul et al., 2012).

Un indicador tradicional para evaluar mecanismos de protección financiera en un sistema de salud es el porcentaje del gasto sanitario sostenido mediante desembolsos directos por parte de los hogares. Claramente, mayor incidencia del gasto privado refleja menor capacidad del Estado para satisfacer las necesidades de salud de la población, situación que deja a las familias la responsabilidad de cubrir sus demandas sanitarias, ajustadas a su restricción presupuestaria. En ese caso, Costa Rica y Argentina muestran porcentajes relativamente reducidos, cercano al quinto de las erogaciones totales, que contrasta con el desempeño de algunos países de la región.

De este modo, una estrategia de cobertura universal exitosa puede ser complementada con acciones de protección financiera adecuadas; sin embargo, no necesariamente existe una correlación unívoca entre cobertura universal y mecanismos de protección financiera. En América Latina es común la presencia de planes de cobertura segmentados en la definición de objetivos, ya sea a nivel de subsistemas o al interior de ellos, atentando contra la capacidad de utilizar los recursos que los mecanismos de protección financiera han permitido volcar al sistema sanitario.

La cuestión central en gran parte de esta literatura es la necesidad de identificar la función de aseguramiento —particularmente social— en el sistema de salud, como el mecanismo que articula el financiamiento con las necesidades, para buscar distribuir el riesgo de los gastos en salud a través de individuos o familias, más allá de la naturaleza de la administración financiera (Arhin-Tenkorang, 2001).

Desde esta perspectiva, el gran desafío latinoamericano parte de considerar que en la mayoría de los modelos nacionales de salud se presentan características segmentadas o mixtas en la constitución de sus sistemas de aseguramiento social (Suárez-Berenguela, 2000; Maceira, 2001; y Carrin y James, 2004). Ello reduce la posibilidad de asumir compromisos financieros y ampliar la capacidad, calidad y equidad de los derechos garantizados a la población. En esta dirección, Frenk y Londoño (1997) avanzan en una propuesta de reforma que ordene por funciones, y no por grupos sociales, la distribución de tareas en el sector salud.

El marco de análisis utilizado en el presente documento se inspira en un trabajo previo (Maceira, 2001), que propone abordar los sistemas de salud mediante dos dimensiones de estudio, con la intención de expandirse a los esquemas de pensiones y jubilaciones. Una de ellas, la dimensión horizontal, da cuenta de la segmentación del modelo sanitario entre subsistemas (público, de seguridad social y privado), en tanto la dimensión vertical permite visualizar las distintas funciones de un sistema de salud (financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios).

Ambas, junto al marco regulatorio establecido por el Estado, descubren los mecanismos sectoriales de transferencia y absorción de riesgos financieros y epidemiológicos entre subsistemas, así como entre actores al interior de la cadena vertical del modelo sanitario.

FIGURA 2.1 DIMENSIONES HORIZONTAL Y VERTICAL EN SISTEMAS DE SALUD



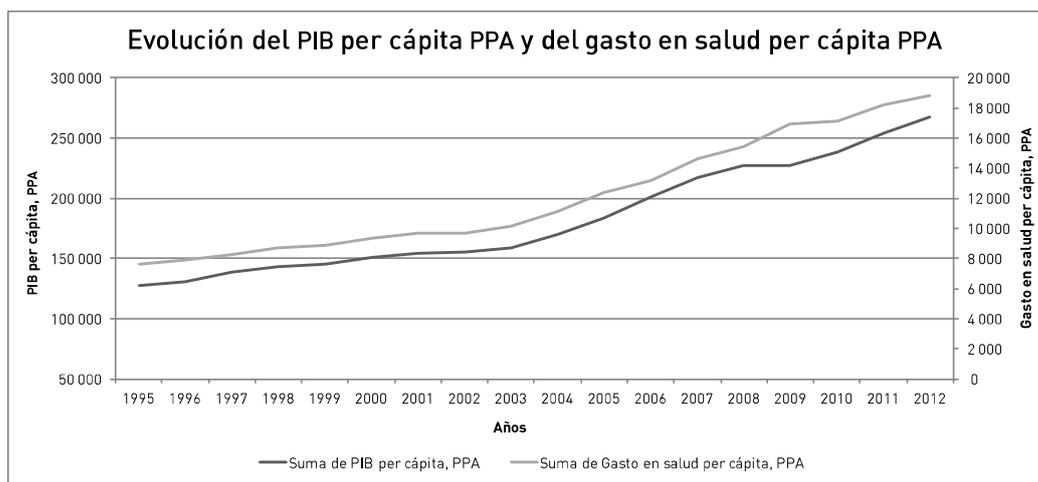
Fuente: Maceira (2001).

De ese modo, queda expuesto que las fallas de eficiencia y equidad en el nivel prestacional no son sólo inherentes a la estructura de oferta de servicios, sino que reflejan debilidades en los criterios de financiamiento del sector, en la estrategia de aseguramiento de derechos y cobertura de prestaciones, y en los modos de gestión de recursos. Sobre estos ejes, la exposición de los sistemas de salud latinoamericanos avanza para llevar a una discusión final sobre estrategias de reforma reciente.

La brecha en ingresos es un elemento particular en el debate de políticas sociales en la región latinoamericana, pues ejerce una marcada influencia en los criterios y capacidades de acción pública en políticas sociales, tanto entre países, como al interior de cada uno de ellos.

El siguiente grupo de gráficas ilustra el análisis previo. La primera de ellas muestra la evolución del producto interno bruto (PIB) per cápita (en dólares corregidos por paridad de poder adquisitivo, PPA) como un indicador aproximado de riqueza económica del país, entre los años 1994 y 2014, y el cambio en el mismo periodo en el gasto en salud per cápita. Ambos se construyen a partir de la información provista por la página web de World Development Indicators y son el producto de la suma ponderada de tales variables a nivel nacional.

GRÁFICA 2.1 AMÉRICA LATINA
EVOLUCIÓN DEL PIB Y GASTO EN SALUD PER CÁPITA



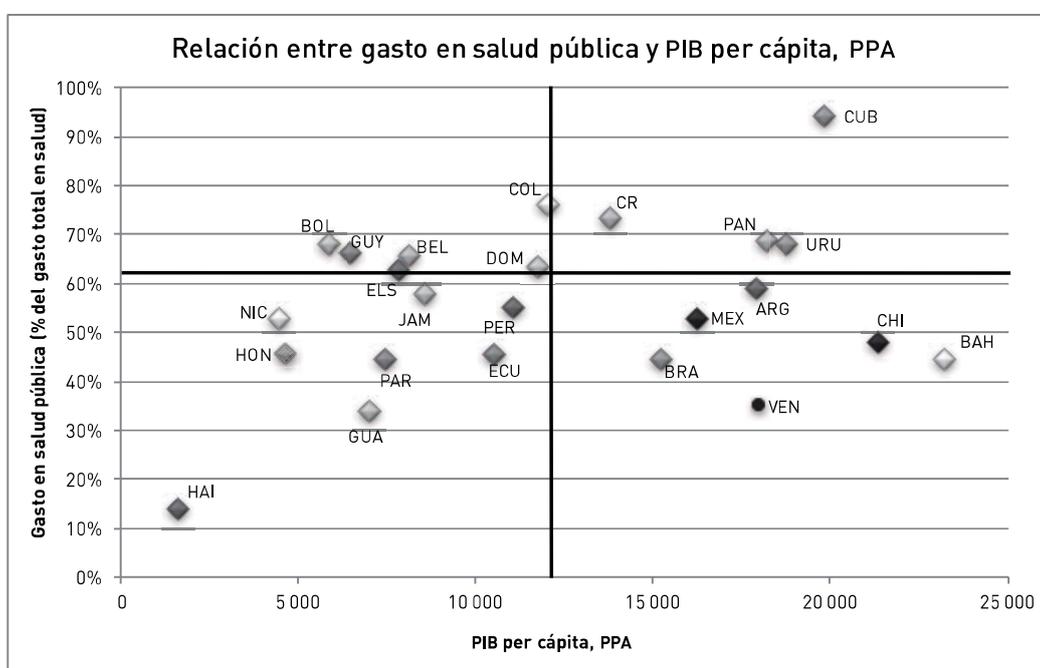
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators.

La línea gris claro, medida en el eje izquierdo, refiere a un aumento en términos reales, de 132 500 millones de dólares en el año base a 282 500 millones de dólares en 2014, lo que representa un incremento superior al 115 %. Por su parte, la línea gris oscuro hace referencia al gasto en salud, en igual denominación monetaria, pero medida en el eje derecho de la gráfica. En este caso, el incremento fue más que proporcional al del ingreso, por lo que alcanzó un cambio cercano al 150 %.

Este vínculo entre riqueza y gasto en salud es observado en la región latinoamericana y en otros continentes. La escasa data sistemáticamente recogida en términos de erogaciones sobre sistemas de pensiones a lo largo del tiempo en un número significativo de países de la región no hace posible replicar esta trayectoria en el rubro jubilatorio. De todos modos, es posible inferir que, al menos en términos de pensiones y jubilaciones contributivas, el mayor desarrollo económico se acompaña de niveles superiores de empleo decente, con su correlato en aportes al sistema formal de retiro.

Complementariamente, la gráfica 2.2 desagrega la relación expuesta para el conjunto de los países latinoamericanos y para el periodo 2012, último con información consistente y homogénea para todas las naciones de la región. En este caso, la inversión sanitaria pública se expresa como porcentaje del gasto total en salud. Se observa una tendencia positiva entre ambas variables y en algunas naciones se muestra incidencia del gasto sanitario público e ingresos per cápita mayores al promedio regional (Cuba, Costa Rica, Panamá y Uruguay). El cuadrante abajo y a la izquierda muestra a los países de menor ingreso relativo y menor incidencia pública en el destino de los fondos orientados al sector salud.

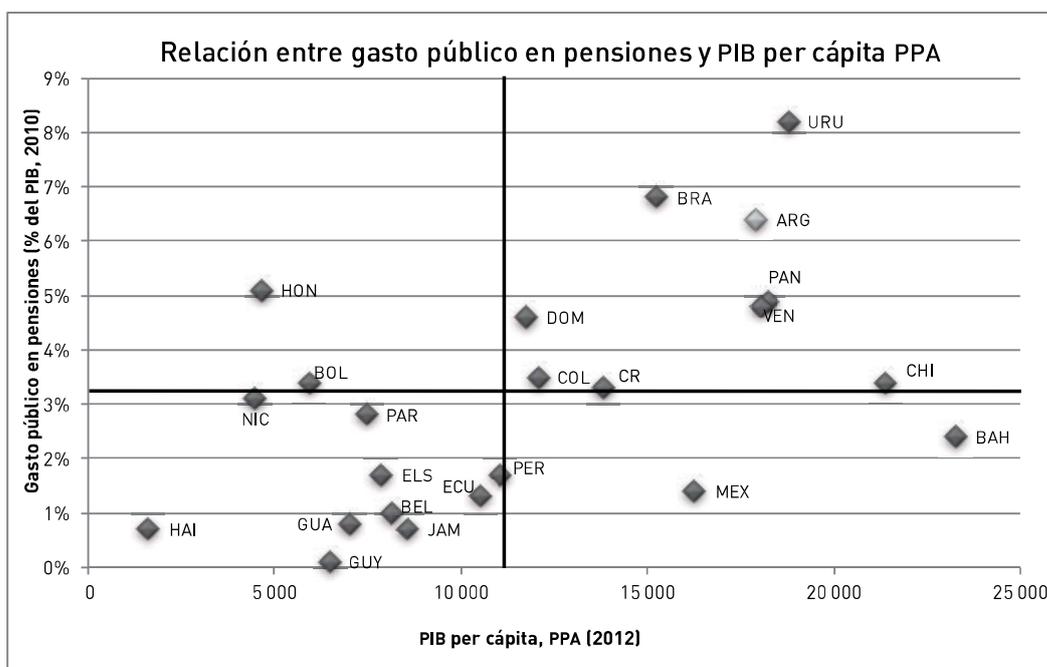
GRÁFICA 2.2 AMÉRICA LATINA
CUADRANTES DEL PIB Y GASTO PÚBLICO EN SALUD



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators (año 2012).

La gráfica 2.3 hace lo propio con el gasto estatal en pensiones, medido como porcentaje del PIB. En este caso, la correlación positiva entre ambas variables es más marcada que en la gráfica anterior, y Uruguay, Brasil y Argentina se ubican por encima del 6 % del producto nacional, superando a otras naciones de la región.

GRÁFICA 2.3 AMÉRICA LATINA
CUADRANTES DEL PIB Y GASTO PÚBLICO EN PENSIONES

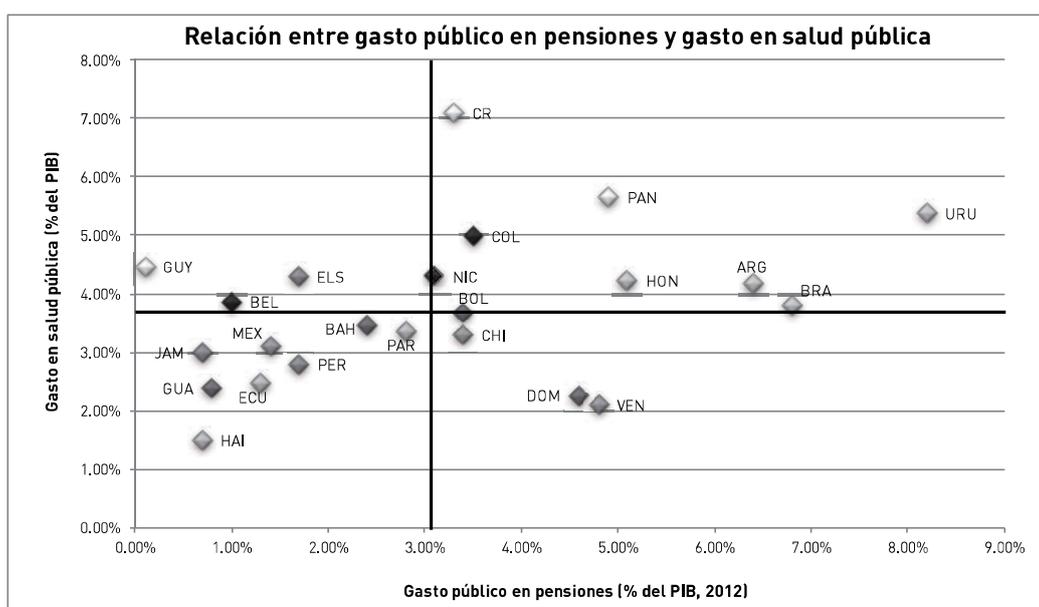


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators y OCDE, BM y BID (2015) (año 2012).

Las variables de inversión pública en salud y pensiones son vinculadas en la gráfica 2.4, donde se observan cuatro grupos de países: con alta participación estatal en ambos sectores con respecto al promedio regional (arriba y a la derecha), y con baja inversión relativa en las dos políticas (abajo, a la izquierda).

Para los patrones regionales, el gasto público en pensiones de Belice, El Salvador y Guyana son relativamente más altos a sus esfuerzos estatales en salud, en tanto que Chile, República Dominicana, Venezuela, y marginalmente Bolivia, reflejan la conducta inversa, lo que favorece relativamente la protección financiera de largo plazo con respecto a aquella en el sector sanitario. La siguiente sección debate sobre los desafíos potenciales asociados con la inversión social a futuro, para luego avanzar en las políticas que se han dado en los países de la región en cada caso en particular mediante el debate de las instancias recientes de reforma.

GRÁFICA 2.4 AMÉRICA LATINA
CUADRANTES DE GASTO PÚBLICO EN SALUD Y PENSIONES
VALORES PER CÁPITA Y POR PAÍS



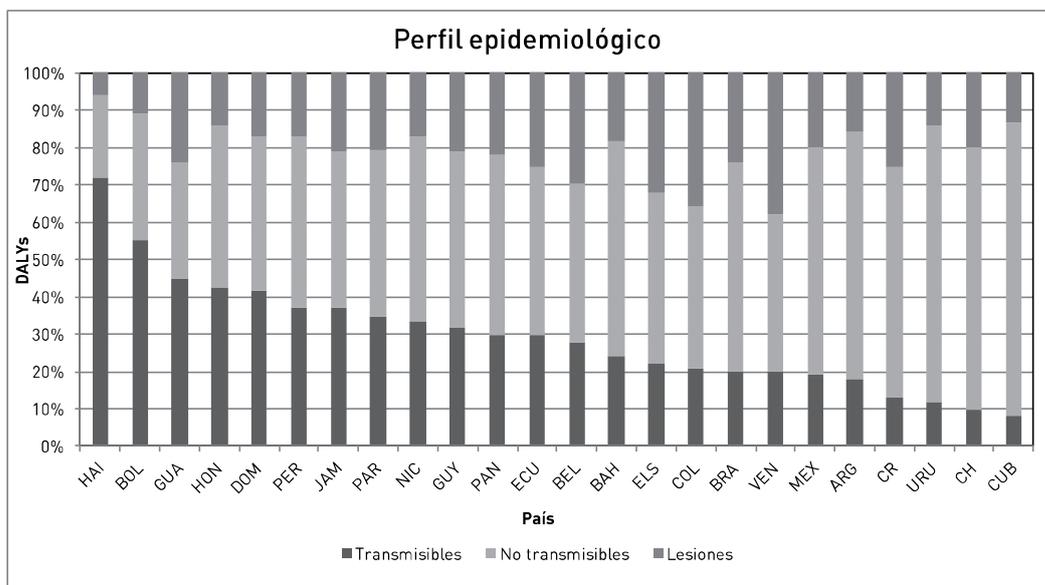
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators y ocde, BM y BID (2015) (año 2012).

3. Nuevos desafíos de la seguridad social (la estructura de los modelos de pensiones en América Latina y su evolución reciente)

El avance de la humanidad, principalmente en términos del tratamiento y atención de la salud, pero también del desarrollo de mecanismos de seguridad social, ha llevado sistemáticamente a correr los umbrales de esperanza de vida y cambiar los niveles de morbilidad. Dicha situación ha generado el crecimiento de la prevalencia de patologías asociadas con la tercera edad y un mayor peso relativo de las mismas en la proporción de años de vida perdidos corregidos por morbilidad (*Disability Adjusted Life Years, DALYs*), lo que involucra un crecimiento de las erogaciones en salud y seguridad social en general, de los estados y las familias.

La gráfica 3.1 muestra cómo la transición epidemiológica en América Latina ha avanzado, revelando que un mayor peso relativo de años de vida perdidos está asociado con enfermedades no transmisibles, aunque con una gran dispersión al interior de la región.

**GRÁFICA 3.1 AMÉRICA LATINA
PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS**



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud, Observatorio Global de la Salud (año 2008).

Esta instancia de acumulación epidemiológica (contar con un peso sistemáticamente mayor de enfermedades no transmisibles a la carga de enfermedades, pero manteniendo un volumen significativo de enfermedades transmisibles) genera un desafío a la planificación de políticas sanitarias, en la medida que reviste un debate sobre la asignación de recursos y la definición de prioridades.

Perfiles epidemiológicos avanzados y mayor peso de la tercera edad en la composición de la pirámide poblacional se asocian con la presencia de nuevas tecnologías y drogas que procuran asistir a la población en el tratamiento de las enfermedades asociadas con el envejecimiento, el mayor peso de las enfermedades no transmisibles y la presencia de las llamadas nuevas enfermedades.

Estas nuevas enfermedades, a su vez, son producto particularmente de cambios en el comportamiento de los individuos y representan problemas asociados con la alimentación, con adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), contaminación, mal tratamiento del medio ambiente, entre otras condiciones.

El peso relativo de estas nuevas enfermedades con respecto al total va en aumento y representa un desafío nuevo, no solamente para el sistema de salud, sino también para los criterios a partir de los cuales se forman los recursos humanos sanitarios. Estas nuevas patologías representan para el sistema de salud demandas adicionales a las que enfrentaba previamente, para cuya atención el sistema formal de educación no ofrece herramientas útiles.

La literatura sobre estas temáticas permite observar cómo estos fenómenos se incorporan a las demandas sociales para ser incluidos en la organización de programas y en los planes de cobertura de los sistemas de salud.

El envejecimiento de la población es un tema de alcance mundial, que afecta o pronto afectará virtualmente a todos los países del mundo. Cambios en la pirámide poblacional son impulsados en primer lugar por la caída en las tasas de natalidad y mortalidad infantil, que caracteriza la transición epidemiológica, lo que lleva a un aumento de los niños como porcentaje de la población total (Lee, Mason y Cotlear, 2010).

Con el tiempo, este proceso, acompañado por subsecuentes caídas en las tasas de natalidad, aumenta la proporción de adultos mayores en el total. Además, es reforzado por la mejora de la calidad de vida y el incremento en la tasa de supervivencia que desplaza la esperanza de vida.

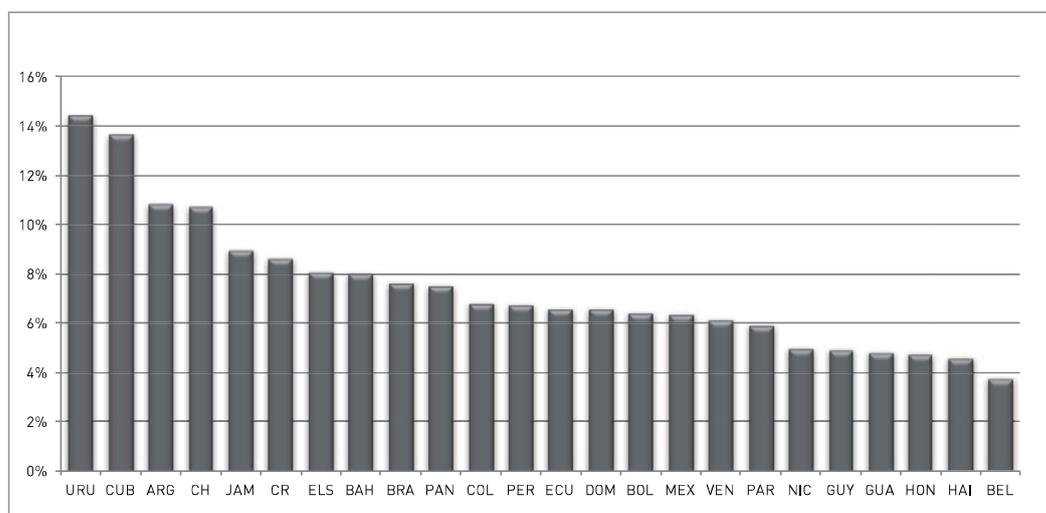
En los países en desarrollo, el 42 % de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78 %. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55 % de posibilidades de morir antes de cumplir los 80. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40 % para la mayoría de los países desarrollados de Europa Occidental, el 60 % para la mayoría de las regiones en desarrollo y el 70 % para el continente africano. Los datos históricos correspondientes a países como Australia o Suecia muestran una lenta evolución de la esperanza de vida restante a los 60 años durante los primeros seis o siete decenios del siglo xx, seguida de un incremento sustancial a partir de 1970 aproximadamente. En el Japón, la esperanza de vida restante a los 60 asciende ya a 25 años. A partir de 1990, algunos países de Europa Oriental, como Hungría o Polonia, empezaron a experimentar mejoras similares en lo que respecta a la mortalidad de las personas de edad avanzada, aunque otros, como la Federación de Rusia, no han corrido la misma suerte y están registrando tendencias de empeoramiento de esas tasas. Las principales causas que conforman la carga de mortalidad y morbilidad en personas de edad avanzada no han variado significativamente a lo largo de la última década (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

En América Latina, el peso de la población mayor de 65 años sobre el total nacional se ha incrementado drásticamente durante los últimos 30 años, entre 1984 y 2014. Según datos del Banco Mundial, el promedio regional muestra una subida del 149 %, con extremos de 250 % en Costa Rica y menos del 15 % en Guyana. Esta misma fuente revela que para 2014 el 10 % de la población de Uruguay, Cuba, Argentina y Chile tenía 65 años o más, mientras que el límite inferior se encontró en Belice, con menos del 4 % (gráfica 3.2).

Entre 1950 y 2005 la expectativa de vida en naciones desarrolladas aumentó 11 años, crecimiento que fue mayor en países de menores ingresos, donde alcanzó 19.5 años. Según Lee, Mason y Cotlear, el incremento en la población en edad activa (entre 25 y 59 años) ha sido el elemento demográfico predominante entre 1975 y 2015. A partir de entonces, se prevé un crecimiento sin precedentes en la proporción de la población mayor de 60 años.

El trabajo citado presenta una interrogante crucial en naciones en desarrollo: ¿los países se vuelven mayores antes de volverse ricos? El argumento de conflicto es que naciones con porcentajes de su población en edad anciana cuentan con menores capacidades para generar riqueza y, al contrario, requieren mayores recursos para atender a un grupo etario normalmente muy demandante de servicios sanitarios.

GRÁFICA 3.2 AMÉRICA LATINA
PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators (2014).

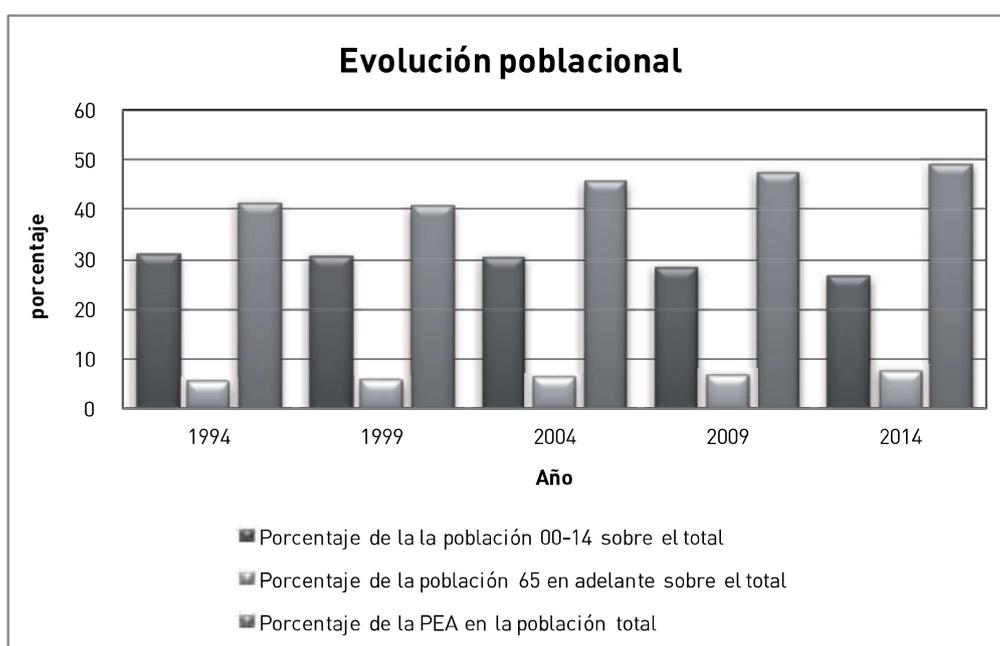
Con razón, el problema no solamente se vincula con un tema de ingresos monetarios, sino con la construcción de instituciones que se muestren sustentables para garantizar protección social a su población y una estructura adecuada de manejo del riesgo sanitario que permitan planificar transferencias de ingresos entre poblaciones de menores necesidades relativas a otras con mayores requerimientos sanitarios.

Más allá de contar con argumentos que mitiguen la línea presentada en el párrafo anterior, a partir de evidencias vinculadas con la productividad de los ancianos en la economía familiar (cuidado de nietos, facilitadores en las tareas del hogar) o social (conocimiento y experiencia volcada en problemáticas cotidianas), la necesidad de contar con un sistema de protección social con capacidad real de respuesta es crítico, particularmente en sociedades jóvenes.

La gráfica 3.3 ilustra el proceso de transición demográfica experimentado en la región a lo largo de los últimos veinte años. Se elaboró a partir de información disponible del Banco Mundial y agrega a la población de los países de la región en tres subgrupos: población económicamente activa (PEA), niños menores de 14 años y adultos mayores de 65.

Se observa con claridad que el llamado “bono demográfico” impacta de manera positiva en el aumento de la fuerza laboral, aunque ello ocurre a instancias de una caída de aproximadamente 28 % entre periodos extremos de los menores de 14 años, lo que pone en riesgo el espacio de protección financiera a futuro. Paralelamente, el peso de la población sobre 65 años ha aumentado, con un peso específico relativamente menos significativo, pero de modo constante a lo largo del tiempo, como se mencionó en párrafos previos.

**GRÁFICA 3.3 EVOLUCIÓN POBLACIONAL EN AMÉRICA LATINA 1994-2014
(POR TRAMO DE EDAD)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators.

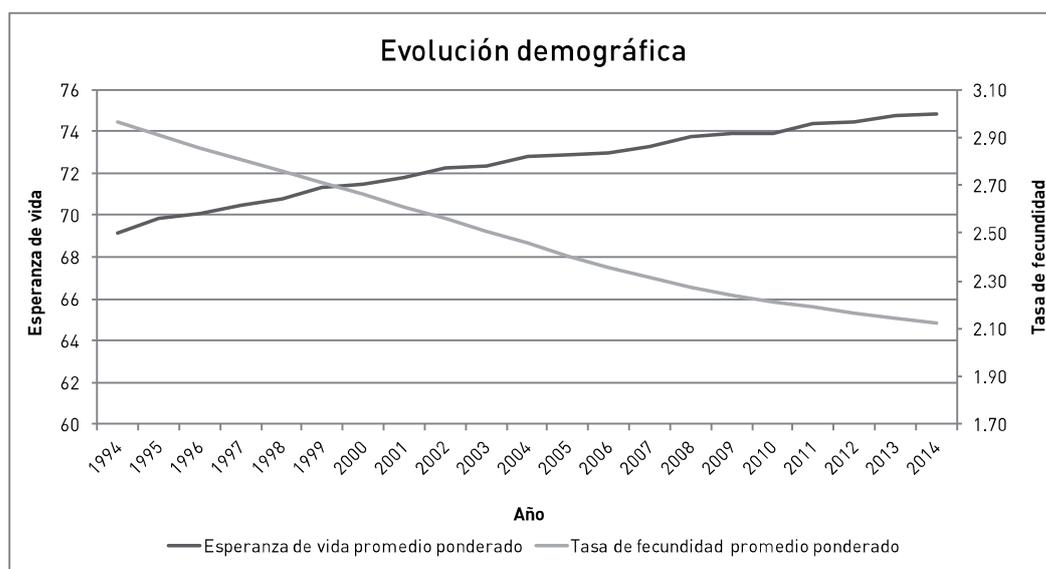
El incremento del gasto en salud y seguridad social asociado con el envejecimiento de la población tiene dos componentes diferenciados. El primero se vincula con la presencia de una mayor proporción de la población de la tercera edad, debido a la caída de las tasas de natalidad. De este modo, los fondos totales recaudados de un sistema de salud se reducen, en tanto que aumenta la demanda de servicios.

El segundo componente tiene su origen en la posibilidad de desplazar la esperanza de vida ocasionada por conductas y ambientes más saludables, así como por el desarrollo de tecnologías y medicamentos que requieren de mayor presupuesto y mejor gerenciamiento de fondos a nivel sectorial.

La gráfica 3.4 da cuenta de este fenómeno en la región latinoamericana. Entre 1994 y 2014 la tasa de fecundidad se redujo de 3 niños por mujer en edad fértil a 2.15 para el promedio ponderado de la región, lo que equivale a un 30 % total de reducción en sólo 20 años. Paralelamente, la esperanza de vida al nacer, también para la suma

ponderada de América Latina y el Caribe, se ha incrementado seis años a lo largo del mismo periodo, pasando de 69 a 75 para el promedio regional.

GRÁFICA 3.4 AMÉRICA LATINA
INDICADORES DE EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA 1994-2014
(EN PROMEDIOS PONDERADOS)



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators.

La literatura sobre gastos financieramente catastróficos abona a la necesidad de respuesta institucional. Familias cuyos miembros se acercan a la edad de retiro deben planear estrategias de ahorro para protegerse de *shocks* sanitarios ante instituciones débiles, en muchos casos agravados cuando en ciertas sociedades las mujeres sobreviven a sus esposos y no cuentan con jubilaciones o pensiones.

Aun así, las estructuras existentes serán desafiadas constantemente en la medida en que las tasas de natalidad sean menores y la esperanza de vida se incremente. Los mismos servicios prestados a la fecha deberán garantizarse para un número mayor de individuos, lo que aumentará el riesgo financiero de las instituciones existentes y, por tanto, incrementará la posibilidad de transferir tales riesgos a las familias.

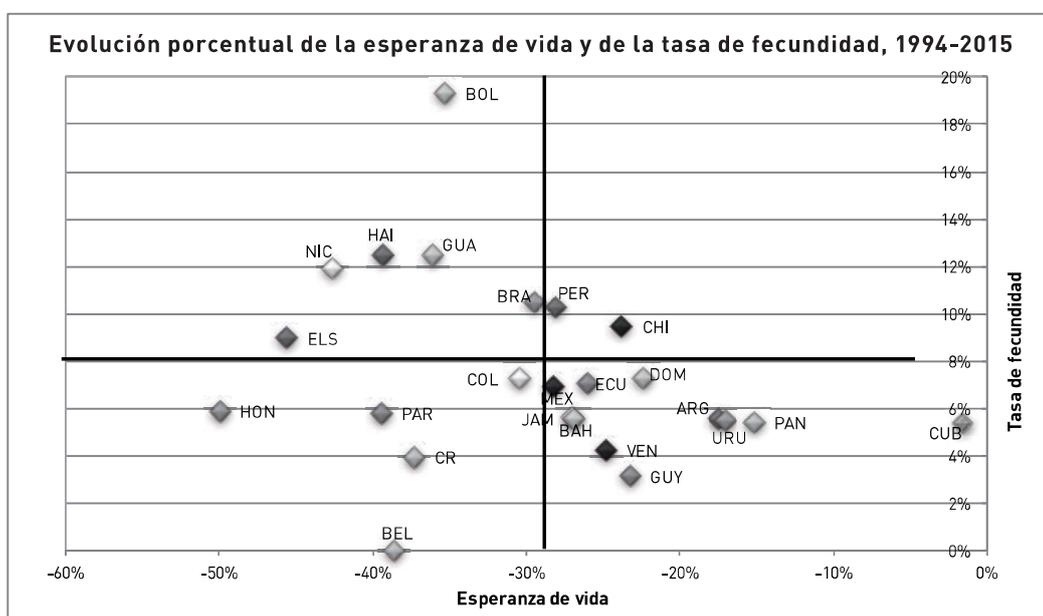
En esos casos, la capacidad de resolución se desplaza de las instituciones sociales a las familiares e impacta sobre la equidad del conjunto, reduciendo la tasa de ahorro de las familias de mayores ingresos relativos y de economía, y desplazando la pobreza a otros hogares. Más allá de este argumento, la temática del envejecimiento refleja también la necesidad de analizar el fenómeno de calidad de vida y su relación con la calidad de los servicios de salud.

La gráfica 3.5 establece, asimismo, que las condiciones demográficas en la región distan de ser homogéneas, al comparar la evolución de los indicadores mencionados de esperanza de vida y fecundidad entre países para el periodo 1994-2014. Se observa una correlación negativa entre ambas variables: naciones con mayor reducción de la tasa de fecundidad se asocian con aumentos superiores a la media en la esperanza de vida al nacer.

El cuadrante inferior derecho alberga a aquellos países donde la población se vuelve relativamente más anciana y supera la media regional en incremento de la esperanza de vida, a la vez que reduce en proporciones mayores de la media la tasa de fecundidad. Algunos de los países de mayor desarrollo económico regional se encuentran en este espacio (Argentina, Bahamas, México, Uruguay y Panamá), aunque se identifican otros más rezagados en su producción per cápita anual (Ecuador, República Dominicana y Guyana).

En el vértice opuesto están las naciones relativamente más jóvenes, ubicadas en general por debajo del promedio latinoamericano en su PIB per cápita (Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Haití).

GRÁFICA 3.5 AMÉRICA LATINA
CUADRANTES DE ESPERANZA DE VIDA Y TASA DE FECUNDIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial, World Development Indicators (1994-2014).

De acuerdo con revisiones teóricas de literatura científica internacional, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultados y estadísticas correspondientes a la morbilidad y la expectativa de vida; no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta,

como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud.

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

La calidad de vida es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo, depende del individuo y de las circunstancias externas, como las estructuras socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política que interactúan con él (Botero de Mejía y Pico Merchán, 2007). Particularmente, en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación entre calidad y discapacidad.

Diversos autores han investigado sobre los factores que son considerados importantes para la calidad de vida de las personas de edad. Las variables más significativas encontradas son: relaciones familiares y apoyos sociales, salud general, estado funcional y disponibilidad económica. A pesar del componente subjetivo en la valoración de cada determinante, disponer de buena salud y que su cuidado no involucre gastos empobrecedores se encuentran necesariamente entre las prioridades de cualquier individuo.

Según Botero de Mejía et al. (2007), el estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad debe incluir aspectos como el estado de salud y funcional, así como la determinación de factores de riesgo, entendiendo por salud funcional la percepción ante limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de enfermedad y tratamiento. Con base en estos elementos, es necesario, tanto desde la autoridad sanitaria, como desde las instituciones de seguridad social, planificar programas preventivos, de servicios sociales y de salud que tengan como grupo objetivo a toda la población, no sólo al grupo de adultos mayores.

Si bien la esencia del concepto de calidad de vida reside en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, existe una responsabilidad institucional y social para valorar y facilitar su alcance. En este sentido, la OMS definió una posición pionera al incorporar el bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica.

Para el caso particular de América Latina (Todd Jewel, Rossi y Triunfo, 2007), por medio de encuestas realizadas en hogares de cinco países de la región, analiza el estado de salud de las personas mayores a 60 años. Un estilo de vida activo, mayor educación y particularmente el estado nutricional constituyen, según el estudio, los determinantes más significativos en la autopercepción de la salud. Estos elementos, como es posible conjeturar, se encuentran altamente correlacionados con el nivel de

ingreso, y no sólo afectan indirectamente la percepción de la salud, sino también la calidad de vida e indicadores tradicionales, como la esperanza de vida al nacer.

A partir de uno de los estudios fundacionales de la economía de la salud, Grossman (1972) señala que la reducción en la depreciación del *stock* de salud y el aumento de productividad operan directamente sobre el estado de salud. De este modo, el diseño de políticas sanitarias para la tercera edad necesariamente debe contar con intervenciones que minimicen las brechas entre grupos de ingreso y favorezcan conductas de prevención, adecuada nutrición y ejercicio, para minimizar los costos de mantenimiento de una calidad de vida apropiada que aumente la probabilidad de tener un buen estado de salud.

Más allá del factor económico, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan su independencia y autonomía.

A pesar de que la mayoría de las personas de edad con enfermedades no transmisibles mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad aumenta con el paso del tiempo. En general, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica y la fractura de la cadera producen el mayor número de casos con discapacidad física en personas de edad avanzada que no están recluidas en instituciones (Menéndez et al., 2005, para un estudio en ciudades latinoamericanas).

La elevada prevalencia de estas enfermedades en adultos mayores constituye un importante desafío para los aseguradores de servicios de salud, ya que eleva los costos sanitarios y aumenta la discapacidad, situaciones que afectan negativamente la calidad de vida percibida.

Coincidente con el argumento planteado sobre percepción de calidad e ingreso, en ciudades de ingresos medios y medios altos, como Buenos Aires y Montevideo, Menéndez et al. (2005) encontraron que más de la tercera parte de los encuestados consideraron que su salud no era buena. Esa percepción refuerza la necesidad de avanzar en políticas objetivas y de calidad medible, a fin de converger en una estrategia efectiva de atención, particularmente para el adulto mayor. Estos hallazgos se muestran en la misma dirección que aquellos resumidos por Peláez (2005) con base en estudios previos.

La carga total de afecciones discapacitantes con consecuencias no mortales está dominada por un grupo relativamente reducido de causas. En todas las regiones, los trastornos neuropsiquiátricos, principalmente la depresión, constituyen la causa de discapacidad más importante. La carga de discapacidad asociada a ellos es prácticamente la misma para hombres y mujeres, aunque la carga atribuible a la depresión es un 50 % más elevada para las mujeres que para los varones. Lo mismo ocurre también con los síndromes de ansiedad, la jaqueca y la demencia senil.

En cambio, la carga atribuible a los trastornos asociados al abuso de alcohol y de drogas es casi seis veces superior en los varones que en las mujeres, y representa una cuarta parte de la carga de morbilidad masculina causada por trastornos neuropsiquiátricos (OMS, 2003).

Finalmente, y en la dirección presentada, la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, llevada a cabo en Buenos Aires en noviembre de 2005, concluye con una muestra de las preocupaciones más significativas: necesidad de aumentar la visibilidad de la población mayor en la agenda pública y los medios, ampliar los grupos de interés asociados con la defensa de los adultos mayores, y fortalecer las áreas de gobierno y los presupuestos dedicados a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores.

Como una de las conclusiones más relevantes, particularmente en el caso argentino, se encuentra la de articular las políticas orientadas a los adultos mayores entre el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y el sector empresarial. En la medida que la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud en el país constituyen una empresa de acción colectiva, con amplia participación multisectorial, es significativo el llamado a una responsabilidad compartida, bajo un marco regulatorio y de derechos emanado desde la autoridad pública.

4. Análisis comparado de los sistemas latinoamericanos privados de fondos de pensiones

A diferencia de lo que podría considerarse años atrás, el análisis de los sistemas de pensiones reviste cierta complejidad, asociado con los cambios ocurridos durante los últimos 30 años. Éstos se vincularon con tres elementos particulares:

- La separación en varios países de la región de las funciones afrontadas por las instituciones tradicionales de seguridad social, como servicios de salud y sistema de pensiones contributivas.
- La entrada en el sistema de pensiones contributivas de nuevos actores privados, las AFP, con pautas de aseguramiento, gestión y prestación de servicios jubilatorios diferenciados de las instituciones de seguridad social.
- El surgimiento de programas sociales de pensiones no contributivas, orientadas a complementar los servicios jubilatorios existentes para ampliar las cifras de población a cargo del sistema de protección social como un todo.

Cada uno de estos elementos cuenta con particularidades a tener en cuenta, que no ocurrieron homogéneamente a lo largo de la geografía latinoamericana.

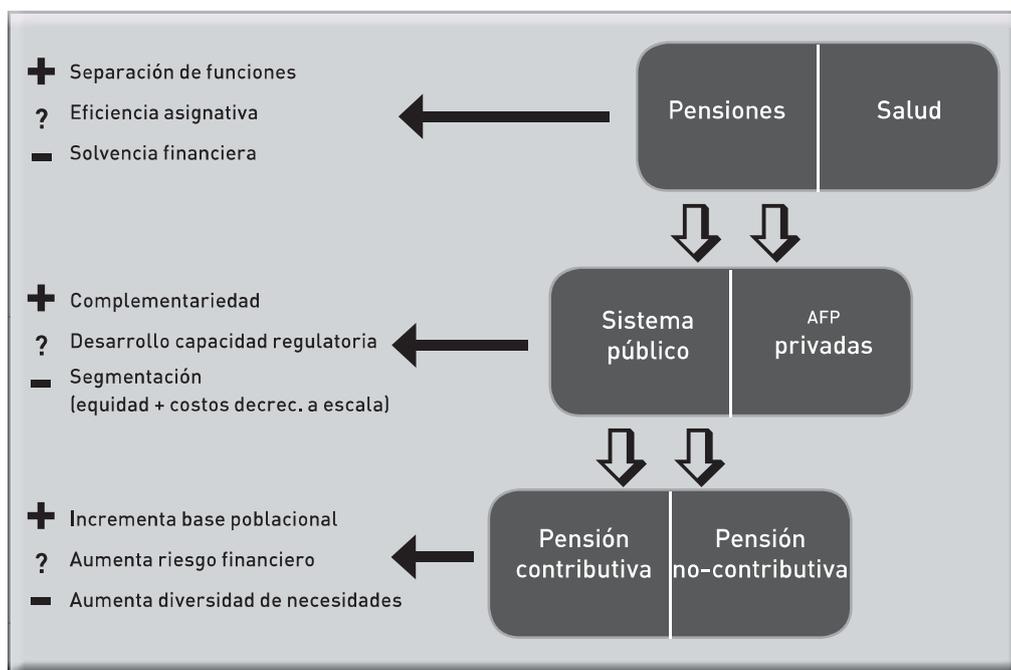
En primer lugar, la división institucional de las funciones de salud y pensiones corresponde a un movimiento de separación horizontal de funciones, que ha sido observado de manera paralela con un proceso de negociación acerca de la distribución de activos, junto con responsabilidades que por años habían sido abordadas por una misma administración.

En segundo lugar, el modelo tradicional y público de aseguramiento social, gestionado por instituciones gubernamentales, se enfrenta a compartir un espacio de servicios organizado desde la órbita privada. Según el caso nacional, eso implica no solamente el surgimiento de un mercado competitivo (bajo esquemas de diferenciación horizontal y vertical de producto), sino la posibilidad de segmentar mercados en función de niveles de ingreso, con implicaciones en términos de equidad.

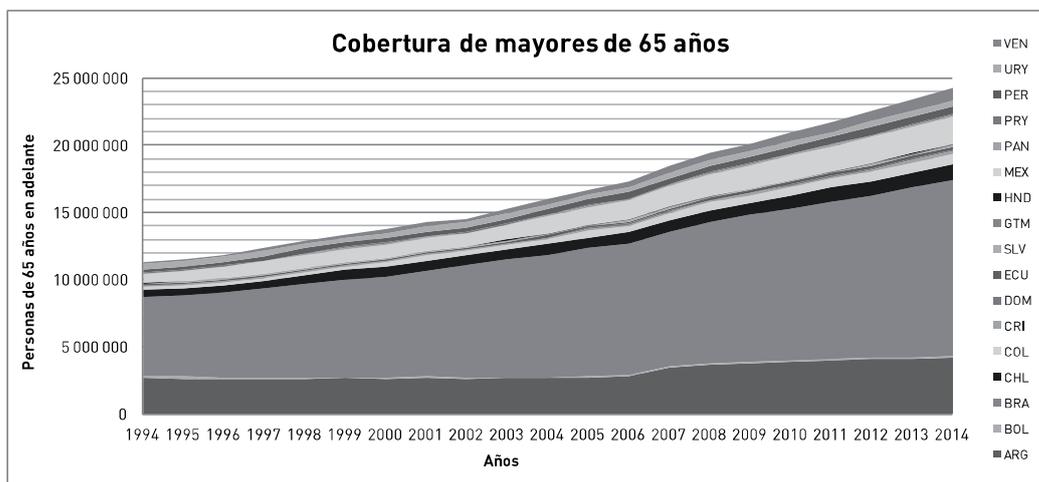
Más allá de ello, y desde la mirada de la eficiencia asignativa, la presencia de múltiples competidores en una industria de servicios implica un esfuerzo regulatorio marcado por facilitar la presencia de economías de escala ante la presencia de costos decrecientes. Diferentes países estructuraron diversas estrategias para abordar dicha situación, cuya prioridad en algunos casos ha sido aumentar la cobertura, facilitar el desarrollo de mercados de crédito emergentes a partir de la disponibilidad de fondos o incorporar nuevos mecanismos de recolección de recursos en función de las distintas capacidades a aportes existentes.

En tercer lugar, la ampliación de la estrategia de cobertura social hacia espacios no contributivos ha llevado a redefinir el esquema previsional original, donde nuevas poblaciones con distintos perfiles de ingresos y de necesidades fueron incluidas. Ese esquema se vincula con una nueva construcción de protección social que incluye a la original, pero que evoluciona en espacios de recolección y uso de fondos más variados, no exentos de riesgos financieros y distributivos. Un resumen de esta trayectoria, sus beneficios (+), riesgos (-) y desafíos (?) se resume en la figura 4.1.

FIGURA 4.1 EXPANSIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PENSIONES EN AMÉRICA LATINA: VENTAJAS, RIESGOS Y DESAFÍOS



GRÁFICA 4.1 EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE MAYORES DE 65 AÑOS, AMÉRICA LATINA 1994-2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos del BID (<https://data.iadb.org>).

A causa de ello, la población latinoamericana cubierta por sistemas previsionales durante los últimos años se ha multiplicado aproximadamente por dos veces y media, también influidos por la evolución demográfica discutida previamente. En ella participa fundamentalmente Brasil, con aproximadamente la mitad de los mayores de 65 años con cobertura, seguido por Argentina, México, Chile y Colombia.

Se propone utilizar el esquema de funciones y actores presentado por Maceira (2010) para el sector salud, aplicado en el caso bajo análisis. En esta oportunidad, la dimensión horizontal estará dada por tres subsistemas: el público, en su doble función de garantía de pensiones contributivas, a través de los institutos nacionales de seguridad social y de la administración de recursos para la cobertura de pensiones no contributivas, y el mercado privado de administradoras de fondos de pensiones.

La dimensión vertical se asocia con las funciones a cubrir por el sector de jubilaciones y pensiones. Éstas son:

- El financiamiento del sistema previsional, originalmente basado en aportes patronales y contribuciones salariales de aquéllos con empleo formal, que evoluciona a recursos complementarios de tesoros estatales.
- El aseguramiento del nuevo modelo, como función central del esquema de previsión social, está a cargo de identificar la mayor diversidad de fondos a ser administrados, con el fin de establecer los mecanismos de contribución, la definición de primas y derechos, los modos de capitalización y uso de fondos, y las alternativas de distribución de pensiones con un menú de opciones mucho más diverso. Esto incluye el diseño de esquemas de elegibilidad y su dinámica en el tiempo.
- La gestión de fondos queda segmentada en un modelo mixto que tiene como actores a los institutos de seguridad social, autoridad encargada de

administrar los recursos destinados a pensiones no contributivas y compañías privadas de AFP.

- Estas mismas instituciones públicas y privadas son las encargadas de la aplicación financiera de los recursos recaudados y el cálculo de intereses en el sector privado, así como de la gestión y el control de fondos públicos en el sector estatal. En ambos casos, la prestación de servicios jubilatorios involucra el desarrollo de pautas de distribución y control, en ocasiones asociadas con la subcontratación de entidades bancarias.

En línea con el esquema mencionado, el cuadro 4.1 muestra, en el caso de un grupo de países seleccionados, los ejes básicos del esquema de aseguramiento. La primera columna exhibe el porcentaje de la población objetivo (con edad mayor o igual a 65 años, como pauta general) sobre la población económicamente activa. Las columnas siguientes reflejan la cobertura efectiva por pensiones contributivas, el nivel de aportantes sobre población ocupada (columna que ordena el cuadro) y la participación del esquema de pensiones por sistema de capitalización dependientes de AFP, en caso de que existieran.

CUADRO 4.1 AMÉRICA LATINA
ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE PENSIONES (CIRCA 2014)

Países	Población >=65/PEA (*)	>= 65 años con pensión contributiva (%) (**)	Adultos ocupados cotizantes (% de población ocupada) (**)	% afiliados que aportan a AFP (***)
Costa Rica	23.77	48.3	72.64%	63.10%
Chile	13.01	60.7	71.08%	55.30%
Brasil	14.19	83.9	63.78%	
Argentina	21.72	90.0	51.41%	
Ecuador	13.3	22.9	46.33%	
República Dominicana	17.65	14.7	38.23%	47%
Colombia	13.46	23.6	36.70%	43.40%
México	17.74	25.9	32.54%	30.10%
El Salvador	11.17	13.2	31.39%	25.4%
Bolivia	11.22	21.4	22.29%	
Perú	12.18	28.2	21.71%	43.90%
Nicaragua	14.38	21.2	18.57%	
Guatemala	27.78	15.2		

Nota: En Perú y Colombia coexisten el sistema de capitalización individual con el de reparto o prima media escalonada. La información consignada corresponde al sistema de capitalización individual.

Fuentes: (*) Banco Mundial; (**) BID; (***) AIOs.

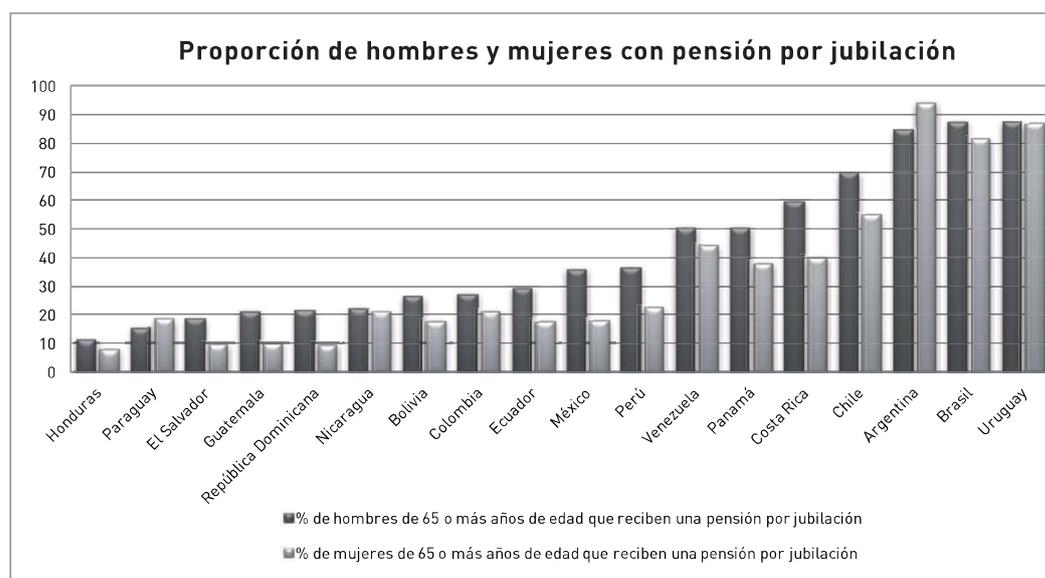
El rango de población objetivo es variado, entre 23.77 % o 21.72 % en Costa Rica y Argentina respectivamente, hasta llegar a 11 % en El Salvador y Bolivia. La información aportada por el Banco Interamericano del Desarrollo muestra, sin embargo, que del total de la población objetivo el promedio que accede a pensiones contribu-

tivas es de 36 % en los 13 países considerados, con extremos superiores al 80 % en Argentina y Brasil, e inferiores al 15 % en República Dominicana y El Salvador.

El peso de los adultos cotizantes al sistema de pensiones también muestra la diversidad regional, con una brecha de 4 a 1, aproximadamente, entre Uruguay y Nicaragua, los extremos de la escala. Finalmente, la presencia de AFP completa el mapa de dispersión latinoamericana, con seis naciones por encima del 30 % de incidencia de estos mecanismos de administración de fondos.

La gráfica 4.2 complementa el esquema de aseguramiento regional y muestra las diferencias de cobertura de sistemas de pensiones contributivas, tanto en hombres como en mujeres. Honduras, Paraguay y El Salvador observan porcentajes menores al 20 % en su cobertura masculina, en tanto que Uruguay, Brasil y Argentina superan el 80 %. La situación resulta más desafiante en el caso de pensiones a ciudadanas mujeres de la región, que no alcanzan una tasa de protección del 20 % en ocho de 18 países.

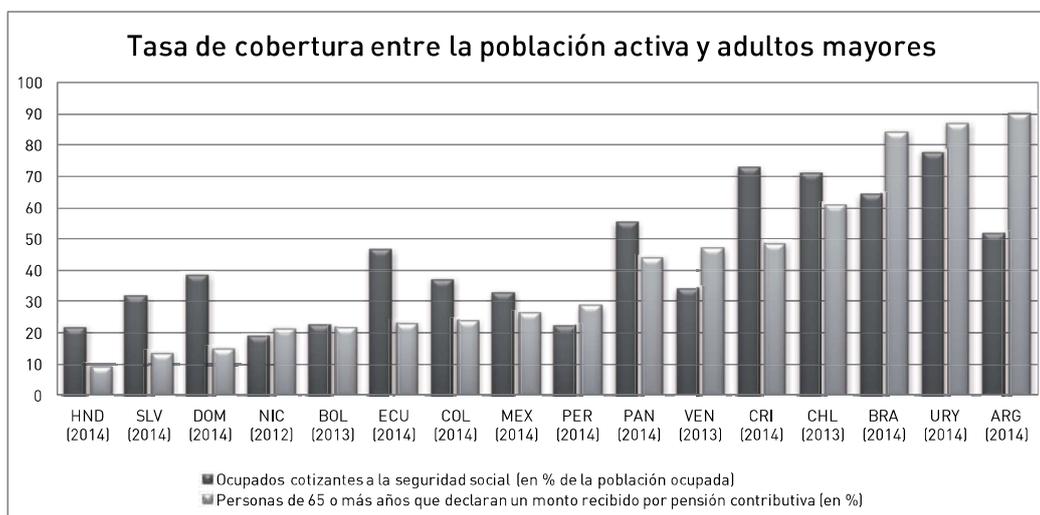
GRÁFICA 4.2 PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES CON PENSIÓN POR JUBILACIÓN 2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos del BID (<https://data.iadb.org>). Año 2014; excepto Chile y Venezuela (2013) y Nicaragua (2012).

En términos de cotizantes y perceptores de pensiones, la región refleja una marcada diferencia asociada con ingresos en el segundo caso, en el que México es un caso particular con menor cobertura de la esperada. En términos de ocupados cotizantes, la información muestra mayor variabilidad: Argentina establece un peso relativamente más bajo que aquel asociado con su nivel de desarrollo económico, probablemente asociado con su régimen impositivo, en tanto que naciones como Ecuador, República Dominicana y El Salvador superan a países como Perú, Colombia o México [gráfica 4.3].

**GRÁFICA 4.3 COTIZANTES Y PERCEPTORES DE PENSIONES
(EN %)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del BID (<https://data.iadb.org>).

El modelo de financiamiento de las estructuras de pensiones presenta tres regímenes de financiamiento diferenciados, en los cuales seis categorías se declaran principalmente esquemas de reparto, en tres operan las opciones de capitalización individual y cinco de 14 tienen modelos mixtos.

El cuadro 4.2 resume estas tendencias y agrega dos factores regulatorios que califican los modelos de financiamiento: la cantidad de años de contribución y la edad establecida de retiro. En el primer caso, la varianza es amplia, pues oscila entre los 25 y 30 años en nueve casos, hasta 15 a 18 años en Nicaragua y Guatemala, respectivamente. Por su parte, la edad de retiro se aproxima entre 60 y 65 años, según se trate de hombres o mujeres, respectivamente, con Bolivia como único caso donde ese umbral es marginalmente inferior.

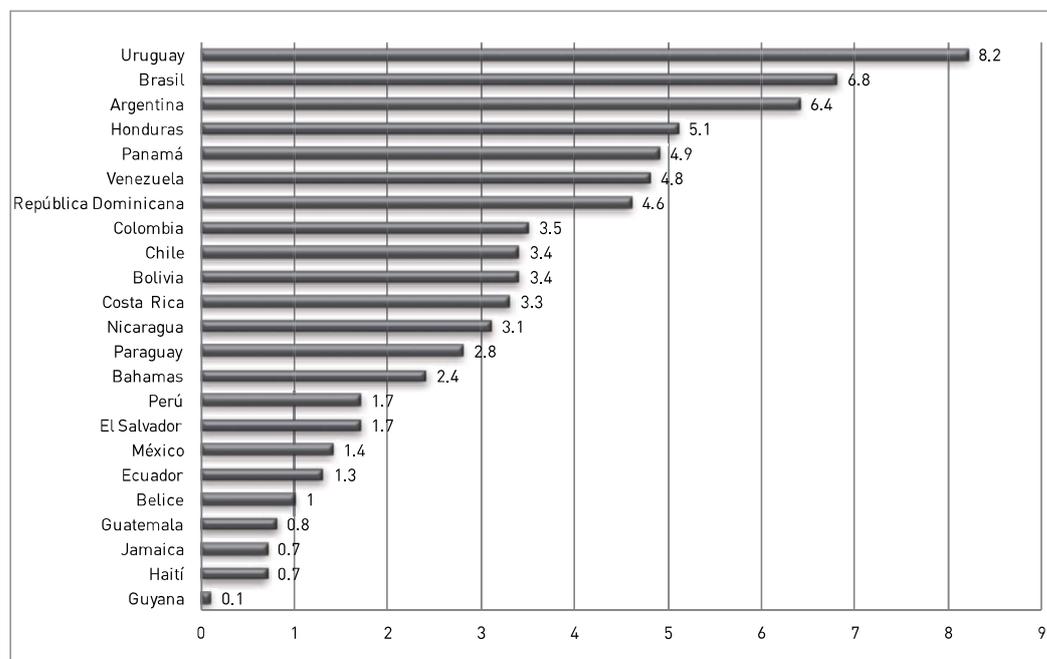
Finalmente, la última columna muestra la participación pública en el sistema de pensiones como porcentaje del producto interno bruto. Tal indicador, que ordena la ubicación de los países en el cuadro, deja ver una diferencia de 6.3 veces entre Uruguay, con 8.2 % de su PIB en el sector jubilatorio, y Ecuador, con 1.3 %. Es relevante notar que el régimen de financiamiento no necesariamente se encuentra vinculado a un nivel de desarrollo económico particular, ni con un plan estatal de desembolso particularmente alto o bajo. La gráfica 4.4 ordena a todos los países latinoamericanos con base en esta última pauta de gasto público sectorial, lo que muestra que la dispersión aumenta con el tamaño de la muestra.

CUADRO 4.2 AMÉRICA LATINA
FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE PENSIONES

Países	Régimen financiamiento	Años de contribuciones	Edad de retiro (hombre/mujer)	Gasto público en pensiones (% del PIB)
Argentina	Reparto	30	65/60	6.40%
Brasil	Reparto	35 (hombres)-30 (mujeres)	65/60	6.80%
Guatemala	Reparto	18	60	0.80%
Bolivia	Reparto	..	58	3.40%
Nicaragua	Reparto	15	60	3.10%
Ecuador	Reparto	25	60	1.30%
Uruguay	Mixto	30	60	8.20%
Colombia	Mixto	25	62/57	3.50%
Costa Rica	Mixto	25	65/60	3.30%
Perú	Mixto	20	65	1.70%
México	Mixto	24	65	1.40%
Rep. Dominicana	Capitalización individual	30	60	4.60%
Chile	Capitalización individual	..	65/60	3.40%
El Salvador	Capitalización individual	25	60/55	1.70%

Fuente: OCDE, BM y BID (2015).

GRÁFICA 4.4 GASTO PÚBLICO EN PENSIONES COMO PORCENTAJE DEL PIB
2010



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, BM y BID (2015) (año 2010).

Del total de países de la región, aproximadamente la mitad de ellos cuenta con sistemas privados basados parcialmente en la gestión de fondos de capitalización individual en manos de empresas privadas (AFP). Sin embargo, tanto el peso porcentual de ellas en el sistema de pensiones, como la cantidad de competidores y su evolución en el tiempo, es marcadamente diferente. Dicha circunstancia depende en parte del marco regulatorio que cada nación ha otorgado al funcionamiento de este mercado, como también de la escala poblacional del país. En tanto industria de servicios, el mercado de AFP funciona en un tramo decreciente de su función de costos, por lo que su espacio de seguimiento y control es particularmente importante para el desarrollo eficaz de un modelo de pensiones.

El cuadro 4.3 presenta la población total y su ingreso per cápita (corregido en dólares internacionales que facilitan su comparación) en las naciones analizadas, seguido de cuatro indicadores tradicionales de los mercados de AFP: el número de población afiliada y su porcentaje sobre la población total, la cantidad de firmas participantes del mercado y el índice de concentración de Herfindalh, construido como la suma de los cuadrados de la participación de cada AFP en el mercado, multiplicado por 100.

Chile y México lideran el grupo, con PIB per cápita que superan los 12 000 dólares por persona, seguidos por Uruguay, Panamá y Costa Rica. En el extremo opuesto se encuentra Bolivia, con un ingreso monetario cuatro veces inferior al líder del grupo.

Este indicador, junto con el de población, debería establecer ciertas pautas de concentración en los mercados de pensiones privadas, corregidas por la estructura de la distribución del ingreso y la presencia de mecanismos alternativos de cobertura (sistemas públicos, fondos alternativos).

Se presume que, a mayor población, mayor sería la probabilidad de encontrar mercados más densos en términos de empresas participantes. Asimismo, mayor ingreso podría vincularse con tasas más elevadas de empleo formal y/o adherencia de voluntarios a los sistemas de pensiones, por lo cual la afiliación debería verse incrementada, lo que aumentaría el tamaño del mercado y el incentivo a la entrada, reflejado en mayor número de actores oferentes y menor concentración.

Estas hipótesis encuentran su correlato claro en el caso mexicano, una de las naciones con mayor ingreso per cápita del grupo y una población que supera en más del doble al país que la sucede. Con una afiliación a AFP cercana al 40 %, cuenta con más de 20 firmas participantes, y el indicador de concentración más bajo del grupo. Paralelamente, Chile, con un ingreso elevado y una población media para el grupo, cuenta con un nivel de afiliación superior al 50 % y un índice de concentración que lo sitúa en el entorno del promedio regional. En menor medida, en función de su población reducida, este análisis puede aplicarse al caso uruguayo.

En contraste, las naciones de menor población e historia del sistema (Panamá) o ingreso relativo (Bolivia) muestran niveles de concentración mayor, apoyando la hipótesis tradicional de escala y concentración. Por último, sobresale Costa Rica, con un índice de concentración claramente menor al esperado en cuanto a su escala poblacional y una presencia relativamente alta de firmas operando en el mercado.

En la medida en que el vínculo entre escala (poblacional o por ingreso) y concentración de mercado se mantiene, debe relacionarse con dos elementos clave: por una parte, la escala de operaciones de cada firma y su impacto sobre la estructura de costos y, por otra, el marco regulatorio que facilita u obstaculiza la entrada de firmas y el logro de economías de escala.

CUADRO 4.3 AMÉRICA LATINA
GESTIÓN DE PENSIONES POR CAPITALIZACIÓN*

País	Población total (1)	PIB per cápita en PPP (2)	Población afiliada (3)	Porcentaje de población afiliada	Nº de AFP (4)	Índice de Herfindhal (5)
México	105 280 000	12 775	38 987 711	37,03	21	852
Colombia	43 926 034	6 724	8 403 715	19,13	6	2 109
Perú	28 220 764	7 803	4 259 889	15,09	4	2 006
Chile	16 590 000	13 936	8 308 264	50,08	6	2 670
Bolivia	9 827 522	4 013	1 143 559	85,51	2	5 039
Costa Rica	4 355 308	10 300	1 720 116	39,49	8	2 144
Panamá	3 340 000	10 322	342 513	10,25	2	5 015
Uruguay	3 323 906	11 621	822 663	24,75	4	2 770

* Los datos corresponden al año 2007.

(1) Banco Mundial. Instituto Nacional de Estadísticas.

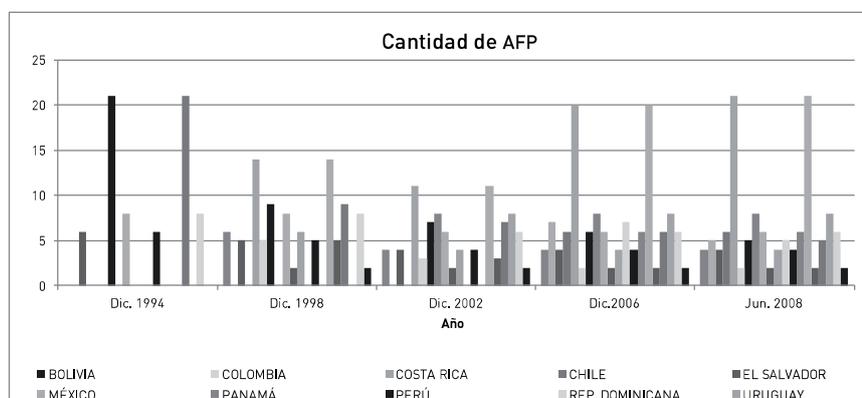
(2) Fondo Monetario Internacional.

(3) (4) (5) Elaboración propia con base en los datos de AÍOS y FIAP.

Fuente: Maceira et al. (2010).

De acuerdo con Maceira et al. (2010), se observa que existe una tendencia general en el aumento de los gastos promedio de operación por afiliado en la mayoría de los países bajo estudio. Chile y Colombia lideraron esta evolución para el periodo 2002-2007, siendo superados en 2006 por Perú, que detentó el mayor incremento regional, culminando el periodo con unos 40 dólares por persona, por año. Estos costos, según los autores, se vinculan con la capacidad de generar competencia al interior del mercado y su efecto en el número de actores participantes.

GRÁFICA 4.5 EVOLUCIÓN DE AFP POR PAÍS, 1994-2008



Fuente: Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AÍOS).

Salvo en el caso de México, que a partir de 1995 ha incrementado el número de firmas participantes, el resto de las naciones con esquemas privados de pensiones fueron testigo de un proceso de concentración o mantenimiento de la estructura original de la industria.

Bolivia, Costa Rica y Panamá establecieron en un inicio y mantuvieron su densidad en la oferta a lo largo del tiempo, en tanto que seis naciones (Colombia, Chile, El Salvador, Perú, República Dominicana y Uruguay) redujeron el número de actores, encontrándose en un extremo El Salvador, con una caída del 60 %, hasta Colombia, con una reducción del 20 %.

En Chile, durante el periodo 1981 hasta 1992 se produjo un incremento de firmas competidoras, y luego de 1995 inició una reducción drástica de la oferta, que se mantuvo hasta 2010 (Maceira et al., 2010).

Paralelamente, se tradujo en un incremento sostenido en el número de afiliados al sistema privado de capitalización, destacando el marcado crecimiento del caso colombiano y el fuerte impulso cobrado por el modelo mexicano a partir de mediados de 2001.

Complementando este análisis, la relación aportante/afiliado en cada uno de los sistemas regionales es amplia y cercana al 55 % en el caso de Uruguay —que lidera el grupo—, seguido por Chile y República Dominicana. Dentro de este contingente destaca Costa Rica, que sufrió una caída en esta relación hacia 2006, para luego generar una fuerte recuperación que la ubica en la actualidad en torno del 50 %.

Un segundo grupo de naciones, con relaciones cercanas al 40 %, incluye a Colombia, Perú y Bolivia. Estos países mostraron un sostenido incremento en la tasa mencionada para el periodo 1994-2008, en tanto que México y El Salvador mantienen, con alguna leve disminución, promedios históricos cercanos al 40 %. Finalmente, alejado del resto de los sistemas, se encuentra el modelo más reciente de la región, Panamá, con relaciones bajas, oscilantes en el 10 %.

En todos los casos, sin embargo, se evidencia un incremento en el número de afiliados sobre la población económicamente activa, liderado por Chile y seguido por México y Costa Rica. En el primer caso, el porcentaje de los años recientes supera el 100 %, posiblemente vinculado con el hecho de ser el sistema más antiguo de la región, por lo que una proporción de los beneficiarios del mismo se encuentran recibiendo los beneficios de sus contribuciones durante su etapa activa en el mercado laboral (Maceira et al., 2010).

En el otro extremo, el cuadro 4.4 presenta un grupo de 12 naciones de la región dentro del esquema de pensiones no contributivas asociadas con la tercera edad. En la medida que estos programas pueden superponerse con otras iniciativas gubernamentales, su nivel de cobertura no necesariamente identifica la intensidad de la política. Sin embargo, destaca la presencia de la iniciativa Renta Dignidad de Bolivia, el Programa de Pensiones en Vejez de Argentina o la Pensión para Adultos Mayores de México, con alcances superiores al 70 % de la población objetivo.

En todo caso, las diferencias se trasladan asimismo a los montos asociados con cada política, como también su peso en el PIB del país. El Beneficio de Prestación Continuada en Brasil otorga 378 dólares por beneficiario, en tanto que el Programa Colombiano de Protección Social al Adulto Mayor es de 47 dólares.

CUADRO 4.4 AMÉRICA LATINA
PENSIONES NO-CONTRIBUTIVAS EN VEJEZ (2013)

Países	Pensiones no contributivas				
	Programa	Edad	Cobertura como % de adultos mayores	Transferencia US\$ (mensual)	% PIB
Argentina	Programa de Pensiones (Vejez)	70 +	80	373	0.02
Bolivia	Renta Dignidad	60 +	100	81	1.24
Brasil	Beneficio de Prestación Continuada Previdência Rural	65 +	12.4	378	0.31
		60 +	27.2	363	0.99
Chile	Pensión Básica Solidaria de Vejez	65 +	33.4	207	0.42
Colombia	Programa de Protección Social al Adulto Mayor	57+	21.4	47	0.12
Costa Rica	Régimen No Contributivo de Pensiones - Monto Básico	65 +	27.3	205	0.34
Ecuador	Pensión para adultos mayores	65+	56.9	88	0.36
El Salvador	Nuestros Mayores Derechos	60+	4.6	95	0.07
Guatemala	Programa de Aporte Económico o del Adulto Mayor	65+	14.5	99	0.12
México	Pensión para Adultos Mayores	65+	72.5	56	0.22
Perú	Pensión 65	65+	15.7	77	0.08
Uruguay	Pensión No Contributiva por Vejez e Invalidez	70+	24.8	368	0.62

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo <<https://data.iadb.org/>>.

Las implicaciones de estos mecanismos combinados de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación se traducen en resultados de cobertura absoluta y relativa entre géneros y grupos sociales con diferentes ingresos. El cuadro 4.5 y la gráfica 4.6 dan cuenta de ello utilizando dos trazadoras de resultados. La primera de ellas es el porcentaje de población de 65 años o más que goza de una pensión contributiva.

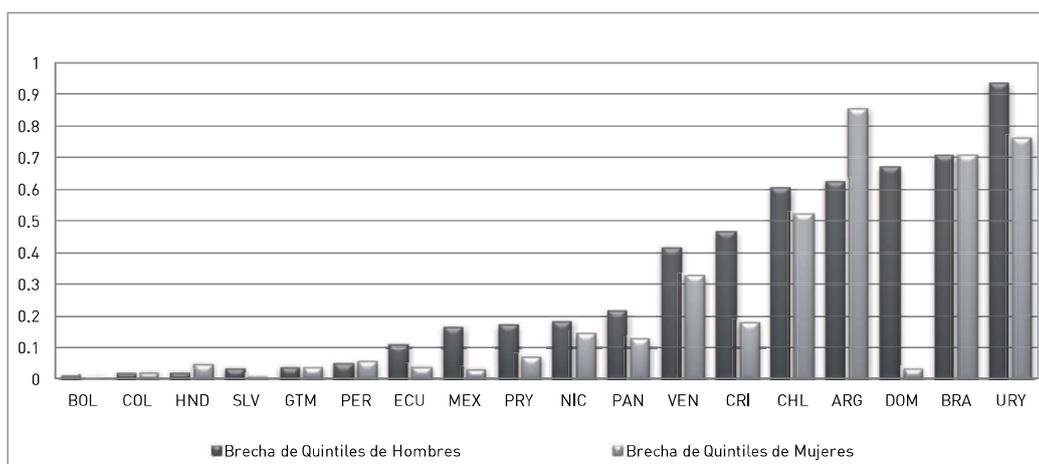
La segunda se constituye como la tasa de cobertura de este mismo beneficio entre el primer quintil de ingreso y el último. Una tasa igual a uno refiere equidad en beneficios previsionales: independientemente del nivel de ingreso de la familia o el individuo, la protección financiera del adulto mayor es transversalmente equivalente en la sociedad. En la medida que el indicador se aleja de la unidad, evidencia sesgos distributivos. Dada la información disponible a través del BID, es posible separar esta trazadora entre mujeres y hombres.

CUADRO 4.5 AMÉRICA LATINA
COBERTURA Y EQUIDAD EN PENSIONES CONTRIBUTIVAS

Países	Personas de 65 o más años con pensión contributiva (%)	Brecha de quintiles (Q1/Q5) entre quienes reciben pensión contributiva	
		Hombres	Mujeres
Argentina	90.0%	0.624	0.853
Uruguay	86.7%	0.933	0.759
Brasil	83.9%	0.704	0.706
Chile	60.7%	0.602	0.518
Venezuela	46.8%	0.412	0.323
Costa Rica	48.3%	0.463	0.177
Nicaragua	21.2%	0,18	0,142
Panamá	43.7%	0.211	0.122
Paraguay	16.9%	0.168	0.068
Perú	28.2%	0.046	0.052
Honduras	9.0%	0,017	0,046
Ecuador	22.9%	0.105	0,035
Guatemala	15.2%	0,035	0,033
República Dominicana	14.7%	0.667	0,028
México	25.9%	0.161	0,027
Colombia	23.6%	0.014	0,016
El Salvador	13.2%	0,031	0,002
Bolivia	21.4%	0.011	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en el BID.

GRÁFICA 4.6 EQUIDAD Y JUBILACIONES EN AMÉRICA LATINA
BRECHA DE QUINTILES EN HOMBRES Y MUJERES, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos del BID (<https://data.iadb.org>), año 2014; excepto Chile y Venezuela (2013) y Nicaragua (2012).

Salvo en los casos de Honduras, Argentina, Perú y Colombia (en ese orden), en el resto de los países el nivel de protección femenina es menor al de los hombres. Brasil muestra un equilibrio entre sexos, mientras Bolivia, República Dominicana, El Salvador y México son las naciones más rezagadas en este particular.

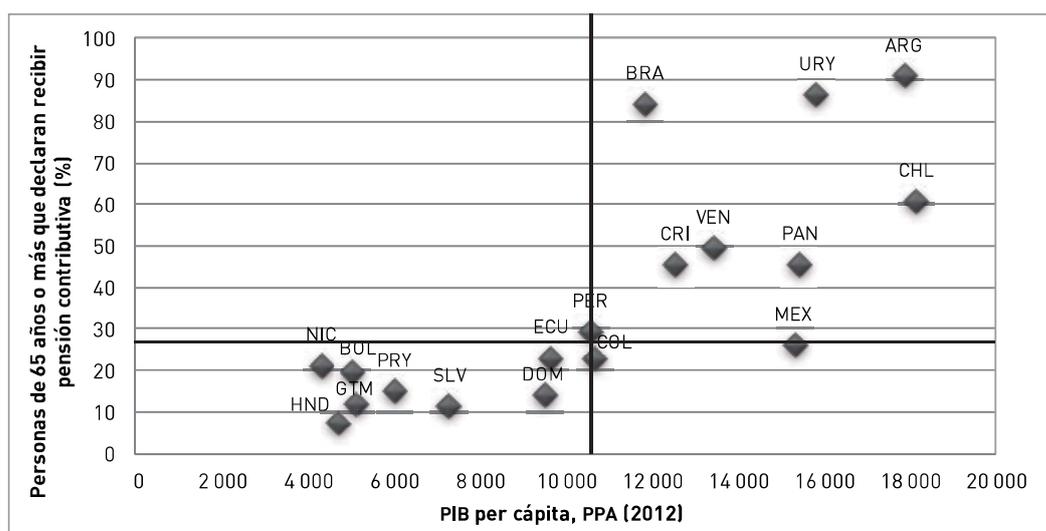
En términos de ingreso, Uruguay, Brasil, República Dominicana, Argentina y Chile muestran indicadores de brecha masculina superiores a 0.6, que establece la pensión contributiva de un adulto mayor de menores ingresos en hasta un 40 % a su par del quinto quintil. Por el contrario, en Bolivia, Colombia y Honduras la brecha es máxima. A modo de ejemplo, en este último país, la pensión de un individuo del quintil más rezagado es menor al 2 % de aquel en el grupo de mayores recursos.

Esta sección concluye con dos gráficas que muestran las relaciones de cobertura y solidaridad de los sistemas de pensiones de la región a partir de esquemas de cuatro cuadrantes, donde indicadores sectoriales se comparan con los valores de PIB per cápita de cada nación.

La primera (gráfica 4.7) observa una correlación positiva entre ingreso y población cubierta por una pensión contributiva, en tanto que la segunda (gráfica 4.8) refiere la misma dirección en términos de mujeres con pensiones no contributivas.

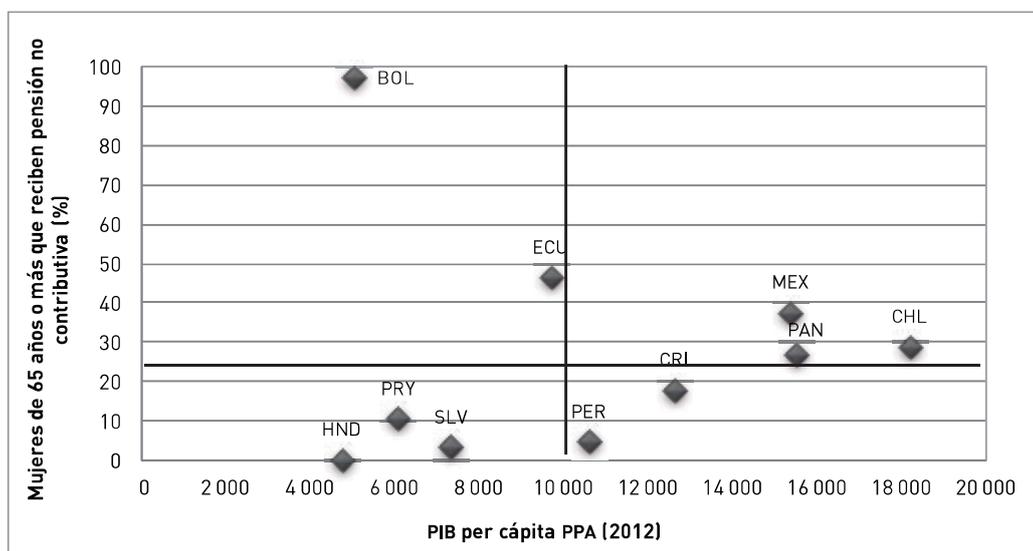
El vínculo en el primer indicador es particularmente intenso, en la medida que todos los países se ubican en el cuadrante nordeste o en el suroeste, sin excepciones a la regla. Dicho de otro modo, se observa cierta estructura determinante entre capacidad económica y protección financiera formal al adulto mayor. Por el contrario, Bolivia destaca en la segunda gráfica por ofrecer un nivel de renta no contributiva a mujeres por encima del valor esperado, dado su grado de desarrollo económico.

GRÁFICA 4.7 AMÉRICA LATINA
RIQUEZA Y POBLACIÓN CON PENSIÓN CONTRIBUTIVA



Fuente: Elaboración propia con base en datos del FMI y del BID (<https://data.iadb.org>).

GRÁFICA 4.8 AMÉRICA LATINA
RIQUEZA Y MUJERES (>=65 AÑOS) CON PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA



Fuente: Elaboración propia con base en datos del FMI y del BID (<https://data.iadb.org>).

5. Sistemas de cobertura en salud en América Latina

5.1. Parámetros regionales

Para el año 2012, 10 naciones de América Latina y el Caribe contaban con niveles de gasto superior al promedio regional de 821 dólares PPA por persona, por año, lo que en general mostró una asociación positiva entre riqueza económica y nivel de inversión en salud. Bahamas lidera el cuadro 5.1, con 2 377 dólares por persona, por año, en tanto que Brasil invierte 1 109 dólares en el mismo periodo.

Los países más rezagados en términos de erogaciones anuales per cápita son Bolivia, con 305 dólares internacionales; Guyana, con 223; y Haití, con 84 dólares, aproximadamente 10 veces menos del promedio regional y 28.3 veces por debajo del líder de gasto sanitario de América Latina y el Caribe.

No obstante, eso no refleja necesariamente diferentes niveles de inversión como porcentaje del PIB. Como muestra la cuarta columna del mismo cuadro 5.1, naciones con distintos niveles de gasto per cápita pueden exhibir similares participaciones del sector salud en el total del producto. Tal es el caso de Argentina, Cuba y Nicaragua, con una incidencia del sector de aproximadamente 8.6 % sobre el total, todos ellos por encima del promedio regional del 7.07 % del producto, aunque con indicadores de gasto per cápita y resultados diferentes. En este caso sólo son Costa Rica y Paraguay las naciones que superan el 10 % de su producto asociado con el sector salud.

A pesar de ello, aunque con excepciones, es posible identificar cierta correlación inversa entre ingreso, gasto en salud y resultados, medidos en términos de mortalidad infantil. Este patrón también revela excepciones: naciones con niveles relativamente altos de gasto en salud pueden no corresponderse con tasas de mortalidad infantil, al tiempo que naciones económicamente más rezagadas, con desembolsos en salud per cápita menores, cuentan con resultados de salud más satisfactorios que los esperados. En este último caso, se observa el ejemplo de Cuba, cuya tasa de mortalidad infantil es de 4.3 por mil y reporta un gasto similar al de Jamaica, con un indicador tres veces y media superior.

Paralelamente, el nivel de vacunación de la región muestra porcentajes satisfactorios, más allá de sus niveles de gasto e ingreso. Con escasas excepciones, la cobertura en sarampión muestra un promedio del 91 %, que refleja una estrategia regional que ha priorizado esta intervención, más allá de indicadores de riqueza, capacidad de gasto y cambios institucionales.

Asimismo, la decisión de cuánto invertir en salud y en qué proporción participa el sector público en este financiamiento, muestra una marcada correlación, e igual sucede con los indicadores tradicionales de resultados sanitarios. En general, mayor participación pública equivale a menor incidencia del gasto en salud en los bolsillos de las familias y, por tanto, menor peso de la capacidad de pago sobre el uso de servicios,¹ lo que deja ver la capacidad financiera, pero también institucional de los países, para establecer prioridades de inversión pública y reducir el riesgo de gasto de bolsillo directo de las familias, el cual puede ser considerado como el indicador más claro de equidad (o falta de ella) de un sistema de aseguramiento social en salud.

De acuerdo con la información suministrada por la gráfica 5.1, la participación del Estado en el financiamiento del sector salud de la región se ha incrementado levemente, pasando del 54 % en 1995 a un 56.61 %, según información de 2012. Asimismo, y a diferencia de los porcentajes observados hace una década, la asignación de fondos públicos o sociales al sector salud en algunas de las naciones de menor desarrollo económico relativo se ha incrementado y constituyen un avance desde una perspectiva de equidad. Tal es el caso, particularmente, de Bolivia, a los que se suman Guyana, Belice, El Salvador y Perú. A pesar de ello, varias de las naciones más necesitadas aún reflejan altos porcentajes del gasto en manos directas de las familias.

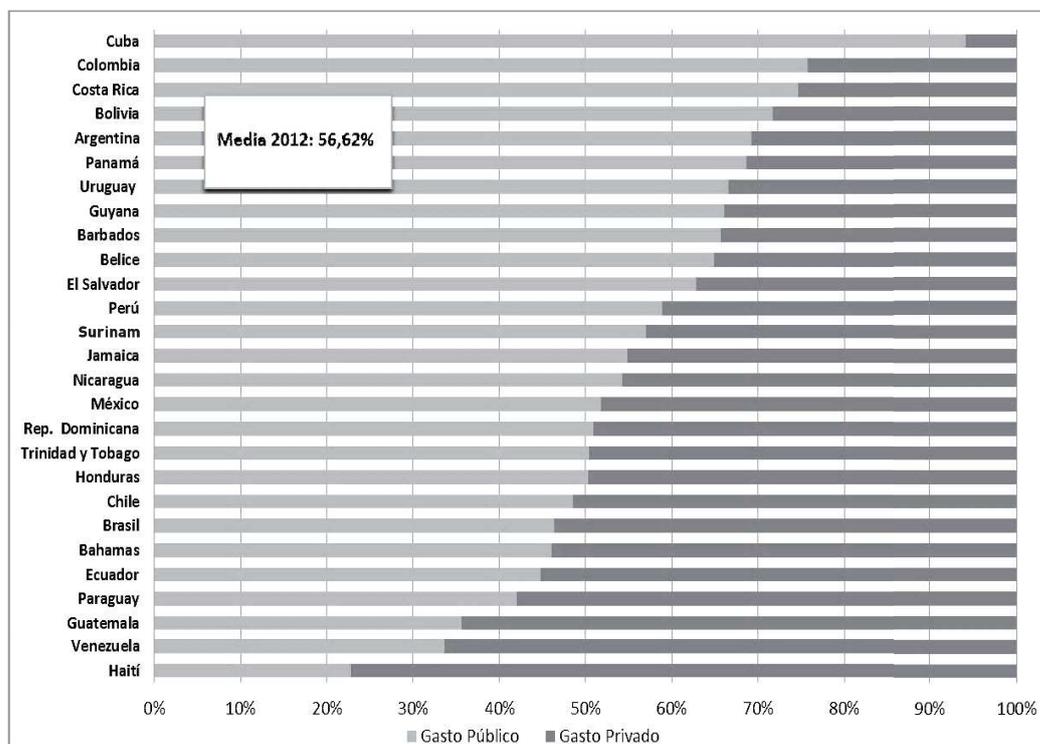
¹ Más allá del gasto de bolsillo de los hogares, el financiamiento privado se constituye con las deducciones salariales para el pago de primas en seguros privados, la incidencia de donaciones no gubernamentales y la presencia de ONG en la provisión de servicios gratuitos. El mayor peso de estas últimas instituciones reduce los desembolsos familiares, independientemente de la capacidad pública de financiamiento.

CUADRO 5.1 AMÉRICA LATINA
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS
(CIRCA 2012)

Países	PIB per cápita dólares US PPA ¹	Gasto salud per cápita USD PPA ²	Gasto total en salud (% PIB) ³	Gasto público en salud (% GTS) ⁴	Gasto de bolsillo en salud (% GTS) ⁵	Tasa de mortalidad infantil ⁶	Immunización contra sarampión (%)
Bahamas	33 324	2 377	7.52	46.07	29.11	13.9	90
Barbados	25 043	1 307	6.29	65.59	34.41	16.9	93
Trinidad y Tobago	19 911	1 450	5.44	50.37	41.96	18.4	92
Chile	18 182	1 606	7.18	48.59	32.15	7.8	91
Argentina	17 917	1 551	8.49	69.2	20.11	12.7	93
Uruguay	15 865	1 427	8.9	66.62	16.53	6.2	95
Panamá	15 468	1 260	7.59	68.62	24.8	15.9	97
México	15 344	1 062	6.15	51.81	44.08	13.9	98
Venezuela	13 480	628	4.65	33.69	63.69	13.1	86
Costa Rica	12 594	1 311	10.13	74.62	23.09	8.6	83
Surinam	12 472	521	5.88	57.02	10.12	18.5	85
Brasil	11 876	1 109	9.31	46.42	30.95	12.9	97
Cuba ⁷	11 060	405	8.59	94.15	5.85	4.3	99
Colombia	10 697	723	6.83	75.78	14.76	15.1	88
Perú	10 596	555	5.07	58.92	35.72	14.1	96
Ecuador	9 682	652	6.4	44.84	51.38	19.8	98
Rep. Dominicana	9 547	553	5.42	50.92	38.71	22.8	79
Jamaica	8 916	461	5.93	54.87	28.93	14.4	88
Belice	8 598	458	5.81	64.9	24.49	15.7	98
Guayana	7 755	223	6.56	66.06	31.34	29	98
El Salvador	7 316	475	6.71	62.8	32.39	13.6	89
Paraguay	6 053	633	10.32	42.03	53.33	18.8	93
Guatemala	5 153	346	6.74	35.63	53.33	26.5	87
Bolivia	5 041	305	5.77	71.75	23.23	32.8	84
Honduras	4 744	354	8.6	50.31	45.55	19.4	99
Nicaragua	4 352	335	8.23	54.28	39.14	20.6	99
Haití	1 260	84	6.44	22.83	34.8	56.6	59
América Latina	11 861	821	7.07	56.62	32.74	17.9	90.89

Fuente: Elaboración propia con base en información del FMI (1); WHO (2, 3, 4, 5); World Development Indicators, World Bank (6); *The Economist* (7).

GRÁFICA 5.1 PARTICIPACIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN EL GASTO TOTAL EN SALUD 2012



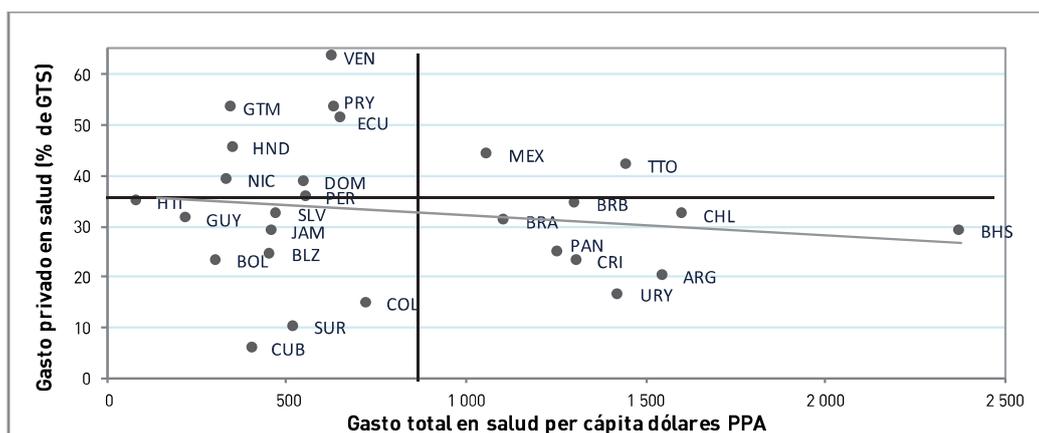
Fuente: Indicadores del Desarrollo - Banco Mundial.

La gráfica 5.2 permite observar una línea de tendencia moderadamente negativa entre el gasto total en salud (en dólares, 2012 PPA) y la participación del gasto de bolsillo sobre ese gasto total, lo que sugiere que existe mayor tendencia hacia un sistema de mayor equidad relativa (menor gasto directo de las familias) en naciones relativamente más ricas.

Los cuatro cuadrantes reflejan, en el sudeste, las naciones con mayor gasto total per cápita en salud y menor gasto de bolsillo, en comparación con el promedio regional, lo que ubica a Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay, así como a las Bahamas, Brasil y Chile en el límite superior de este intervalo. En tanto, en el cuadrante opuesto por el vértice se localizan los países de menor gasto total y mayor involucramiento directo de las familias.

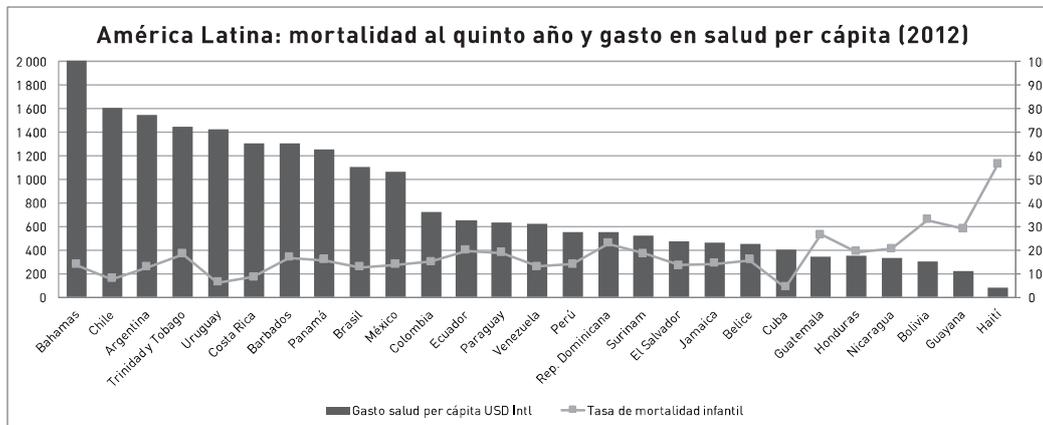
Finalmente, la gráfica 5.3 refleja la relación entre indicadores sanitarios y financieros para América Latina y el Caribe hacia finales de la última década. Ahí se permite observar la asociación entre el gasto público en salud y la tasa de mortalidad infantil.

**GRÁFICA 5.2 GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA (EN DÓLARES PPA)
Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (EN % DE GASTO TOTAL EN SALUD)
2012**



Fuente: World Development Indicators - World Bank.

**GRÁFICA 5.3 AMÉRICA LATINA
MORTALIDAD AL QUINTO AÑO Y GASTO EN SALUD PER CÁPITA
2012**



Fuente: World Development Indicators.

Se observa una marcada brecha en las erogaciones sanitarias totales por nación, como también una correlación entre la inversión realizada y el resultado obtenido por el sistema, que no es perfecta y deja entrever que países con uso más eficiente de los fondos destinados a salud pueden alcanzar resultados relativamente satisfactorios, más allá de la escala de tal inversión.

Dicho planteamiento revela la necesidad de identificar no sólo los montos asignados en el gasto en salud, sino los mecanismos mediante los cuales tales fondos son administrados a lo largo de la cadena vertical del sistema sanitario de cada país. Más

aún, se justifica un debate sobre el papel desempeñado por el Estado latinoamericano, a fin de abordar equitativamente las necesidades de salud de su población.

Es por ello que la siguiente sección propone analizar la organización de un grupo de sistemas sanitarios latinoamericanos, tomando como eje el estudio de dimensiones horizontal y vertical que permitirá, desde una perspectiva de seguridad social, establecer diferencias en términos de sus funciones de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación en cada caso, inmerso en un contexto generalmente segmentado.

5.2. Casos nacionales

El sistema de salud de **Argentina** se caracteriza por la descentralización en sus mecanismos de financiamiento y aseguramiento, que dan lugar a una amplia cobertura del sector. El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) es la institución rectora nacional a cargo de sostener un grupo de programas federales (vacunas, medicamentos, atención primaria), que dan cuenta del 18 % del gasto público total del país en salud. Sin embargo, no se encuentra bajo su órbita el financiamiento ni la gestión de la red pública de servicios (hospitales provinciales, regionales y municipales), como sus centros de salud asociados. Todos ellos están bajo jurisdicción y propiedad de los 24 ministerios de salud provinciales (MSP) y de las secretarías de salud municipales (SSM) de las provincias descentralizadas (Buenos Aires y Córdoba, principalmente, y Santa Fe).

En conjunto, estas 600 instituciones subnacionales son las encargadas de definir localmente las estrategias de acción provincial, las cuales son financiadas por recursos propios (presupuestos provinciales), con reducida participación presupuestaria del gobierno nacional. El Consejo Federal de Salud (Cofesa) es el ámbito de reunión de las autoridades provinciales en salud, aunque sus resoluciones no revisten decisiones formales de política, sino lineamientos sugeridos de acción. Las autoridades provinciales de salud financian los servicios que otorgan cobertura gratuita al 34 % de la población del país, particularmente a aquellos grupos de menores recursos que no cuentan con empleo formal.

Dos instituciones autárquicas federales se constituyen en actores clave de la seguridad social del país: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). El PAMI es la caja de seguridad social de mayor cobertura del país (7 % de la población), encargada de garantizar la atención de los jubilados y pensionados. Su gestión es centralizada y opera mediante la contratación de prestadores individuales y hospitalarios, públicos, y principalmente privados, de todo el país.

Por su parte, la SSS es el organismo rector de una red de 300 instituciones de seguridad social conocida como Obras Sociales Nacionales (OSN), organizadas por rama de actividad productiva (comercio, construcción, entre otras) en todo el país, que brindan cobertura de salud a sus titulares y familiares (35 % de la población) mediante aportes patronales y contribuciones salariales.

Tales contribuciones son transferidas a cada OSN desde la Administración Nacional de Seguridad Social (Anses), previa deducción de recursos que alimentan el financiamiento de la alta complejidad o Sistema Único de Reembolso (SUR), y el gerenciamiento del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este último garantiza la transferencia de recursos solidarios entre OSN para cubrir un Programa Médico Obligatorio (PMO), definido por la SSS y de amplia cobertura. Salvo excepciones, las OSN no cuentan con prestadores propios, por lo que recurren a la contratación de prestadores públicos y fundamentalmente privados.

Un tercer grupo de instituciones de seguridad social está constituido por 24 Obras Sociales Provinciales (OSPR), que brindan cobertura amplia a los empleados públicos de cada provincia y sus familiares (14 % de los argentinos), mediante contribuciones de los gobiernos provinciales en su papel de empleadores, y aportes salariales de los trabajadores. La prestación de servicios se canaliza mediante prestadores privados, gestionados por instituciones intermedias.

Finalmente, un 8 % de la población, mayoritariamente concentrada en los grupos de mayores ingresos, cuenta con cobertura de empresas privadas de medicina por prepago, bajo la órbita regulatoria de la SSS.

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de **Bolivia** se encarga del ámbito nacional, bajo su dependencia directa, a través de los Servicios Departamentales (Sedes), delegados en las Prefecturas, y los Directorios Locales de Salud (Dilos), los establecimientos de salud y las brigadas móviles de gestión operativa en el ámbito local. En conjunto cubren al 30 % de la población con recursos financieros del Tesoro Nacional. El subsector de medicina tradicional, representado oficialmente desde 2006 por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, atiende al 10 % de los bolivianos, la mayoría residentes rurales.

En los años noventa Bolivia inició una estrategia de ampliación de cobertura de salud basada en esquemas de subsidios específicos llevada a cabo por grupos sociales administrados desde el MSD. En 1996 se implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), que se amplió en 1998, cuando se diseñó el Seguro Básico de Salud (SBS). En 2003, el SBS se transformó en el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), base del actual seguro público gratuito. Los beneficiarios del SUMI son los menores de cinco años y las mujeres en edad reproductiva.

A partir de la ley de Participación Popular de 1998, inició un proceso de descentralización de gestión y financiamiento hacia prefecturas y municipios. Recientemente, el MS ha propuesto avanzar en la articulación de redes de servicios con base en una mirada de salud colectiva, bajo un enfoque de interculturalidad. Dentro de este marco, el actual seguro público de salud se financia con fondos públicos per cápita asignados a los municipios, que reembolsan a los prestadores de acuerdo con tarifas establecidas por el MSD. Esta instancia también ofrece atención a población sin empleo informal a través del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), con recursos municipales provenientes del Impuesto a los Hidrocarburos (IDH).

Por su parte, el Programa Extensa define su jurisdicción en las áreas rurales, mediante brigadas de salud (Brisas) que trabajan de manera coordinada con los agentes comunitarios de salud (Asistes) en las comunidades aisladas, orientadas a reducir las barreras que impiden el acceso de la población indígena.

Paralelamente, los empleados del sector formal cuentan con el Seguro Social Obligatorio (sso), administrado por las Cajas de Seguridad Social, coordinadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (Inases) y financiadas por los aportes del gobierno como contratante, los aportes de los trabajadores del sector formal, y las contribuciones de los empleadores. En conjunto, ofrecen un seguro de riesgo común y cubren las prestaciones derivadas de los riesgos profesionales (enfermedad y accidentes), así como de invalidez y muerte.

La Caja Nacional de Salud (cns) es la mayor institución de seguridad social de Bolivia, con 90 % de la población del subsistema, seguida por las Cajas de Petroleros, de las Bancas Privadas y Públicas, la Caja de Caminos, la Caja Boliviana de Fomento (Cordes), la Caja del Seguro Militar y ocho Cajas Universitarias. El gobierno central nombra a sus autoridades, y sus presupuestos forman parte del consolidado nacional.

Las instituciones propias de prestación de servicios operan bajo presupuestos fijos, mientras que la modalidad de contratación capitada de oferta privada es excepcional, dirigida a tratamientos de alta complejidad. Cada una de las cajas cuenta con una gestión autónoma, pues recauda sus aportes y administra sus recursos centralizadamente.

El sector privado reúne un tercio del gasto en salud y al 10 % de la población, y está constituido por compañías de seguros y prestadores con y sin fines de lucro, sobre la base de pagos directos de bolsillo, o contratos del msd. El 30 % de la población no accede a servicios institucionales, sino que acude a la medicina tradicional con cargo directo a sus ingresos.

El sistema de salud de **Brasil** se articula desde el Sistema Único de Salud (sus). En 1988 se descentralizaron sus servicios hacia los estados y sus municipios, y el Ministerio de Salud federal (ms) mantuvo su rol de administrador nacional del sus. El gobierno federal está encargado de la definición de prioridades y el monitoreo de su cumplimiento, y participa en el financiamiento de aproximadamente dos tercios del gasto tripartita (federación, estados y municipios).

Cada municipio tiene la responsabilidad primordial en la provisión de servicios sanitarios, en tanto la dirección del sus está a cargo de las secretarías de salud de los gobiernos estatales. Más allá del modelo de acceso universal dependiente del sector público (sus), existe un modelo restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados.

El financiamiento público del modelo de salud de Brasil representa cerca del 48 % del gasto total en salud y proviene de los impuestos generales de las tres esferas de gobierno, depositados en cuentas especiales (fondos de salud) de cada nivel. Cada

uno de los niveles de la administración debe destinar un mínimo del 15 % de su presupuesto al gasto en salud, con una creciente participación en el tiempo de los niveles subnacionales.

El Pacto por la Salud (2007) presentó cambios significativos en los mecanismos de transferencia de fondos a estados y municipios, lo que definió la existencia de un piso de atención básica (PAB), dividido en PAB fijo, *cápita* mensual transferida automáticamente a cada Fondo de Estado desde el Fondo Nacional de Salud (FNS) en función de su población; y PAB variable, vinculado a la adhesión estatal a ciertas acciones específicas. A ello se agregan diferentes bloques de financiamiento por tramo de atención: atención ambulatoria y de media y alta complejidad; vigilancia epidemiológica; asistencia farmacéutica y apoyo a la gestión.

El PAB es el primer instrumento de reducción de desigualdades sanitarias mediante transferencias homogéneas con base en la población. Complementariamente se aplica el Programa de Salud de la Familia (PSF), que ofrece servicios de atención básica con un equipo multidisciplinario a población definida. Para 2005, el programa creado en 1993 se implementaba en casi 5 000 municipios, cubriendo al 50 % de la población del país.

Si bien el SUS fue creado como un fondo excluyente, subsiste un sector privado que ofrece atención a la salud de un 25 % de la población. Se estima que sólo 28.6 % de la población es usuaria exclusiva del SUS, 61.5 % son usuarios no exclusivos y 8.7 % no son usuarios.

El sector privado ofrece, por un lado, un conjunto de prestadores a los que se accede de modo particular, mediante el pago de bolsillo por prestación, a través de la red de convenios de asistencia médico-hospitalaria del SUS que involucra instituciones no públicas en su plan de cobertura, o mediante esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria (Sams), que se financia con recursos de las familias que se afilian voluntariamente, o de las empresas (Planes Autoadministrados).

A pesar de la gratuidad y universalidad de la cobertura del SUS, aproximadamente 21 % de los brasileños tienen un seguro privado (Ministerio da Saúde, 2008). En el sudeste del país un 32 % de la población tiene seguros privados, en tanto que los estados del norte y noreste no alcanzan el 9 %.

El modelo de salud de **Chile** fue pionero en combinar esquemas de subsidio con la oferta de la estructura pública tradicional, mediante subsidios a la demanda, organizados a partir de seguros sociales y privados. El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria, a cargo de la rectoría del sistema y la fijación de políticas. Las regiones cuentan con Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) de Salud, con crecientes niveles de delegación de tareas. La provisión de salud en el subsector público es responsabilidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mediante Redes Asistenciales propias, que se financian con aportes impositivos del tesoro nacional, tributos municipales y comunales.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y los seguros privados de salud de la Institución de Salud Preventiva (Isapres) cuentan con la cotización obligatoria de la población trabajadora en relación de dependencia, los bonos y aranceles fijados por el sistema de seguros a los hospitales públicos y privados, y los aportes directos del Estado al Fonasa por aquellos grupos de menores recursos, lo que constituye un 45 % de sus ingresos.

El Fonasa es una institución pública autárquica y descentralizada, que administra el fondo público como un esquema de reparto, con iguales beneficios independientemente de la contribución y la escala familiar. Por su parte, la Superintendencia de Salud controla a las Isapres y al Fonasa, y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud.

Los trabajadores activos y pasivos que cotizan al sistema de salud lo hacen al Fonasa, en cuyo caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Isapre. Los indigentes y no cotizantes forman parte del Fonasa mediante una contribución del Estado. Con la contribución previsional se garantiza el piso común de atención en Modalidad de Atención Institucional (MAI) y se puede optar por la Modalidad de Libre Elección (MLE), previo pago de bonos escalonados por niveles de ingreso. En 2006, Fonasa tenía una cobertura del 76.9 % de la población y presentaba una mayor proporción de mujeres afiliadas y ancianos que el sistema privado. En 2006, un 5.1 % de la población no contaba con cobertura alguna.

El seguro privado de las Isapre opera por medio de aportes individuales y cuenta con instituciones con capacidad de inscripción de voluntarios (Isapre abierta). Estas empresas presentan planes poco atractivos para los individuos de mayor riesgo, lo que permite una selección adversa contra Fonasa. Los prestadores contratados son las clínicas, hospitales y profesionales independientes, que atienden tanto a los asegurados de las Isapre como a los cotizantes del sistema público de libre elección (MLE).

Durante la última década, el sistema de salud chileno ha incorporado legislación orientada a formalizar un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), que da protección financiera, oportunidad, acceso y calidad frente a un conjunto de 66 —originalmente 25— patologías priorizadas, en un plan universal de Salud (ex AUGE), en el que se reciben incentivos por cumplimiento, entrega una Cobertura Financiera Adicional (CFA) y facilita la definición de copagos por grupo Fonasa, hasta un tope máximo de garantía de cobertura financiera.

La reforma del sistema de salud de **Colombia** de 1993, modificada en 2007, creó un mecanismo de aseguramiento social basado en un paquete explícito de servicios: el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo se coordina con una estructura de subsidio a la oferta, encabezada por la autoridad sanitaria nacional. Dicha institución es la rectora del sector, que descentraliza en los departamentos la responsabilidad de gestionar los recursos estatales, hospitales y centros de atención, que constituyen parte de la oferta del sistema de seguridad social. En 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) fue reemplazado en su papel de regulador por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

En tanto, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) es responsable de las actividades de inspección, vigilancia y control de los actores del sistema. Los departamentos y municipios cuentan con direcciones locales de salud, en donde se concentra la vigilancia del sistema de salud de sus respectivas jurisdicciones.

Financiado por contribuciones salariales y patronales de trabajadores formales, el esquema de seguridad social cuenta con dos modalidades: el régimen contributivo y el subsidiado, este último receptor de una canasta reducida de servicios (POS-s). Las contribuciones previsionales son recibidas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades privadas que administran los fondos de los contribuyentes que las eligen, depositando en el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) las diferencias entre los aportes y las primas que financian el POS-contributivo de los aportantes.

En 2009 existían 37 EPS del régimen contributivo, 25 EPS del régimen subsidiado y 22 Cajas de Compensación Familiar que efectuaban la misma labor de aseguradoras, con la función de organizar la afiliación de las personas y de administrar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud (POS).

El régimen subsidiado orientado a la población de menores recursos opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo, a lo que se suman fondos fiscales procedentes de impuestos generales. El ingreso a este régimen requiere que sus beneficiarios sean escogidos mediante un Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben), donde se categorizan las personas en seis niveles de pobreza.

El Sistema de Seguridad Social separa las funciones de aseguramiento, administración de recursos financieros y prestación de servicios. Las EPS del régimen contributivo o subsidiado contratan la prestación de los servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que pueden ser de naturaleza pública o privada, y abonan sus servicios bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

Más allá de ello, los afiliados del modo contributivo abonan cuotas moderadoras. El régimen contributivo cubre acciones de promoción de la salud, así como prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y suministro de medicamentos. Para el régimen subsidiado se excluyen las acciones de segundo y tercer nivel, con excepción de la atención de niños menores de un año y mujeres embarazadas.

En 2010 las coberturas fueron de 39.7 % en el régimen contributivo y 51.4 % en el subsidiado, y sólo 4.3 % de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El sector exclusivamente privado es utilizado por la población de mayores ingresos como mecanismo de doble aseguramiento o consulta particular. Alternativamente, familias que carecen de cobertura o no tienen acceso oportuno al ssss, se ven obligadas a acudir a la consulta privada y hacer pagos de bolsillo.

El sistema de salud de **Costa Rica** logra la coordinación de los dos grandes actores sectoriales: el Ministerio de Salud (MS), rector del modelo sanitario, y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento,

compra y prestación de la mayoría de los servicios de salud. Costa Rica ha sido durante muchos años la única experiencia regional de cobertura universal más allá de su capacidad de pago, organizada mediante redes locales de atención con referencia nacional.

Desde los años sesenta, Costa Rica unificó la cobertura de los servicios de salud, que se consolidó con el traslado de todos los hospitales a la ccss. Durante los años ochenta, se crearon diversas modalidades para incorporar a la población no asalariada, con vinculación del ms, que pasó a ser administrado directamente por la ccss. A partir de los años noventa, el ms se concentra en las funciones de rectoría, mientras que los programas de atención primaria e inmunizaciones, entre otros, fueron transferidos a la ccss.

El Ministerio de Salud (ms) cuenta con una dirección en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en el nivel regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. La ccss se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad (sem), el seguro de invalidez, vejez y muerte (sivm), y uno no contributivo que brinda cobertura a aquellos que no tienen capacidad de pago por su condición de pobreza o discapacidad. El Estado aporta recursos del Tesoro al sistema de salud mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como a través de cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

La ccss organiza una red nacional de servicios de salud, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas. En el primer nivel actúan los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), con responsabilidades de promoción, prevención y curación de menor complejidad; el segundo nivel incluye consulta especializada e internación; y el tercer nivel provee internación de complejidad a través de hospitales nacionales generales especializados. Desde 1997, la ccss distribuye recursos mediante cápitales complementarias de los presupuestos históricos basados en compromisos de gestión, estableciendo metas de desempeño anuales de EBAIS, clínicas y hospitales.

Hasta la década de los noventa, el sector privado no contaba con gran desarrollo en Costa Rica. Sin embargo, el incremento de costos y la flexibilización en el mercado laboral, entre otros elementos, derivaron en una caída de la capacidad de gasto público, por lo que la participación del sector privado actualmente se encuentra en crecimiento. Según la ENGAS (2006), 31 % de la población adquirió servicios de salud en el sector privado al menos una vez al año, independientemente de su afiliación al ccss. Producto de ello, se identifican servicios clínicos, médicos privados, hospitales y cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratadas por la ccss) financiados directamente por pagos de bolsillo. Sólo 2 % de los hogares cuentan con un seguro privado provisto por cinco compañías aseguradoras.

El sistema de salud de **El Salvador** se encuentra liderado por el MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) y organizado en tres niveles: superior, regional y local. En el primero se ubica la Secretaría de Estado, entidad rectora de salud, que

controla la gestión de los recursos asignados; el nivel subnacional está conformado por las Direcciones Regionales, asiento administrativo de los Sistemas Básicos de Salud Integral (Sibasi), responsables del control de la gestión de los hospitales; el nivel local está constituido por la red operativa de los Sibasi: los hospitales y centros públicos. El modelo basado en la estructura de la oferta no define un paquete específico de prestaciones a cubrir.

El financiamiento del MSPAS procede de recursos del gobierno central y el Programa de Recuperación de Costos, proveniente del pago de los usuarios que utilizan las instalaciones del sistema público, particularmente en hospitales de segundo y tercer nivel. En 2004 se creó el Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), institución autónoma financiera y presupuestariamente, orientada a desarrollar programas especiales con recursos provenientes de impuestos específicos al tabaco, el alcohol y la regulación de armas de fuego.

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (Isss) es una entidad autónoma vinculada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, encargada de garantizar cobertura de salud y pensiones a la población dependiente de un empleo formal. El Seguro Social cubre los riesgos de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, maternidad, invalidez, vejez, muerte, y cesantía involuntaria de sus trabajadores y, con restricciones, de sus familiares. Su financiamiento proviene de aportes patronales, contribuciones salariales y transferencias directas del Estado Nacional. Instituciones de estructura similar son el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y la Sanidad Militar.

Por su parte, El Salvador ha desarrollado, al igual que otras naciones centroamericanas, esquemas sistemáticos de contratación de ONG para ampliar la cobertura de población rural y de bajos recursos por medio de financiamiento público proveniente del crédito internacional. Estas organizaciones ofrecen servicios médicos y preventivos, además de servicios de hospitalización en la capital, siendo el principal hospital de este tipo el hospital Pro Familia. Como consecuencia de las limitaciones de la cobertura pública salvadoreña, el gasto de bolsillo es elevado, representa la mitad del gasto total en salud y refleja una tendencia creciente. La presencia de seguros privados de salud es limitada.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en **Guatemala**. Sin embargo, la Ley General de Descentralización y el Código Municipal delegaron en las Municipalidades la tarea de control sanitario y la administración de los servicios públicos de salud. El subsistema público es financiado por ingresos fiscales y, en un 20 %, por cuotas de recuperación en prestadores públicos.

Más allá de sostener la prestación de servicios en la red pública de primer nivel, el MSPAS contrata ONG para proveer servicios básicos en áreas rurales, contra el pago de cápitas asociadas a una canasta básica de intervenciones de atención materno-infantil; los servicios de segundo nivel son proporcionados por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI); en el tercer nivel se ubican servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ofrece protección sanitaria al 18 % de la población, principalmente urbana, vinculada con el empleo formal. Se financia con contribuciones de los empleadores, los trabajadores afiliados y el Estado, y brinda cobertura a los trabajadores asalariados y sus familias (incluyendo niños de hasta los cinco años).

El Instituto opera fundamentalmente con tres programas: el de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS), el Programa de Accidentes (PA) y el Programa de Enfermedad y Maternidad (PEM). Las prestaciones se concentran en las instalaciones propias del IGSS y su personal médico. Más allá de ello, el IGSS ha establecido convenios con el MSPAS, y con médicos particulares como proveedores para casos específicos. Sin embargo, la población afiliada al IGSS utiliza hospitales privados en una misma proporción que los hospitales propios del IGSS, por lo que ocurre una doble cobertura con seguros privados.

La cobertura efectiva total conjunta del IGSS y el MSPAS es del 48 %, mientras que los prestadores con fines de lucro actúan a partir de consultas individuales y brindan atención al 18 % de la población. Los seguros privados cubren a menos del 8 %, concentrado en grupos de altos ingresos y residentes en zonas urbanas. Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas sin fines de lucro tienen presencia en zonas rurales. De acuerdo con el Ministerio de Salud, un tercio de los guatemaltecos utiliza la medicina tradicional indígena que, aunque opera en el marco de estructuras comunitarias, también funciona mediante pagos de bolsillo.

La encuesta nacional de condiciones de vida (Encovi, 2000) identificó que ante una necesidad de salud, el 60 % de la población de los estratos más pobres utiliza la automedicación. En 2001, la Ley de Desarrollo Social definió la Política de Desarrollo Social y Población, y dio paso a una serie de iniciativas destinadas a grupos poblacionales específicos, a partir de lo que se crearon establecimientos para atender emergencias obstétricas en lugares en riesgo, se diseñó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y se extendió la cobertura de los regímenes de maternidad y enfermedad común provistos por la seguridad social.

La Secretaría de Salud (SS) de **Honduras** es la instancia rectora del sistema hondureño, con la asistencia del Consejo Nacional de la Salud (Consalud), para la coordinación del sector, y el Consejo Consultivo de la Calidad (Concass), entre otros. La SS, organizada administrativamente en 18 regiones departamentales y dos metropolitanas, recibe recursos del Tesoro Nacional principalmente, con fondos adicionales de donaciones.

La estructura sanitaria del país se divide en tres niveles. El primero incluye centros de salud rurales (Cesar), centros de salud con médico y odontólogo (Cesamo), clínicas materno-infantiles (CMI) y clínicas periféricas de emergencia (Cliper); el segundo, involucra a los hospitales departamentales y hospitales regionales de referencia; y el tercero, se conforma por los hospitales nacionales. Se calcula que 45 % de la población acude a la SS como primera fuente de atención, y 17 % de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud.

Por su parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una institución descentralizada que brinda cobertura a los trabajadores formales, con servicios de maternidad para beneficiarios indirectos y atención a los niños de hasta 11 años de edad. Sus recursos provienen de aportes de empleadores, contribuciones salariales y fondos del Estado.

El IHSS implementa sus acciones de salud a través de varios programas, entre los cuales se destacan el Régimen de Enfermedad y Maternidad (REM) y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). Su cobertura responde a un 18 % de la población. Dispone de instalaciones propias para el segundo y tercer nivel, particularmente en las dos grandes ciudades del país, por lo que contrata gran parte de sus prestaciones con médicos de primer nivel y sanatorios privados y públicos.

En 2003, el IHSS inició el programa Sistemas Locales de Seguridad Social (SiloSS), orientado a extender la cobertura sanitaria al interior del país. Éste se articula mediante contratos del IHSS con servicios públicos y privados, capitados con incentivos en el primer nivel de atención y con pagos por prestación para niveles subsiguientes. El primer nivel se define a través de Equipos de Salud Familiar (Esaf).

El sector privado con fines de lucro se financia con pagos de bolsillo y mediante la venta de seguros de salud al 3 % de la población. Existen 11 aseguradoras de salud, con participación creciente, reguladas por la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS). Finalmente, los prestadores privados sin fines de lucro, ONG y congregaciones religiosas financian sus actividades con donaciones internas y del exterior.

El sistema de salud pública de **México** cuenta con dos subsectores, uno dependiente directamente de la Secretaría de Salud (SSA) y financiado mediante recursos fiscales, y un subsector de seguridad social organizado en institutos vinculados con el empleo formal, cuyos recursos surgen de contribuciones salariales y patronales (en ocasiones, el mismo gobierno es el empleador).

Los instrumentos utilizados por el Estado mexicano para brindar cobertura a la población sin seguridad social son: la Secretaría de Salud —en su rol de rectoría y planificación estratégica del sector—, los Servicios Estatales de Salud (Sesa), el Programa IMSS Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SPS).

La SSA y los Sesa se financian mayoritariamente con recursos del gobierno federal, gobiernos estatales y cuotas de recuperación abonadas por los usuarios. Estas instituciones cuentan con personal e instalaciones propias, incluidas en los presupuestos federales y estatales, y se concentran en el cuidado de la población sin cobertura. Por su parte, el IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal y brinda servicios ambulatorios y materno-infantiles en instalaciones del IMSS de primer y segundo nivel a población rural sin acceso a servicios públicos.

A partir de 2004, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y con el Seguro Popular (SPS) se diseñó un mecanismo para asegurar voluntariamente a la población mediante una canasta de prestaciones, cofinanciada por aportes federales y estatales, y un pago anticipado en función del ingreso.

La población objetivo del *SPS* la constituyen personas de bajos recursos sin empleo y trabajadores por cuenta propia que no se encuentran beneficiados por ninguna institución de seguridad social. Previamente, los 2.5 millones de familias no aseguradas pertenecientes a los segmentos más pobres recibían únicamente intervenciones de salud comunitaria y preventiva básica mediante el programa de “combate a la pobreza” denominado Oportunidades. A partir de 2004, las familias afiliadas al *SPSS* tienen acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfacen sus necesidades de salud.

El *SPSS*, mediante Módulos de Afiliación y Orientación (*MAO*), evalúa a las familias que lo solicitan y determina la cuota familiar a cubrir según su condición económica, para ingresarlos en el registro del programa.

Paralelamente, entre los actores de la seguridad social se destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS*), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (*ISSSTE*) y Petróleos Mexicanos (*Pemex*). Ellos brindan servicios a los trabajadores formales y sus familias en estructuras de gestión y prestación propias e integradas, de primer, segundo y tercer nivel, sin ajustarse a un paquete definido de servicios.

Para el año 2008, y según la encuesta de hogares *ENIGH* 2008, 40 % de la población no estaba asegurada, mientras que el 60 % reportaba tener algún tipo de seguro. De los asegurados, 52.3 % estaba cubierto por el *IMSS* (31.2 % del total), 10.6 % por el *ISSSTE* (6.3 % del total), 32.5 % por el *SPS* (19.4 % del total) y 4.7 % por otros seguros (2.8 % del total).

El Ministerio de Salud (*Minsa*) de **Nicaragua**, conjuntamente con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (*INSS*) y los servicios médicos del Ministerio de Gobernación (*Migob*) y el de Defensa (*Midef*), constituye las instituciones públicas de salud nicaragüense.

A partir de los noventa, el *Minsa* articula con 17 *SILAIS* (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), encargados de la gestión descentralizada en departamentos y municipios. Conjuntamente con los *EBA* (Equipo Básico de Atención), los *SILAIS* definen necesidades financieras de cada municipio y establecen compromisos de gestión con los hospitales, en sintonía con los planes locales de cada jurisdicción.

Para 2008 se previó el paso de los hospitales públicos a manos de los *SILAIS*, por lo que dejaron de percibir sus presupuestos directamente del *Minsa*. Adicionalmente, se consolidó un sistema comunitario de atención conformado por redes de brigadistas, parteras y trabajadores voluntarios que utilizaban como centros de atención las denominadas “casas base” y “casas maternas”, con protagonismo en la estrategia del Plan Nacional de Salud. Según la Política Nacional de Salud 2008 (*PNS*), el 35 % de la población rural aún no tiene acceso a ningún servicio público.

Por su parte, el *INSS* administra tres programas: el Régimen Integral, que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (*EM*), el de Invalidez, Vejez y Muerte (*IVM*), y el de Riesgos Profesionales (*RP*). A ellos acceden trabajadores del sector formal,

privado y público, cónyuges en estado de pre- y postparto, e hijos de hasta 12 años. Su cobertura abarca un 16.5 % de la población del país, principalmente en áreas urbanas.

El financiamiento del sector público proviene de impuestos generales dirigidos al Tesoro Nacional, la venta de servicios al INSS y recursos de cooperación internacional, mientras que el INSS se financia de manera tripartita: aportes del Estado, los empleadores y aportes salariales.

El INSS no cuenta con instalaciones propias, sino que contrata servicios capitados con Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) del sector público y privado, con y sin fines de lucro. El INSS estableció una canasta básica de servicios sin cobertura integral, de modo que para los eventos de alto costo y enfermedades crónicas sus afiliados recurren a las instalaciones del gobierno o a la compra de servicios privados.

Para el periodo 2000-2004, el gasto de los hogares ha sido el 50.2 % del gasto total en salud, con un peso significativo de los costos de automedicación. A partir de 2007, el Gobierno definió el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MSFC), a fin de fortalecer la acción preventiva, el enfoque familiar y el trabajo extramuros. La introducción de la “política de gratuidad”, creada en enero del mismo año, se alineó con tal iniciativa.

La Ley General de Salud (LGS) de **Perú** define al Minsa como el actor a cargo de la dirección y gestión de la política nacional de salud. Para la prestación de servicios de salud, el sector de aseguramiento social se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto, y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. En el subsector público, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio de una cuota de recuperación de montos variables y, por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza, a través de la red del Ministerio de Salud (Minsa).

El SIS, creado en 2001 como un organismo público descentralizado adscrito al Minsa, con la misión de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud, se financia con recursos del presupuesto general y tuvo una cobertura estimada para el sistema Minsa de 58 % para 2008.

En 2007, el SIS inició un proceso de reorganización a través del cual amplió la cobertura al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el subsidiado, para la población pobre, y el semisub subsidiado para la población con limitada capacidad de pago, con lo que oficializó un Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIs).

EsSalud, por su parte, brinda cobertura a los trabajadores formales, sus familias y a los jubilados del sistema —aproximadamente el 20 % de la población—, principalmente localizados en centros urbanos. Su cobertura de salud se financia con aportes patronales y contribuciones de trabajadores activos.

Este régimen contributivo es obligatorio para todos los trabajadores asalariados, quienes pueden elegir entre la gestión de sus fondos por parte de EsSalud o mediante una Empresa Prestadora de Salud (EPS), las cuales reciben las contribuciones y administran los recursos. Cuando el asegurado elige acceder a los servicios propios de EsSalud (tanto ambulatorios como de internación), la totalidad de las contribuciones se asigna a esa institución, pero en el caso de optar por servicios mixtos (EsSalud y EPS), el financiamiento se distribuye en aproximadamente un 60 % para EsSalud y el porcentaje restante para la EPS.

Generalmente, las EPS se orientan a las enfermedades del primer nivel y baja complejidad, en tanto que EsSalud se concentra en las de capa compleja. EsSalud es el proveedor de la mayoría de los servicios de salud de quienes no optan por una EPS, aunque en esos casos los servicios se compran a su vez a tales prestadores privados. A pesar de los avances alcanzados, entre el 10 y el 20 % de la población peruana se encuentra excluida del sistema de salud. Más allá de las EPS, el sector privado cuenta con aseguradoras y clínicas privadas, centros médicos y policlínicos, así como prestadores de medicina tradicional.

En 2008, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud de **Uruguay**, basado en el Seguro Nacional de Salud (SNS), administrado por la Junta Nacional de Salud (Junasa), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), que cuenta con un directorio de trabajadores, usuarios y prestadores. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social, anteriormente conocido como Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), cuyo financiamiento proviene del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), conformado por aportes salariales y patronales. Están incluidos en el Fonasa los trabajadores privados y públicos del sector formal, y sus dependientes de hasta 18 años de edad.

Los contribuyentes eligen una institución administradora de sus contribuciones y reciben prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instancias son la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) como prestadores integrales. Las IAMC se originaron durante el régimen anterior como mutuales sin fines de lucro, con capacidad prestacional propia y la posibilidad de contratar clínicas, sanatorios o profesionales del sector privado.

La Junasa, como administradora del SNS, establece contratos de gestión con los prestadores integrales, abonando una "cuota salud" por beneficiario a la institución pública o privada elegida por el aportante. Dicha cuota cuenta con dos componentes: una cápita común, fijada por el Junasa, corregida por sexo y edad de los beneficiarios, y un premio por cumplimiento de metas asistenciales.

El financiamiento del sistema se forma con impuestos que alimentan la red de instituciones y prestadores públicos (MSP, Intendencias Municipales de Montevideo y del interior del país, y ASSE). Asimismo, los aportes públicos financian instituciones de seguridad social específicas no integradas al nuevo sistema, tales como Sanidad Militar y la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias financian el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución encargada de regular y administrar los recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de los mismos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE), públicas o privadas. Finalmente, existen cuotas a seguros privados complementarios y empresas de emergencias móviles, pagos de bolsillo y copagos complementarios a las cuotas de seguridad social.

En la actualidad, se verifica un aumento de los recursos sectoriales vinculados con el incremento en las tasas de contribución laboral, y una redistribución de recursos hacia las instituciones dependientes de la Junasa. Al mismo tiempo, se reduce el gasto de bolsillo de los hogares.

5.3. Comparación de experiencias en seguridad social en salud

Un primer corte observable a partir de la comparación de los sistemas de salud seleccionados es la presencia de mecanismos de financiamiento basados en la recolección de fondos provenientes del mercado de trabajo en todos ellos, en contraposición con sistemas públicos integrados de salud.

Sin embargo, el peso relativo de cada una de estas instituciones de seguridad social es muy variado, según el desarrollo del mercado formal de empleo del cual dependen significativamente. Asimismo, se identifican marcadas diferencias en los mecanismos de coordinación de estas instituciones de seguridad social y los subsistemas públicos adjuntos al presupuesto estatal.

En un extremo se encuentra Brasil, país que avanza en la búsqueda de un modelo nacional, a pesar de la gran diversidad de necesidades y perfiles sanitarios, que se apoya en un esquema de subsidio a la oferta, donde el peso del esquema de contribuciones salariales y aportes patronales es relativamente bajo. En otro extremo se ubican Argentina y Uruguay que, aunque con marcadas diferencias entre ellos, apoyan la cobertura sanitaria en seguros sociales, con esquemas de subsidio a la demanda que avanzan en el subsistema público.

Entre ambos modelos se halla Costa Rica, donde las estructuras del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social coordinan tareas y brindan cobertura uniforme a su población.

Sin embargo, en el interior de los países que descansan en organizaciones de seguridad social es posible hallar estrategias diferenciadas. La primera de ellas mantiene la tradición segmentada del sector salud latinoamericano, que asocia una clase social de ingresos medios y altos, fundamentalmente urbana y con empleo formal, con instituciones de seguridad social relativamente autónomas en la gestión de sus recursos en salud.

Sus recursos por beneficiario son superiores a los invertidos por el Estado a través del Ministerio de Salud, que procura priorizar a quienes no cuentan con cobertura formal alternativa, o no pueden acceder al sector privado. Este último, generalmente atomizado, está compuesto tanto por profesionales independientes como por exponentes de la medicina tradicional, en un entorno donde cohabitan seguros privados con consultas directas a la farmacia ante el episodio de enfermedad.

La particularidad de las reformas regionales en la última década muestra dos estrategias alternativas de atención. Una de ellas avanza en el establecimiento de esquemas consolidados de seguros sociales nacionales de salud, que incorporan incentivos a prestadores y mayor precisión en la definición de roles en gestión y prestación.

Con especificidades, Uruguay, Perú y República Dominicana avanzan en tal dirección, donde se encuentran los casos de Colombia, a partir de la reforma de los años noventa, y Chile, mediante la consolidación de garantías de prestación y un fondo nacional sectorial. Argentina, con particularidades asociadas con una estructura atomizada de fondos de aseguramiento social y un profundo federalismo en la recolección y uso de recursos, abona a este modelo. En todos ellos se verifica una marcada definición de los roles de aseguramiento social, que descansa en instituciones públicas o sociales, y la estructuración de esquemas de delegación y subcontratación vertical en la gestión y prestación de servicios entre subsectores públicos y privados.

Es relevante notar que, en todos estos casos, el papel desempeñado por las instituciones de seguridad social es protagónico, aunque con responsabilidades variadas. Los fondos nacionales de salud en Chile y Uruguay (en este último caso, a través del marco de la Junta Nacional de Salud), el Fosyga en Colombia y en cierta medida EsSalud en Perú, son centrales para comprender la estrategia de cobertura, tanto para aquellos sin afiliación formal como de la población con empleo definido. En estos casos, la institución de seguridad social cumple la responsabilidad de diseño de los planes de aseguramiento y control del sistema, con espacios definidos de acción.

La Superintendencia de Servicios de Salud en Argentina comparte con las anteriores algunas responsabilidades similares en términos de diseño del plan de aseguramiento de la población bajo empleo formal. La actividad de recolección y distribución de fondos, sin embargo, depende de otra institución, Anses, la cual es también responsable de la gestión de los sistemas de jubilaciones y pensiones contributivas y no contributivas.

Una segunda estrategia sectorial durante la última década concentra sus esfuerzos en lograr mayor cobertura mediante la propuesta de programas y subsidios a partir de la identificación de grupos poblacionales prioritarios (por ingreso, geografía, etnia, edad). Algunos de ellos cobran escala masiva y se encuentran gestionados mediante la autoridad pública, como el Seguro Popular en México o las iniciativas redefinidas o de aplicación reciente de Bolivia y Panamá, respectivamente.

En otros casos, se recurre a asociaciones público-privadas, especialmente dirigidas a brindar paquetes básicos de atención primaria en espacios rurales, como El Salvador y Guatemala. Nuevamente, los institutos de seguridad social de cada país son responsables de intervenciones críticas en cada caso, donde sobresalen el IMSS y su par en el sector público, el ISSSTE, así como la Caja Nacional de Salud en Bolivia, y los Institutos de Seguridad Social de cada una de las naciones centroamericanas.

Sólo algunos países mantienen modelos tradicionales de segmentación sin haber incorporado mecanismos de priorización de beneficiarios o consolidación de modelos de aseguramiento. En casi todos los casos se observan movimientos hacia la descentralización o desconcentración de servicios hacia niveles subnacionales como producto, por un lado, de una mayor democratización en la toma de decisiones, como también por la necesidad de articular respuestas regionales ante las necesidades locales, que exigen mejoras en la gestión de recursos.

Los nuevos escenarios nacionales en los sistemas de salud permiten identificar un tercer corte posible para comparar sistemas de salud, relacionado con la definición de grupos de prestaciones que proveen garantías de derechos a sus beneficiarios en los sistemas sociales de aseguramiento, aunque no existan criterios uniformes a lo largo de la región.

En esta dirección es posible encontrar sistemas con paquetes básicos definidos en primer y segundo nivel de atención (Colombia), la estructuración de garantías al tratamiento de patologías seleccionadas con base en el perfil epidemiológico del país (Chile) o la generación de mecanismos específicos de financiamiento de enfermedades de alto costo y la estructuración de programas amplios de atención (Argentina y Uruguay). Las reformas vinculadas al logro de mayor acceso a grupos prioritarios también reconocen la definición de paquetes asociados sobre todo con programas materno-infantiles, como los que proveen garantía de intervenciones básicas en áreas rurales.

Del análisis de los sistemas de salud regionales surge claramente la necesidad de identificar los vínculos entre subsistemas para garantizar el acceso de servicios desde una perspectiva de equidad horizontal, donde la capacidad de pago no sea un obstáculo. Es entonces que la eficacia de los mismos no sólo descansa en la definición de prioridades sanitarias y su disponibilidad de oferta prestacional, sino que requiere de un esquema organizado de absorción y transferencia de riesgo entre grupos, que permita un resultado financieramente eficaz, para procurar atención adecuada al menor costo.

En este contexto, el concepto de eficacia asignativa social en un sistema de salud se alinea con el de equidad, en la medida que cualquier inversión adicional de fondos debería realizarse en aquellas intervenciones donde el valor de la utilidad marginal es mayor. Eficacia asignativa y equidad, por tanto, son planteamientos complementarios en un esquema de priorización de un sistema de salud.

Los mecanismos de aseguramiento, y particularmente aquellos de aseguramiento social, toman como objeto de análisis el modo en que se articulan estos dos ele-

mentos. Ellos refieren al sistema de recaudación y asignación de recursos para el consumo de bienes y servicios utilizados en un marco de incertidumbre. Del éxito de tales mecanismos es posible extraer enseñanzas sobre la cobertura (absoluta y entre grupos) del sistema de salud, su capacidad financiera para atender las necesidades reveladas por la población y aquellas que hacen al esquema de prioridades de política pública de las autoridades sanitarias.

También de ellos se extraen enseñanzas sobre la capacidad del Estado para articular intereses y preferencias de diferentes sectores sociales y su habilidad institucional para hacer frente a los requerimientos regulatorios propios de sistemas donde las fallas de mercado, más allá de las prioridades políticas de la hora, requieren de mecanismos de intervención.

Dentro de este marco, un indicador de éxito de un sistema de aseguramiento es provisto por el nivel de gasto en salud de los hogares, pues muestra la capacidad de tales mecanismos de brindar protección financiera a su población. Eso ocurre cuando la cobertura sanitaria gratuita de la población con escasos recursos económicos permite destinar los ingresos del hogar hacia el consumo de otros bienes y servicios, para constituir un "ingreso no monetario" complementario.

Además, el gasto de bolsillo captura la eficacia del sistema de contención del riesgo moral en aquellos grupos con capacidad financiera y posibilidad de demanda excesiva. De ahí la relevancia de caracterizar tanto los mecanismos de recolección y asignación presupuestaria de fondos, como los criterios de identificación de prioridades de gasto.

Finalmente, el análisis comparado permite valorar los desafíos de gobernabilidad de los sistemas de salud en América Latina y la necesidad de desarrollar modelos regulatorios que se ajusten a las particularidades del mapa de actores de cada país.

En paralelo a la figura 4.1 de la sección anterior (vinculada a los sistemas de pensiones), la figura 5.1 permite sintetizar la secuencia de cambios en los sistemas de salud de la región durante los últimos años. En primera instancia, la separación de las funciones de jubilaciones de aquellas específicas de cobertura sanitaria tuvieron la intención de proveer mayor solvencia financiera y capacidad de seguimiento de las acciones en cada rama de protección social. Este fenómeno, de variada incidencia entre países e instituciones al interior de cada uno, trajo como desafío la necesidad de incrementar los esfuerzos en gestión de recursos.

Desde ahí, la brecha en la cobertura de salud debió ser abordada, para que los mecanismos de subsidio a la demanda, expandidos a partir de los nuevos esquemas de aseguramiento social en salud durante los años noventa cobraran relevancia. La implementación de estos instrumentos de intervención llevó a revisar los modos tradicionales de subsidio a la oferta, en busca de mayor coordinación entre dos modelos que involucran ventajas y desventajas que demandan esfuerzos de complementación.

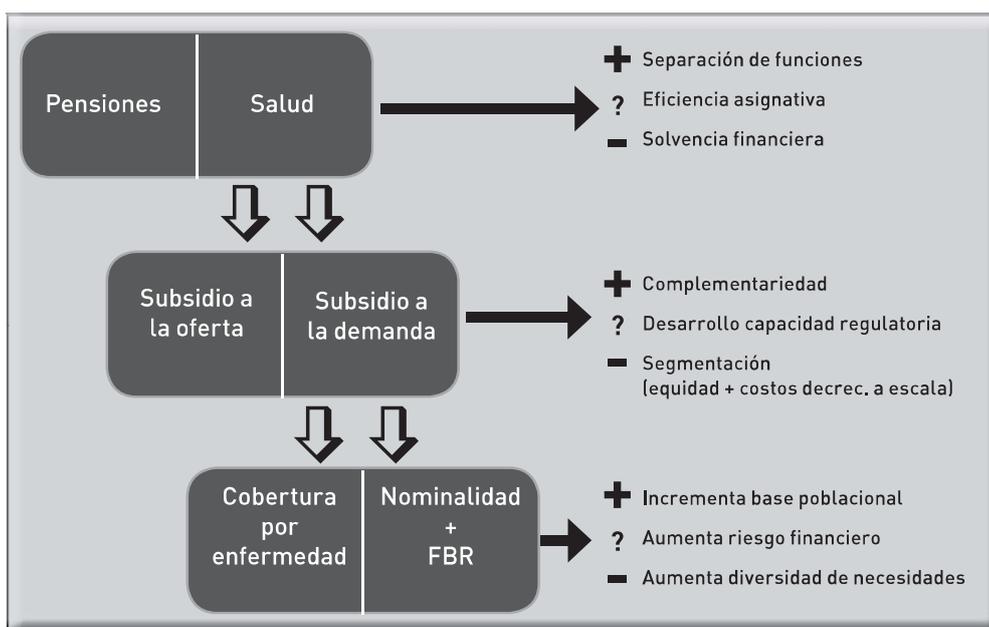
Sin embargo, la segmentación prevalente continuó afectando la equidad en acceso y calidad relativa entre subsistemas y aumentó los requerimientos regulatorios que, como en el caso de pensiones, constituyen el instrumento principal para facilitar el uso eficiente de recursos y la participación de sectores no estatales en la gestión y prestación de servicios.

La etapa actual de reformas sanitarias llama a profundizar en la coordinación entre subsistemas y en la complementación entre modelos de financiamiento. La búsqueda de mayor acceso ha llevado a incluir nominalidad en la atención pública, tanto en programas generales para toda la población, como en aquellos específicos vinculados con grupos prioritarios. Estos mecanismos se acompañaron con otros de pago por desempeño (*result based financing*), un área de alineamiento entre financiamiento y gestión que exige esfuerzos de evaluación.

Por otra parte, la mayor cobertura con base en paquetes definidos, la evolución de los perfiles epidemiológicos sectoriales y la creciente garantía de derechos ha llevado al desarrollo de programas específicos por enfermedad, particularmente relacionados con enfermedades no transmisibles. Si bien en su conjunto se procura mayor y más eficaz atención, la diversidad de necesidades a ser cubiertas desafía los mecanismos de definición de prioridades de la autoridad sanitaria.

Este movimiento ha generado un espacio de judicialización de la salud, que ha incrementado aún más los riesgos financieros del sistema, cuyo espacio normativo en incorporación de tecnologías y explicitación de cobertura es aún un área de diseño, incluso en las naciones de mayor desarrollo económico de la región.

FIGURA 5.1 EXPANSIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA: VENTAJAS, RIESGOS Y DESAFÍOS



6. Debate de políticas

La falta de correlato directo entre los resultados sanitarios y la estructura de gasto supone la exigencia de identificar qué sucede con los mecanismos actuales de asignación de recursos en salud y cuáles son las prioridades que deben guiar el diseño de políticas. La presencia de condicionantes sociales (educación, medio ambiente, acceso a agua y saneamiento, entre otras) interceden entre el gasto en salud realizado por el Estado y las familias, y el efecto sobre los resultados sanitarios concretos.

Pese a ello, existen limitaciones endógenas vinculadas con la organización del sistema de salud, tanto en planificación como financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios que reducen la efectividad de los recursos aplicados. Fallas en el establecimiento de prioridades y debilidad en los criterios utilizados en la gestión muestran cómo diferentes estrategias de aplicación de los recursos físicos, humanos y monetarios existentes permiten alcanzar resultados heterogéneos.

Como se analizó en la sección previa, las instituciones de seguridad social en salud presentes en la región latinoamericana son marcadamente variadas en términos de población a cargo, objetivos institucionales, dotación de infraestructura y poder de negociación al interior de cada país.

En algunos casos, sus funciones se relacionan directamente con la gestión y prestación de servicios, a partir de una asignación presupuestaria definida y una estrategia de aseguramiento establecida en otras esferas de la gestión pública; en otros, la responsabilidad se vincula con el diseño mismo de tal estrategia de establecimiento de garantías de derechos y definición de prioridades.

En ocasiones, las instituciones de seguridad social cumplen un papel estrictamente regulatorio, sin intervención en las esferas de financiamiento y gestión. A partir de ello se plantearán tres ejes generales para el debate, que afectan intertemporalmente a las instituciones de seguridad social en general, y donde confluye el diseño de una estrategia de inserción en el marco complejo de los sistemas regionales de salud.

6.1. *Protección financiera, pool de riesgo y coordinación*

En ocasiones, tales ineficacias son provocadas por la escala administrativa o prestacional sobre la cual opera el sistema de salud e incrementan los costos medios. La fragmentación de los sistemas sanitarios en su estructura de aseguramiento es el mayor riesgo para resolver por parte de los sistemas de aseguramiento social de la región.

En otros casos, la presencia de estructuras históricas de asignación de recursos atadas con líneas presupuestarias que asumen funciones de producción homo-

géneas, y la falta de mecanismos de monitoreo y evaluación atentan contra la efectividad de los fondos e insumos disponibles.

Asimismo, mientras el sistema de salud establece un vínculo entre la decisión institucional del ministerio o instituto de seguridad social y la comunitaria e individual por un lado, y entre intereses sociales o solidarios con metas monetarias por el otro, incorpora las tensiones entre las funciones objetivo de cada uno de los actores participantes.

La utilización de los servicios de salud parte de la identificación de una necesidad que debe ser satisfecha a partir de un encuentro entre el sistema sanitario y el paciente en su entorno. Una vez que la demanda identificada se convierte en efectiva dentro del sistema de salud, la oferta institucional muestra su capacidad de brindar acceso o no.

A partir de ello, es preciso establecer criterios objetivos desde una mirada clínica y sistémica que defina de manera institucional los patrones de calidad necesarios para operar en ambos espacios de utilización (por defecto, garantizando acceso; por exceso, garantizando efectividad) y de conductas (regulación de la sobreprestación e inducción de hábitos saludables).

Este tipo de argumentos implica operar conjuntamente en los ámbitos institucionales e individuales, dotando a las autoridades sanitarias de instrumentos financieros y regulatorios que garanticen la cobertura y la calidad razonable para atender las necesidades de la población, lo que requiere no solamente proveer la infraestructura adecuada para garantizar la oferta física, sino también la capacidad de generar docencia y operar sobre los hábitos de la población.

Las políticas de promoción y prevención hacen viables cambios en conductas que reduzcan riesgos sanitarios individuales, generen ahorros al sistema de salud y abran la posibilidad de ser utilizados en la cobertura de necesidades alternativas.

6.2. Enfermedades no transmisibles y conductas saludables

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un incremento de las llamadas enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente de la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y las lesiones de causas externas. En total, estas ENT representan más del 70 % de las muertes en nuestra región. A ellas debe sumarse el impacto creciente de la enfermedad renal.

El crecimiento sostenido de estas enfermedades en todo el mundo amenaza a futuro la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Nuestra región no escapa a esta realidad que, sumada a las enfermedades infectocontagiosas, enfrenta a nuestro sistema sanitario con importantes desafíos ocasionados por esta “doble carga” de enfermedad.

Los niveles inadecuados de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud sugieren la necesidad de políticas orientadas a incrementarlos, pero también resaltan el rol de las políticas de promoción de la salud, que constituyen acciones de costo-efectividad con la capacidad de reducir la demanda de servicios en el futuro.

De hecho, existe evidencia de que la reducción observada en países desarrollados en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares puede atribuirse particularmente al cambio de hábitos y conductas. En Gran Bretaña, la mayor parte de la caída de la mortalidad por enfermedades no transmisibles se debió a la reducción del consumo de tabaco y otros factores de riesgo a nivel poblacional.

En nuestra región, las leyes de ambientes libres de humo han reducido las hospitalizaciones por síndromes coronarios agudos. Los aspectos relacionados con la calidad de vida son cada vez más considerados como resultados sanitarios, en especial en enfermedades no transmisibles con expectativa de vida prolongada.

Además de ser las causas más frecuentes de mortalidad, las enfermedades no transmisibles afectan en forma relevante la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que las padecen, ya que requieren conjuntos significativos de recursos financieros, "y del cuidado de familiares o instituciones" (Suhrcke, Nugent, Stuckler y Rocco 2006). Complementariamente, la inactividad física es responsable de 3.2 millones de muertes anualmente (5.5 % del total) a nivel mundial, sobre todo en mujeres y adultos mayores.

Dicha condición aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cáncer de mama, cáncer colorectal y diabetes. Se estima a nivel mundial una prevalencia de sedentarismo del 17 %, aunque si se considera también la actividad física insuficiente o inactividad física, esta cifra asciende al 41 %.

Entre las intervenciones de costo-efectividad para estimular la actividad física se incluyen cambios de urbanización y transporte, organización comunitaria (grupos de caminata, etc.), cambios en los currículos escolares y estrategias comunicacionales a nivel local (Norum, 2005).

6.3. Evaluación de tecnologías

En línea con lo desarrollado en estas páginas, Mulligan, Walker y Fox-Rushby, en un artículo publicado en 2006, plantea que las próximas décadas mostrarán dramáticos cambios en las necesidades de la población. Según los autores, "mientras los países en desarrollo se encuentran aún bajo presión debido a la agenda pendiente en enfermedades transmisibles (en particular VIH, malaria y tuberculosis), un incremento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles resulta evidente, tales como depresión, enfermedades coronarias y cáncer".

Los autores presentan un argumento de interés en la discusión de este ensayo: si bien las estimaciones de los patrones de enfermedad presentes y futuros han estimulado el reconocimiento de las enfermedades no transmisibles en la agenda, no

proveen guías acerca de cómo lidiar con ellas. Si las decisiones a ser consideradas por funcionarios y *policy-makers* refiere al uso de recursos limitados, se necesita conocer cuáles de las intervenciones disponibles son las más eficaces y equitativas para ser aplicadas.

La importancia de incluir una perspectiva económica en la organización y gestión de los sistemas de salud es reconocida; sin embargo, el uso de estas capacidades en la definición de mecanismos de tomas de decisiones, establecimiento de prioridades y medición de impacto sobre la cobertura y la equidad de los sistemas sanitarios no se encuentra aún muy difundida, ya sea en temas relativamente estandarizados, como la realización de estudios de costo-efectividad. Según Hutubessy, Chisholm, Tan-Torres Edejer y WHO-CHOICE (2003), en ocasiones existen causas políticas, de preferencias sociales y barreras sistémicas que limitan su implementación.

En ese sentido, en el año 2000 la OMS enfatizó el papel de los análisis de costo-efectividad en la identificación de intervenciones que generan los mejores resultados para los recursos disponibles. De tal modo, establecer cuáles tratamientos y tecnologías son los más costo-efectivos es una prioridad, especialmente en naciones en desarrollo.

Sin embargo, remarcan Mulligan et al. que, si bien este tipo de estudios permite conocer la eficacia técnica de las intervenciones identificadas y la forma de alcanzar un objetivo específico al menor costo, en general no orienta acerca de cómo asignar recursos entre diferentes programas con objetivos diversos. Cuanto mayor es el espectro de intervenciones a ser comparadas, como en el caso considerado de acumulación epidemiológica, menor es la posibilidad de combinar los resultados surgidos de ellos.

Al no avanzar en un esquema como el mencionado, se reduce la capacidad de respuesta del sistema de salud, situación que resta sustentabilidad financiera a los mecanismos de protección social desplegados. También la discrecionalidad en la incorporación de tecnologías, drogas y tratamientos sin sustento científico atenta contra la equidad del modelo sanitario, pues se subsidian intervenciones no prioritarias y/o superfluas con recursos que deberían ser invertidos en otras de mayor efectividad probada.

7. Conclusiones

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) tuvieron como fin establecer pautas de acción colectiva que permitieran reducir las brechas de acceso a los sistemas mundiales de salud mediante el establecimiento de estándares globales de indicadores sanitarios. Si bien los avances alcanzados en muchas naciones fueron altamente satisfactorios, queda aún un gran camino por recorrer para perfeccionar los modelos de atención y facilitar los mecanismos de seguimiento y análisis de los logros alcanzados.

Estos debates incorporan un conjunto de elementos que avanzan en el desarrollo de modelos de cobertura universal de salud y abren la discusión hacia una serie de temáticas interconectadas. Esta agenda de discusión incluye tres grupos de argumentos, enmarcados en:

- i) El cambio en el perfil epidemiológico de la población mundial.
- ii) El avance de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y su incorporación a un sistema de garantías de derechos.
- iii) La viabilidad de un modelo de protección financiera que sea sustentable y equitativo.

Esta discusión es particularmente relevante en las instituciones de seguridad social en salud de la región latinoamericana actual, por varias razones:

- Los recursos utilizados en el sector sanitario deberían concretar una cobertura más homogénea en términos de efectividad, para lo que es necesario analizar los criterios de aseguramiento, gestión y regulación del sistema.
- El logro de cobertura implica una demanda de mayor calidad y la inclusión de más y nuevos servicios y tecnologías que requieren el establecimiento de criterios estandarizados y sistemáticos para analizar y evaluar los avances generados, a fin de proveer de racionalidad y eficacia al gasto en salud.
- En tercer lugar, lo anterior ocurre en un marco en el que aún se observan marcadas brechas entre grupos sociales y sectores. De este modo, la fragmentación entre subsistemas y al interior de cada uno de ellos impone barreras institucionales a un acceso equitativo.
- La descentralización del subsistema público y la amplia participación del sector privado en la provisión de servicios exige el uso racional de las herramientas regulatorias y financieras del Estado, a fin de alinear intereses, homogeneizar normativas y construir un sistema más equitativo y sustentable financieramente.
- La presencia de un modelo fragmentado de aseguramiento genera naturalmente brechas de acceso que la población observa en el nivel prestacional y que no necesariamente están vinculadas con la cantidad o calidad de servicios provistos, sino con fallas en los mecanismos de aseguramiento y gestión de recursos en el modelo organizacional de salud. En la medida que las estructuras de aseguramiento se multiplican, la capacidad del sistema para proveer a todos sus ciudadanos de un acceso igualitario varía y propone distintos incentivos tanto a los usuarios como a los financiadores y prestadores de los sistemas de salud.

El modelo de financiamiento requiere discutirse a la luz de las nuevas tendencias internacionales de protección financiera, a partir de los éxitos ya alcanzados por la estructura de seguridad social, lo cual implica el desarrollo de un marco regulatorio más amplio, que incluya a todos los subsistemas e incorpore las nuevas demandas de la población y la identificación de brechas de calidad en términos de necesidades no satisfechas y calidad efectiva.

Por tanto, se sugiere el fortalecimiento de instituciones técnicas abocadas a la regulación de tecnología, la certificación institucional y el diseño de mecanismos para costear programas y servicios que permitan la incorporación racional de los nuevos avances de la ciencia. De este modo, marco regulatorio, protección financiera y estrategia de cobertura universal estarán alineados para facilitar el acceso a intervenciones equivalentes de servicios, independientemente de su lugar de residencia y su condición socioeconómica.

8. Referencias

- Arhin-Tenkorang, D. (2001). *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization* [HNP Discussion Paper Series]. Washington, D.C.: The World Bank-Health Nutrition and Population. Recuperado de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13643>
- Baeza, C. y Packard, T. (2006). *Beyond Survival. Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Washington, D.C.: Standford University Press/The World Bank.
- Botero de Mejía, B. y Pico Merchán, M. (enero-diciembre, 2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Carrin, G. y James, Ch. (2004). *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period* [Discussion Paper núm. 2]. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/health_financing/issues/en/reaching_universal_dp_04_2.pdf
- Grossman, M. (marzo-abril, 1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan-Torres Edejer, T. y WHO-CHOICE. (2003). Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1(1), 8.
- Knaul, F., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... Frenk, J. (octubre, 2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Health Policy*, 380(9849), 1259-1279. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
- Lee, R., Mason, A. y Cotlear, D. (2010). *Some Economic Consequences of Global Aging. A Discussion Note for The World Bank* [HNP Discussion Paper Series]. Washington, D.C.: The World Bank-Health Nutrition and Population.
- Londoño, J.-L. y Frenk, J. (1997). Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- Lustig, N. (ed.). (2001). *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*. Washington, D. C.: Brookings Institution Press/Inter-American Development Bank.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe* (Ediciones Especiales 3). Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud).
- Maceira, D., Garlati, A. y Kweitel, M. (2010). *Estructuras de costos en administradoras de fondos de pensiones en América Latina*. Mimeo, Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS).
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C. y Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio

- comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17(5/6), 353-361.
- Mulligan, J., Walker, D. y Fox-Rushby, J. (2006). Economic evaluations of non-communicable disease interventions in developing countries: A critical review of the evidence base. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4, 7.
- OCDE, BM y BID. (2015). *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: BID. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264233195-es>
- OMS. (2003). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro*. Francia: Autor. Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17(5/6), 299-302.
- Suárez-Berenguela, R. (25 de enero de 2000). *Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications* [Working Document]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. Recuperado de <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/suarez.pdf>
- Suhrcke, M., Nugent, R., Stuckler, D. y Rocco, L. (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. Londres: Oxford Health Alliance.
- Todd Jewell, R., Rossi, M. y Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía*, XXVI(46), 147-167.
- Wagstaff, A. y Doorslaer, E. van (2002). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-98.
- Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Evans, D. B., Hanvoravongchai, P. y Ortiz de Iturbide, J. (2003). Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges. En C. J. L. Murray y D. B. Evans (eds.), *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism* (pp. 533-568). Ginebra: World Health Organization.

