

## 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.

# Bienestar y Política Social

Sistemas de Salud en América  
Editor invitado  
Sérgio Francisco Piola

André Cezar Medici

Tatiane Almeida de Menezes  
Bernardo Campolina  
Fernando Gaiger Silveira  
Luciana Mendes Santos Servo  
Sérgio Francisco Piola

Carlos Cruz Rivero  
Gabriela A. Luna Ruíz  
Raquel Morales Barrera  
Carlo S. Coello Levet

Rosa María Marques  
Áquilas Mendes

André Cezar Medici  
Bernardo Weaver Barros

Célia Almeida

Sección General

Germán Acevedo  
Patricio Eskenazi  
Carmen Pagés

Jorge Valero Gil

LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ALGUNOS ELEMENTOS DE SU ECONOMÍA POLÍTICA

GASTO FAMILIAR Y DEMANDA EN SALUD: UN ANÁLISIS BASADO EN LA ENCUESTA DE GASTO DE LOS CONSUMIDORES -POF- 2002/2003

GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD Y ELASTICIDADES INGRESO POR TIPO DE GASTO EN SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

DEMOCRACIA Y UNIVERSALIDAD: DISCUTIENDO LAS CONDICIONES DE APLICAR TALES CONCEPTOS A LAS ACCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE BRASIL

POLÍTICAS DE SALUD Y BLOQUES ECONÓMICOS

REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES AL FORMULAR LAS AGENDAS Y AL IMPLEMENTAR LAS POLÍTICAS

SEGURO DE DESEMPLEO EN CHILE: UN NUEVO MODELO DE AYUDA AL INGRESO PARA TRABAJADORES DESEMPLEADOS

INFORME SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA 2006  
LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DISCAPACIDAD:  
EMPLEO Y ASEGURAMIENTO, Y CONVENIOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL (*Reseña*)



# POLÍTICAS DE SALUD Y BLOQUES ECONÓMICOS

André Cezar Medici

Banco Interamericano de Desarrollo  
andrem@iadb.org

Bernardo Weaver Barros

Banco Interamericano de Desarrollo  
bernardow@contractual.iadb.org

## Resumen

**E**ste artículo analiza el papel de los mercados de bienes y servicios de salud en el proceso de integración regional. Es un hecho conocido que la consolidación de mercados integrados es más lenta respecto de bienes y servicios sociales (como salud y educación) que respecto de otros bienes y servicios (por ejemplo, bienes de consumo durables). El artículo discute la naturaleza del sector salud y su dimensión global, mostrando las características peculiares de los bienes y servicios de salud marcados por la complejidad económica y (de acuerdo a Arrow) la asimetría de información. A pesar de eso, el artículo enfatiza las viejas y nuevas razones que ponen a la Salud como un prerrequisito para la integración comercial. Se enfoca al papel desempeñado por el Estado en el financiamiento, provisión y regulación de la salud en el marco de los procesos de integración comercial. Por otra parte, instala conceptos relevantes en el tema estudiado, como los factores que conducen al financiamiento regional de la salud pública, al concepto de Bien Público Regional y su uso en el sector salud, además de las preocupaciones relacionadas con la reciprocidad del cuidado de la salud entre países. Finalmente, el artículo trata la integración regional de los mercados de salud en la Unión Europea, TLCAN, y MERCOSUR.

— Palabras clave: gasto en salud, seguro, gasto catastrófico, elasticidades ingreso  
Clasificación: JEL: A12, C13, C51, I19.

## Introducción

**L**as integraciones nacionales y regionales son procesos que fluyen naturalmente a lo largo del tiempo; en diferentes momentos de la historia global, particularmente después del Renacimiento dado que los procesos naturales de la integración del mercado llegaron posteriormente. Éstos se caracterizaron por una conversión gradual de los estándares económicos y sociales, puesto que el comercio hace que los países aumenten su grado de interdependencia (Devlin y Castro, 2002). Sin embargo, la mayoría de los procesos de integración o globalización fueron invertidos después de un período de expansión. Esto sucede debido a los cambios introducidos por las crisis económicas,

choques políticos o la búsqueda de nuevos procesos, que pueden redefinir las sociedades comerciales existentes y la alineación política entre naciones. Todavía, esa reversión no conduce a situaciones menos integradas que la que está comenzando cada proceso de integración. Agregan y conservan de hecho un cierto grado de integración incluso después del retroceso. Por lo tanto, podría afirmarse que a través de historia humana, ha habido una tendencia inexorable hacia la intensificación del contacto regional y global entre países.

La globalización puede seguramente aumentar los desequilibrios sociales, una vez que trae beneficios acelerados a los países progresivamente integrados de una manera más competitiva a los mercados globales<sup>1</sup>. Sin embargo, la negociación, regulación y aplicación de las reglas consensuales pueden reducir estas disparidades sociales.

El intensificado proceso de globalización, a un paso más acelerado que en décadas pasadas, marcó los años 90's. ¿Qué efectos trajo a la economía global en general? Tomando en consideración los cambios en indicadores sociales a partir de 1990 a 1999 (según el informe del PNUD para 2002), para el final de los 90's la población en pobreza absoluta se redujo del 29 por ciento al 23 por ciento; la tasa de mortalidad infantil cayó de 96 a 56 por mil nacidos vivos; la tasa de inscripción escolar de niños creció de 80 por ciento a 84 por ciento y 140 de aproximadamente 200 países en el mundo eligieron a sus representantes con voto universal.

Uno de los efectos asociados típicamente a cualquier proceso de globalización es la estandarización gradual del consumo en una escala global. El progresivo establecimiento de estándares de consumo y estilos de vida similares condujo a los países a aumentar los mercados extranjeros orientados a la producción basados en sus propias ventajas comparativas. Los países terminan reemplazando parte de la producción doméstica con importaciones.

Los procesos regionales de cooperación económica manejados políticamente podrían ayudar a desarrollar la integración. Los gobiernos de países vecinos pueden convertirse, sobre una base consensual y gobernada, en mercados regionales o en bloques económicos. Éstos pudieron ser contruidos para evitar que los engaños en la coordinación, asociados con el proceso de globalización, pudiesen romper la base económica interna de las naciones o que también pudiesen frenar la promoción de los beneficios mutuos. Así, los países negocian e implementan políticas orientadas a los beneficios comunes en áreas tales como la militar, defensa y protección ambiental, control sanitario y epidemiológico, entre otros. Los países utilizan diferentes herramientas de política económica, como políticas fiscales y comerciales, patrones estandarizados de trabajo y reciprocidad en la política social, fomentando así el uso y desarrollo de las ventajas comparativas, en un ambiente político acordado. Entonces, a partir de ideas comunes, los países vecinos pueden establecer una clase de regionalismo basado en políticas y propósitos compartidos.

Desde el período de posguerra dos clases de regionalismo han emergido sucesivamente en países en desarrollo. La dirección del Estado a partir de los años 50's a los 70's caracterizó los primeros regionalismos, junto con los vínculos comerciales subordinados a la sustitución de importaciones. El nuevo regionalismo que surgió de los 90's tiene las siguientes características principales: apertura comercial basada en mercados privados, y desarrollo político basado en

---

<sup>1</sup> Los incontables conceptos económicos, tales como ganancias de la innovación, ganancias en la difusión o ganancias en la fundación han apoyado esta idea a lo largo de la historia del pensamiento económico.

sociedades abiertas y democráticas. Eso no significa que no hubiera nuevos papeles asignados al Estado en el proceso de integración. Más bien, el Estado condujo el proceso de apertura comercial dentro de un contexto de mayor cooperación regional dirigida a la modernización institucional y al crecimiento económico y social.

En este nuevo contexto, algunas áreas de libre comercio internacional fueron desarrolladas; éstas se convirtieron en áreas económicamente integradas o en mercados regionales. La Comunidad Económica Europea (CEE), el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y el Mercado Común del sur (MERCOSUR) son algunos ejemplos de los bloques económicos establecidos en la segunda mitad del siglo XX bajo esos propósitos.

El proceso de integración comercial avanza de un modo asincrónico, y varía según la naturaleza de los bienes y servicios demandados en el mercado internacional. Es más rápido entre bienes y servicios tradicionales (tales como *commodities*, bienes y servicios de consumo durables y no durables como transporte, turismo, y etc...) o asociado a un nuevo proceso tecnológico que aumente la productividad (como nuevos estándares de la tecnología de la información). Esto se desarrolla a un paso más lento en todo lo relacionado con bienes y servicios sociales<sup>2</sup>. Este proceso relativamente asincrónico de integración de bienes y servicios sociales al proceso de globalización está asociado con la naturaleza especial de tales bienes y servicios.

El proceso de integración económico parece estar asociado con mejores condiciones de salud. Un estudio llevado a cabo en 17 países, basados en los indicadores de 1977 y 1997, evidenció que entre aquellos donde la integración comercial se amplió<sup>3</sup>, la esperanza de vida aumentó 7.5 años en promedio, mientras que la mortalidad de los niños fue reducida en un 45 por ciento. En los países adonde la integración comercial no se ha ampliado, o aún reducido<sup>4</sup>, la esperanza de vida aumentó menos (4.5 años) y la mortalidad de los niños cayó solamente 39 por ciento.

Este artículo analiza el comportamiento de los mercados de bienes y servicios de salud dentro del proceso de integración regional y formación de bloques económicos. El artículo se divide en cuatro secciones; esta introducción corresponde a la primera parte. La segunda sección discutirá la naturaleza económica y la dimensión global de la producción de la salud, con énfasis sobre su papel en la generación de bienes públicos y privados. La tercera sección enfocará algunos aspectos de la integración económica de la salud. Incluye producción pública de bienes públicos globales o regionales y también de bienes que aunque son privados, se deben producir por el Estado, para hacer frente a eventuales fallas de mercado. Hay aspectos de equidad que pueden acelerar o retrasar el proceso de integración asociado a esos bienes. La sección presentará la discusión sobre el concepto de reciprocidad como medio de reconocer derechos sociales a cualquier individuo insertado en el mismo bloque económico.

La cuarta sección discutirá los aspectos de la integración económica de la salud asociados a los mercados privados. Aunque el debate abarca temas comerciales complejos, como insumos básicos de salud, medicinas, equipo y patentes asociadas con el uso de tecnología, se enfocará la discusión de los servicios privados de salud como una herramienta para la integración regional. En ese sentido el concepto de portabilidad como proceso que permite la transferencia de los derechos

---

<sup>2</sup> Ver Castro y Musgrove (2000).

<sup>3</sup> Bangladesh, China, Malasia, Mali, México, Nepal, Paraguay, y Turquía.

<sup>4</sup> Benín, Bolivia, República Centroafricana, Chipre, El Salvador, Haití, Liberia, Malawi, Niger, Perú, y Sudáfrica.

de acceso a mercados públicos y privados de salud entre países será analizado como una manera avanzada de integración de mercados de salud en un contexto regional e internacional.

La sección quinta y final se enfoca al desarrollo de este proceso de integración de salud bajo tres diferentes realidades internacionales: UE, TLCAN, y MERCOSUR.

## **1. La Naturaleza Económica de la Salud y su Dimensión Global**

La discusión referente la naturaleza económica de la salud y su dimensión global comprende al menos tres temas relevantes. El primero se ocupa del carácter distintivo de los bienes y servicios de salud o de “¿qué clase de bienes y servicios está en discusión?” El segundo es “¿qué tan sofisticada es la producción en salud?” Y finalmente, el tercero es: “¿cómo ha contribuido la salud al proceso global de integración?”

### **1.1 El carácter distintivo de los bienes y servicios de salud**

Desde los años 60's la literatura económica ha ambientado un amplio debate sobre temas y mercados específicos de bienes y servicios de salud. Cómo trabaja el sector y la eficacia con la que los servicios de salud cubren las necesidades sociales con los diferentes mercados competitivos tradicionales. Kenneth Arrow (1963) señaló que la diferencia de los mercados de salud de los mercados competitivos surge de: 1) la naturaleza de su demanda, marcada por la irregularidad y la imprevisibilidad, restringiendo así la capacidad de los consumidores de prever o estimar la demanda de bienes y servicios; 2) el comportamiento esperado de los médicos —dado que el consumo de producto y la producción ocurren simultáneamente, los consumidores no pueden probar los productos antes de usarlos—; 3) la incertidumbre en relación a la calidad del producto, que es un reflejo de la gran asimetría de información entre los que compran y los que venden atención de salud; 4) las condiciones de la oferta, debido a que las actividades de atención requieren altos niveles de habilidades y de regulación asociados con licenciar la actividad y los profesionales implicados (lo cual plantea fuertes barreras de acceso a los nuevos oferentes); 5) los precios no se establecen según las condiciones del mercado sino conforme al nivel de ingreso de los individuos y de los mecanismos de contrato de las instituciones de salud. Éstos van desde el pago por cuidados médicos a “pre-pagos” o riesgo asumido, asociado con un paquete de bienes y servicios anticipados.

Arrow también indicó que la producción de la salud fracasa en cubrir una o más de las tres pre-condiciones que definen las características competitivas en un mercado dado. La primera sería la existencia de un balance competitivo asociado con el bien en cuestión; el segundo es la comerciabilidad o calidad de un bien que es comprado/vendido en el mercado. Surge del comportamiento y de los costos para el productor, por un lado, y de su respectiva utilidad para los consumidores, por el otro. El tercero es la existencia de ganancias a escala para asegurar en cada estado competitivo óptimo un grado dado de distribución de ingresos y compatibilidad de precios en esos mercados. Si una de esas pre-condiciones no se encuentra presente, el mercado es imperfecto.

Por ejemplo, el caso de la inmunización no cabe en los criterios de la comerciabilidad. Una persona podría (hipotéticamente) rechazar consumir la vacunación contra una enfermedad transmisible. Eso pondría en riesgo no solamente la salud de la persona sino también la de otros.

En un sistema ideal de precios, esa persona debería compensar de alguna manera a cualquier otro individuo que contraiga esa enfermedad debido a la externalidad negativa que resulta de la negación a aplicarse la vacuna. Otra manera sería que cada uno le pague a esa persona una cantidad para que acepte la vacunación. Esa clase de sistema de precios no es factible y requeriría algún tipo de intervención colectiva tal como un subsidio, un impuesto o una decisión obligatoria para ser factible. En estos casos, el Estado por medio de incentivos o de coerción aseguraría, a través de mecanismos externos a las leyes de mercado, que tal individuo deberá aplicarse la vacuna a pesar de su falta de voluntad de pagar por ella. Otro ejemplo sería el hecho de que muchos hospitales, particularmente en ciudades pequeñas, deben trabajar debajo de su escala de producción para alcanzar ganancias apenas satisfactorias bajo condiciones de mercado. A estos hospitales, a efectos de continuar trabajando y sirviendo a esa población, se le deberían brindar subsidios públicos.

Los problemas asociados a la imperfección de mercado conducen a discusiones más profundas sobre la naturaleza de los bienes y servicios de salud: A luz de la economía, ¿se trata de bienes públicos o privados? ¿son comercializables o no?

¿*Son públicos o privados?* Los bienes públicos no son necesariamente los producidos por el gobierno. La teoría económica los clasifica como los bienes o servicios que si son provistos a una persona, deberían estar disponibles para todos, sin ningún costo adicional. Por otra parte, estos bienes no hacen frente a ninguna competencia. Si una persona consume un bien público, no dejaría de estar disponible para otros, en la misma cantidad, para ser consumido<sup>5</sup>. Esto distingue a los bienes públicos de los bienes privados, donde el consumo por una persona excluye la posibilidad de cualquier otra persona para consumirla, por lo menos en la misma cantidad. Cuando alguien puede ser excluido de la producción del bien público o cuando el consumo de tal bien no es irremplazable, se considera que el bien público es impuro o mixto. Este fenómeno es seguramente mucho más cercano a lo que ocurre en la realidad social que los bienes públicos puros, que son mucho más raros<sup>6</sup>.

Las acciones de vigilancia sanitaria, epidemiológica, de fronteras, aeropuertos y puertos — que no se basan en el mercado pero proporcionan los mismos beneficios para todos— son los bien conocidos bienes de salud pública. La estructuración de la vigilancia sanitaria beneficia automáticamente a todos reduciendo su riesgo de contraer enfermedades transmisibles o de que su salud sea afectada por la mala calidad del ambiente.

El caso de la vacunación en salud sería uno de los ejemplos más polémicos de bienes públicos y en algunos contextos, se puede asociar con bienes mixtos. Es verdad que cada uno se beneficia cuando un individuo es vacunado, puesto que cada uno se beneficia de no ser expuesto a la contaminación. Por lo tanto, el beneficio colectivo consecuencia de la vacunación aumenta

---

<sup>5</sup> Paul Samuelson afirma que los bienes públicos reportan dos características básicas: 1) o tienes competidores de consumo, y 2) no excluyen a nadie de su consumo, es decir, una vez producidos no es posible privar a otros de consumirlo. En ese sentido los bienes públicos no pueden funcionar en mercados privados, puesto que nadie puede asegurarse de que son consumidos solamente por quienes pueden pagar por ellos.

<sup>6</sup> Ambos bienes públicos y mixtos no logran el principio de eficiencia de Pareto, debido a que el aumento de su consumo por parte de los individuos puede incrementar su beneficio o utilidad sin imponer un costo adicional.

cuando todos se vacunan. Si el gobierno proporciona la vacuna para cada uno que esté en riesgo, latente o potencial, la vacunación se convierte en un bien público típico. Pero las cosas cambian en un panorama donde no hay suficientes vacunas para todos. El principio del consumidor competidor (si vacunan a un individuo, otro no será vacunado) surge, y en lugar del bien público se vuelve impuro, convirtiéndose en un bien mixto.

La provisión de un bien público depende de elecciones colectivas. Típicamente, se espera que el gobierno seleccione y provea bienes públicos, y lo financie con impuestos generales. Pero en dotaciones públicas más pequeñas, la comunidad debería cooperar y contribuir a financiar la provisión de esos bienes públicos. Entonces, las preguntas son: ¿cómo la comunidad podría determinar la capacidad de pago de cada uno; y ¿cómo evitar a los aprovechados?

Muchos temas de salud colectiva o ambiental se pueden considerar como temas de bienes públicos. Sin embargo, la mayoría de los bienes y servicios de salud no son de naturaleza pública. Los servicios y medicamentos (incluso los llamados medicamentos básicos o esenciales) del cuidado médico o dental son bienes privados. Su consumo se asocia a la idea de “quien necesita esa medicina en ese momento específico”.

*¿Son comerciables o no?* El concepto macroeconómico de los bienes comerciables es mucho más amplio que el concepto microeconómico de la comerciabilidad, donde el análisis se restringe a examinar solamente el tema de demanda y valor de mercado de un bien dado bajo circunstancias “específicas locales o regionales”. Bajo el concepto macroeconómico, las mercancías comerciables son las que compiten “a nivel internacional” en cualquier mercado. El número de bienes de salud que cumplen con estas características está aumentando actualmente: la mayoría de los medicamentos, vacunas (que debe ser diferenciado del proceso de vacunación) o productos inmunobiológicos, algunos equipos médicos e insumos de hospitales; todos ellos caben en esta categoría. También pueden ser considerados comerciales la telemedicina y los mercados globales de salud, las estrategias de la información, el *software*, y la capacidad constructiva en salud.

Además de la discusión económica, valdría la pena presentar una discusión social con respecto al proceso de apropiación, acceso y distribución de los bienes y servicios de salud. *¿Deben ser asignados por estándares meritocráticos o universales? ¿Debe haber focalización o debe ser una provisión discriminada de estos bienes y servicios?*

*¿Debe ser meritocrático o universal?* Con excepción de instituciones caritativas de cuidados de salud, el concepto que prevaleció en el pasado fue que los bienes y servicios de la salud deben ser asociados a la capacidad de pago, o atribuidos a quienes estaban bajo la protección de las instituciones de seguridad social<sup>7</sup>. Este concepto bismarckiano de derechos sociales fue gradualmente traslapado o reemplazado por el concepto Beveridgiano de ciudadanía, después de la Segunda Guerra Mundial. Este último concepto amplió los derechos y el acceso a los bienes y servicios de salud a estándares universales. Este concepto ha funcionado en países desarrollados, donde las condiciones socioeconómicas permitieron conceder derechos universales de cuidados de salud. Pero las condiciones socioeconómicas y los niveles de desequilibrio en la mayoría de los

---

<sup>7</sup> En muchos países Latinoamericanos o europeos, el mutualismo asociativo o basado en el trabajo precedió a las instituciones de seguridad social, como un modo de garantizar el cuidado médico colectivo.



países en desarrollo no permiten implementar la universalidad como provisión garantizada para todos. Así, esta situación genera tres clases de dilemas de equidad: 1) *formar la fila o “hacer la cola” para acceder a procedimientos específicos* debido a los límites institucionales y presupuestarios. Los servicios se conceden sobre una base que el primero en llegar es el primero en ser atendido.. Esto no es ideal dado que el Estado debería ser capaz de asignar los servicios y bienes según las necesidades. ¿Quién lo necesita más? O ¿quién lo merece más? O quién realmente no lo podría pagar en ningún otro lugar privado; 2) *información privilegiada* (¿quién sabe donde está disponible el servicio en el momento y cómo conseguirlo o consumirlo?); 3) *indisponibilidad* (en las regiones o lugares más pobres, lejos de los centros urbanos, no hay posibilidad de consumo porque los servicios son restringidos o simplemente no existen).

¿*La provisión de bienes y servicios debe ser focalizada o indiscriminada?* La provisión universal como derecho no conduce necesariamente a la idea de que cada uno tiene derecho a todos los bienes y servicios de salud a través de la provisión pública gratuita. En sociedades desiguales donde los recursos públicos son escasos, una de las maneras de alcanzar el acceso universal a bienes y servicios de la salud es a través de las garantías dadas a un acceso organizado al mercado para los que puedan permitirse pagar por él. El estado debería después subsidiar o proporcionar un acceso gratis dirigido a los que no puedan pagar por él. Esto puede hacerse focalizando la oferta. El inconveniente radica en la creación de mercados segmentados. La otra manera de hacer esto sería a través de la focalización de la demanda. En este caso, a quienes no pueden pagar por estos servicios se les garantiza un subsidio monetario (directo o a través de una institución intermediaria). La meta es que participen en el mercado bajo las mismas condiciones que los que pueden permitirse realmente pagar por esos servicios y bienes<sup>8</sup>.

## 1.2 La complejidad de la producción de la salud

La producción de la salud es mucho más amplia y sofisticada que lo que simplemente es provisto por los servicios privados de salud<sup>9</sup>. Incluye un sistema de otras industrias, como medicinas, vacunas, equipo médico, tecnología de información (como almacenamiento de datos), estándares profesionales, técnicas directivas aplicadas y de insumos básicos para los servicios de cuidados de paciente externo y hospitalario.

Exige grandes esfuerzos de educación formal, capacidad constructiva y entrenamiento en salud y otros temas asociados, y es respaldado por un amplio sector de investigación básica y aplicada. Implica el espectro entero del conocimiento, desde las ciencias biológicas, física, química, farmacéutica e ingeniería hasta las ciencias económicas y sociales, patrones de manejo y administración, etc.

---

<sup>8</sup> Podrían asociarse algunos problemas con la asimetría de información referente a quién utilizó los servicios, quién los proveyó y quiénes pagaron por él. Con información privilegiada, la institución proveedora pudo obtener ventajas cargando precios mayores por un servicio que ha sido proporcionado. Si no hay un canal de comunicación entre el usuario y la institución pagadora, existe la posibilidad de frauds, conocidos como el riesgo de tercer pagador.

<sup>9</sup> Gadelha (2002) proporciona una vista actualizada de este tema en Brasil.

También abarca sectores financieros y de seguros, puesto que la mayoría de los mercados privados de salud en países desarrollados se basan en planes de seguro y de seguros de salud. Éstos requieren modernos y complejos mecanismos de administración y pueden mejorar cuando los servicios financieros y mercados derivados se desarrollen bien y sean fácilmente disponibles.

Los sectores privados y filantrópicos están naturalmente implicados en la producción de la salud. Pero además de éstos, el Estado participa en los campos de regulación, vigilancia y provisión específica de bienes públicos de salud. Como ejemplo, el gobierno está implicado en la lucha contra enfermedades transmisibles y en garantizar ambientes físicos y sociales sanos.

Basado en la gama de actividades productivas y en todas las cadenas económicas exigidas, uno puede concluir que sería imposible tener una opinión simplista sobre los efectos de la potencial integración global de los mercados del sector salud. La creciente división del trabajo asociada a este sector y su fuerte innovación potencial tecnológica y de producto conduce a la existencia de bienes y servicios en el complejo productivo de la salud. Estos bienes y servicios tienen un potencial más bajo o más alto de ser integrados a mercados globales.

### 1.3 La salud como un pre-requisito para la integración comercial

Existen nuevas y viejas razones para apoyar la justificación de la salud como condición básica para integrar mercados a nivel global o regional. Las viejas razones se relacionan con el proceso comercial de integración y la importancia histórica de las medidas de salud públicas en los 150 años pasados. Las nuevas razones se ligan a los desequilibrios actuales en el acceso a los servicios de salud. Se ven como factores que influyen no solamente en los precios de materias primas sino también en las decisiones de producción a una escala global.

*Viejas Razones:* Las mejoras globales de la salud en el siglo XX fueron en gran medida fomentadas por la medicina preventiva y, en un menor grado, por los servicios curativos. Aunque las familias generalmente toman más en cuenta el último tipo de servicio, sobre todo en atención a su mayor visibilidad en mejorar una condición individual específica de salud, el anterior tipo de medicina es más importante. Un trabajo no tan visible fue desarrollado para mejorar las condiciones colectivas de la salud en el nivel global. Fue asociado al desarrollo y aplicación de vacunaciones contra las enfermedades transmisibles, a esfuerzos básicos de saneamiento, a la erradicación de los vectores que transmiten tales enfermedades y a la educación sanitaria para las poblaciones más pobres.

La inversión asociada con estos esfuerzos colectivos de la salud desempeñó un papel crucial en el desarrollo de flujos comerciales desde fines del siglo XIX hasta hoy. La vigilancia de los puertos y el saneamiento de las grandes ciudades han asegurado el crecimiento acelerado de las transacciones comerciales. Además, evitó la contaminación y el riesgo de la transmisión de una epidemia a nivel global.

Actualmente tales inversiones ya ha sido hechas por completo en los países desarrollados, aunque todavía deben realizarse gastos adicionales relacionados con el mantenimiento de los sistemas de vigilancia sanitaria y epidemiológica. Éstos son necesarios para evitar la aparición de nuevos focos de enfermedades. Estos países no están exentos de epidemias. Por ejemplo, el SIDA se expandió a las naciones ricas a principios de los años 80's. Más recientemente, el SARS (por sus siglas en inglés) afectó y obligó a cerrar temporalmente las transacciones comerciales de países

tan importantes como China y Canadá. Hoy<sup>10</sup>, el mundo está luchando contra el miedo de una epidemia mundial de gripe aviar. Ya ha matado a 112 personas y tiene más de 200 casos confirmados entre seres humanos. Si no hubiera esfuerzos internacionales de cooperación y sistemas locales eficientes de vigilancia sanitaria, sería mucho más difícil controlar estas enfermedades contagiosas.

La salud pública y las estrategias de vigilancia sanitaria han sido, y siguen siendo históricas demandas de la globalización. También ayudan a establecer nuevos mercados económicos. Se sabe que los vectores que transmiten enfermedades no respetan los límites nacionales. Las naciones desarrolladas y las organizaciones internacionales han enfatizado la necesidad de hacer desaparecer el riesgo epidemiológico como pre-condición a la integración económica de los mercados. Por otra parte, las acciones sanitarias de vigilancia, la salud de los puertos y las reglas de control fronterizo constituyen los primeros asuntos discutidos en cualquier estrategia de integración económica.

*Nuevas Razones:* Durante los últimos años, muchos países en desarrollo han aumentado la competitividad de sus productos en mercados internacionales. Generalmente proveen productos manufacturados a bajo costo a los países desarrollados, así como sus productos tradicionales, generalmente materias primas. Este cambio fue asociado parcialmente a una apertura comercial más amplia en países desarrollados. En los Estados Unidos, el porcentaje promedio de impuestos de importación cayó de 15 por ciento hasta el 6 por ciento de 1951 a 1979<sup>11</sup>. Sin embargo, desde entonces la caída no ha sido tan aguda. Los impuestos de importación de los

Estados Unidos están actualmente alrededor de 3 por ciento en promedio. Son mucho más altos en los productos donde los países en desarrollo han sido tradicionalmente más competitivos en las últimas décadas. Por lo tanto, los países desarrollados, que eran los principales defensores del libre comercio, en oposición a los países en desarrollo que protegieron sus mercados a través de barreras comerciales y estrategias de sustitución de importaciones, han comenzado recientemente a practicar otra vez un proteccionismo defensivo en sus mercados. Esto está más patente asociado con las materias primas y con los productos industriales de bajo costo.

Los temas de trabajo relacionados, como los bajos salarios, las responsabilidades sociales, y los impuestos son los factores principales que han aumentado la competitividad de los países en vías de desarrollo. En la mayoría de las naciones desarrolladas, las cargas sociales incluyen costosos seguros de cuidados de la salud. En la mayoría de los países en desarrollo los trabajadores no tienen acceso a tales lujos o protección<sup>12</sup>. Los países desarrollados alegan que estarían dispuestos a abrir las barreras comerciales si los productos importados de los países en desarrollo fueran

---

<sup>10</sup> Casos acumulados de enero 2003 hasta el 13 de Julio de 2006.

<sup>11</sup> De acuerdo a Dobbs (2004) el deficit commercial norteamericano aumentó de US\$19 mil millones en 1980 a US\$ 0.5 mil millones en 2004, beneficiando a países como China, Japón, Alemania, Canadá y México.

<sup>12</sup> Por ejemplo, el salario promedio en la industria de la transformación de China es US\$ 0.86 mientras que en los Estados Unidos es US\$ 35.00. Esto conduce a una proceso acelerado de internacionalización del Mercado norteamericano donde, por ejemplo, 75 por ciento de los juguetes vendidos son importados. Esto también podría conducir a un aumento en la migración de capitales de países desarrollados a países en desarrollo, como una manera de reducir los costos de producción asociados con factores e impuestos. Sin embargo, aunque esto es una realidad, los factores geográficos y relacionados a la ubicación son responsables de mantener a la mayoría de los capitales de los países desarrollados involucrados en la producción cercanos a sus centros comerciales (Redding y Venables, 2000).

producidos sobre la base de salarios y responsabilidades sociales aceptables<sup>13</sup> (incluyendo asistencia médica). Con esta propuesta, los países desarrollados desean suprimir la competitividad basada en diferenciales de precio del trabajo. Las naciones ricas se proponen restringir la competencia para priorizar la productividad física, donde tienen más ventajas comparativas. Por lo tanto, el asunto de la protección social del trabajador se refiere a condiciones de salud. Incluye salud ocupacional y ambiental. Se ha introducido gradualmente en la discusión sobre globalización y bloques económicos.

## 1.4 El papel del Estado en la salud y en el proceso de integración comercial

Esta sección presentará, en primer término, la discusión sobre el proceso de toma de decisiones asociado con el financiamiento público de los bienes y servicios de salud. Después, presentará la naturaleza pública o privada de las mercancías financiadas por el Estado. Estas finanzas incluyen la producción y provisión de estos bienes; y estos puntos se discuten en un contexto de globalización, con un comercio internacional creciente y la aparición de bloques económicos.

Musgrove (1999) afirma que la equidad y los temas de eficiencia económica podrían justificar la acción del gobierno y el gasto en salud pública. Para garantizar la equidad, el sector público debe dar prioridad a los pobres e intentar evitar el daño moral<sup>14</sup>. Debe financiar solamente procedimientos donde el costo-efectividad sea igual para diferentes personas (equidad horizontal). Debe dar prioridad al tratamiento a aquellos con condiciones de salud más serias y que no pueden pagar por él (equidad vertical). Debe aplicar la regla de rescate, según la cual el Estado debe apoyar cualquier procedimiento de salvamento de vida de alta probabilidad. Esta ayuda se hace sin importar la oportunidad del Estado de recuperar el costo del tratamiento.

A la luz de la eficiencia económica, la acción pública sería más valiosa para corregir las fallas de mercado en la provisión y consumo de bienes y servicios de salud. Un ejemplo sería la producción de bienes públicos, la regulación de la salud y, eventualmente su financiamiento. El Estado debería financiar los bienes que presentan grandes externalidades positivas o que evitan externalidades negativas de otros sectores. Debería también financiar los bienes que evitan situaciones catastróficas, donde los esfuerzos hacia la movilización de recursos a través del mercado sería difícil o no lo suficientemente rápida.

Sobre estos conceptos, Musgrove propone un árbol de decisiones asociadas a la asignación de recursos públicos en salud. Mediante criterios de eficacia en relación a los costos y a la

---

<sup>13</sup> Al centro de esta discusión hay algunos sectores que ya toman ventaja de la oportunidad de apoyar las mejoras en las condiciones de salud de los países en desarrollo, mientras otros solo lo usan para – bajo un argumento humanitario – seguir defendiendo el nicho de protección a los productores nacionales que son ineficientes en los mercados de los países desarrollados.

<sup>14</sup> El concepto de daño moral en salud está asociado con las situaciones donde, bajo algunas circunstancias de la oferta, el costo marginal para un individuo de consumir un monto adicional de bienes y servicios de salud es más alto que el costo marginal de la sociedad, resultando en una asignación sub óptima de recursos disponibles para el sector. Por lo tanto, la permanencia de tal situación puede conducir al crecimiento de la infraestructura de salud por encima del socialmente óptimo de las necesidades. Si eso sucede, por ejemplo, en un seguro médico, el asegurador tiene que recalcular las primas de seguro y, por lo tanto, aumentar el precio del seguro para todos los consumidores, creando así barreras a la adhesión de los individuos con menos recursos.

equidad, el autor concluye que los gastos de salud pública serían justificados en los siguientes contextos: 1) bienes públicos; 2) bienes privados asociados a grandes externalidades; 3) bienes privados con costos catastróficos que no están garantizados para la mayoría de la gente, y; 4) bienes privados que benefician a los pobres.

Aquí hay ejemplos de cada uno de las cuatro categorías de bienes o servicios de salud en el análisis de Musgrove. En el primer caso (bien público), podríamos insertar los servicios de vigilancia sanitaria. En el segundo caso (bienes privados asociados a grandes externalidades, donde no se satisface la demanda) tenemos redes de mosquito impregnadas con el insecticida para combatir la malaria en regiones con alto predominio de esa enfermedad. En el tercer caso (bienes privados con costos catastróficos que no aseguran a la la mayoría de la población) tenemos procedimientos de alta tecnología, como las cirugías cardíacas para la población pobre sin seguro médico, por ejemplo. En el último caso (los bienes privados que benefician a los pobres) habría medicamentos esenciales.

## 1.5 Factores que conducen la regionalización del financiamiento de la salud pública

¿Qué conduciría a los gobiernos a financiar el cuidado de salud fuera de sus fronteras nacionales?  
¿Qué razones conducen a los gobiernos a comprar bienes y servicios de la salud en otros países o incluso a hacer inversiones internacionales en salud? ¿Cómo afecta el tema de la salud las relaciones entre los países miembros de un bloque económico? Para entender la implicación de unos o más países vecinos en la producción de los bienes y servicios de salud en otras partes, o qué condiciones de salud podrían proporcionar beneficios mutuos a los vínculos económicos y al bienestar común de la población de esos países, se deberían estudiar algunas situaciones básicas.

- a) Si A y B son países vecinos, es de interés mutuo que las epidemias que surgen en A no pasen la frontera y afecten a la población de B; y viceversa. Por lo tanto el control regional del vector de enfermedades transmisibles es una inversión necesaria para ambas naciones, sin importar dónde la epidemia tuvo su primer brote.
- b) Si además de ser vecinos, A y B tienen relaciones comerciales, la gente implicada en el negocio de transporte y comercio no debería portar enfermedades transmisibles. Así, esto requiere vigilancia sanitaria coordinada en las fronteras terrestres y los puertos de ambos países, para evitar contaminaciones mutuas.
- c) Si A y B atraen a visitantes de turismo y de negocios, éstos deben recibir cuidado en el país huésped mientras viajan. Los visitantes pueden contraer una enfermedad o sufrir accidentes que pueden demandar cuidados médicos de emergencia.
- d) Si los países A y B integran sus mercados de trabajo, como sucede en la Unión Europea, deberían promover la regulación de sus seguros de salud y de sus sistemas de salud ocupacional y ambiental. Deberían también proveer servicios públicos si no existe una estructura privada para ello. Deben garantizar derechos recíprocos de cuidado médico y permitir un mercado regular y funcional de protección social para esos trabajadores.
- e) Si los países A y B pueden ser integrados y alcanzar una eficiencia económica y ventaja comparativa en la producción complementaria de tales bienes que en su producción competitiva, sus gobiernos respectivos deben entonces desarrollar regulaciones y esfuerzos conjuntos para proveer transferencias tecnológicas. Deben también procurar

quitar barreras comerciales y maximizar la eficiencia en la provisión y acceso de tales bienes y servicios. Esto trabajará para beneficio de la población de estos países.

Estas situaciones demuestran claramente que los países necesitan coordinar esfuerzos en regular o promover la producción de bienes públicos y privados de salud sobre una base regional. La solución para los casos a) y b) sería la de implementar acciones comunes en vigilancia sanitaria y epidemiológica en las zonas fronterizas. Éstos son los casos más característicos de bienes públicos regionales. Por otra parte, las soluciones de los casos c), d) y e) no se basan necesariamente en bienes públicos regionales. Pero requieren niveles más altos de integración para adoptar medidas comunes en este tema. Los temas de los bienes y servicios públicos regionales que aunque son privados, sería interesante observarlos a través de países que formen bloques económicos de financiamiento, la provisión o regulación será discutida en la sección siguiente.

## 1.6 Concepto y uso de bienes públicos regionales en el sector salud

Los bienes o servicios públicos regionales son aquellos que hacen que los bienes públicos vayan más allá de las fronteras nacionales. Su producción supone beneficios para los países, las poblaciones, y las distintas generaciones. Su consumo conlleva externalidades positivas o reduce al mínimo las externalidades negativas para todos los ciudadanos de un grupo dado de países en esa región. Son públicos porque los beneficios son apropiados colectivamente. Son regionales porque los beneficios se extienden más allá de los límites nacionales. Por ejemplo, la paz y la seguridad de un grupo de países en una región; la lucha contra la producción y el tráfico de drogas; la preservación ambiental asociada a la conservación de los recursos del aire y del agua; la vigilancia epidemiológica y la lucha contra enfermedades transmisibles, entre otras.

En el año 2003, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estimó el costo global de las no-acciones y acciones remediadoras para solucionar los problemas del acceso asociados a algunos bienes públicos globales, como se representa en el cuadro siguiente:

**Cuadro 1**  
**Costo Anual Estimado de la No-Acción y las Acciones Remediadoras para Proporcionar Soluciones a los Problemas Relacionados al Acceso a Bienes Públicos Globales**  
(en US\$ miles de millones PPP)

Tipo de costo	Estabilidad financiera internacional	Régimen de comercio internacional	Carga excesiva de enfermedades	Estabilidad climática	Paz global y seguridad
No-acción	50.0	260.0	1,138.0	780.0	358.0
Acción remediadora	0.3	20.0	93.0	125.0	71.0

Fuente: PNUD (2003).

La integración regional exitosa de un bloque de países está altamente asociada al proceso de selección y responde a la administración de bienes públicos regionales. Éstos se deben acordar, regular, y proveer a nivel regional. La eficiencia en la producción y consumo de los bienes públicos regionales (BPR) requiere varias condiciones previas, entre las cuales se cuentan:

- Identificar las necesidades, el nivel de producción efectivo y potencial, y las ventajas comparativas asociadas a tales bienes y servicios en cada país miembro del bloque o de la región económica considerada. En este proceso, es esencial buscar los diferenciales de equidad referentes al acceso a bienes y servicios que pueden convertirse en BPR y discutir si están sujetos a una reducción costo-efectiva a lo largo del proceso de integración;
- Promover campañas de información y comunicación sobre el uso apropiado y ventajas asociadas al consumo de esas mercancías. Los países deberían también aproximar a jugadores económicos públicos y privados interesados en su regulación y producción;
- Promover diálogos internacionales entre hacedores de política y tomadores de decisiones. Esto debe tomar en consideración los acuerdos multilaterales previos sobre regulación, promoción y comercio. Esto debe hacerse para buscar las maneras más sensibles de producir y proveer tales bienes;
- Abolir o reducir las barreras a las importaciones y exportaciones a elementos y componentes requeridos para el consumo de tales bienes. Esto realzará las ventajas comparativas regionales con costos de transacción más bajos y reducirá limitaciones a la oferta frente a la demanda regional;
- Obtener incentivos y mecanismos adecuados de financiamiento para subsidiar o facilitar el crédito a las naciones que no pueden pagar por los medios requeridos para producir tales bienes;
- Determinar y realizar un seguimiento de los resultados positivos asociados a la expansión del acceso y uso de tales bienes, para definir los factores que pueden aumentar la producción y uso futuro en el bloque regional.

La identificación de la producción y equidad requerida de acceso a BPRs es un proceso de difícil articulación que puede requerir la ayuda de las instituciones que coordinan los bloques económicos, o aún de los esfuerzos de cooperación técnica por parte de organizaciones internacionales de financiamiento al desarrollo. Los tipos de cooperación técnica para producir bienes públicos regionales podrían ser:

- a) Externamente orientado*, siempre que la iniciativa sea originada por los agentes externos para producir un BPR relevante a una nación específica (por ejemplo: cuando una institución internacional prepara y promueve el uso de protocolos preventivos específicos de SIDA para un país dado);
- b) Orientado hacia adentro*, siempre que la motivación provenga de uno o más países de la región para ajustar nacionalmente las formas de producción de los BPR a las regulaciones internacionales (estándares de calidad generales en la producción de vacunaciones, por ejemplo);
- c) Intergubernamentales*, cuando varios gobiernos trabajan juntos en un esfuerzo para producir un BPR (esfuerzos internacionales para producir vacunas contra el SIDA);

*d) A través de una red*, cuando varios países se articulan para promover ajustes consensuales para la producción de un BPR basado en los acuerdos comerciales firmados dentro de la órbita de un bloque económico para satisfacer una demanda regionalmente diferenciada (producción de medicamentos esenciales para la Comunidad Europea, por ejemplo).

El aspecto de la equidad es problemático cuando se avanza en el proceso de integración regional asociado con los BPR's en salud. Es más probable alcanzar equidad en salud en ausencia de diferencias socioeconómicas importantes entre países parte de un bloque económico dado. Otro factor coadyuvante es cuando las poblaciones de los países más pobres no son tan pequeñas comparadas con las de otros países miembro. Aquí, el costo de aumentar la equidad social se puede asumir, de una manera acordada, por la coordinación económica del bloque. Debe ser fijado sobre la base de los acuerdos mutuos de los países participantes. Esto le sucedió a Portugal y a Grecia (y en cierto grado a Turquía) en el proceso de establecer la UE.

Si hay fuertes desigualdades sociales y grandes contingentes de individuos pobres en la población de los países parte del bloque económico, podría ser puesto en riesgo el establecimiento de BPR's en salud. Lo mismo ocurre respecto a la cobertura del cuidado básico de salud entre países pequeños y equitativos y países grandes y no equitativos que pertenecen al mismo bloque económico. Por ejemplo, un país como Uruguay no podría proveer libremente servicios de medicina altamente especializada de manera universal a los visitantes paraguayos. Esto activaría la insatisfecha demanda paraguaya; su población iría a Uruguay y pondría en peligro la sostenibilidad fiscal del programa de ese país.

Finalmente, la definición de los bienes o servicios de salud como BPR's se establece a veces a través de regulaciones, antes de que se verifiquen como tales. Solamente la experiencia puede probar si es realmente un BPR, si se trata de bienes mixtos o bien si se trata de bienes privados con externalidades positivas. Sin importar la naturaleza económica de los bienes, sería importante garantizar su eficacia en relación con los costos exigidos a un grupo de países que decide fomentar el consumo de esos bienes con regulaciones o subsidio público. En ese sentido, las estrategias de vacunación o medicamentos esenciales podrían comportarse como BPR's siempre que puedan contar con la legislación adecuada. En la práctica, sin embargo, a excepción de las acciones de vigilancia sanitaria en las zonas fronterizas, hay pocos casos de BPR's probados tanto en contextos nacionales como internacionales.

## 1.7 El tema de reciprocidad en el cuidado de la salud entre países

Los tratados de reciprocidad de los cuidados de salud dependen de varias circunstancias. La reciprocidad garantiza a los visitantes, turistas y trabajadores extranjeros los mismos derechos de salud que a los ciudadanos regulares o residentes permanentes. Esto aumenta las visitas entre ciudadanos de los países que tienen acuerdos de reciprocidad. Entre las principales razones que conducen a la reciprocidad del cuidado de salud entre los países se cuentan:

*a) Turismo y negocios*: los países dotados de un sistema público comprensivo y universal pueden ampliar sus servicios de salud a los extranjeros, teniendo como objetivo desarrollar el turismo o vínculos comerciales. Por lo tanto, dos o más países pueden firmar acuerdos para prestar a los visitantes los servicios públicos de salud correspondientes siempre que



sea necesario. En general, la situación es más compleja cuando los países con diferentes sistemas son vecinos, puesto que la razón de visitar el país extranjero puede consistir exclusivamente en el uso del sistema de salud<sup>15</sup>, ampliando así el riesgo de aumentar los costos de los servicios nacionales de un país dado, sin perspectivas de reembolso;

*b) Semejanza de los sistemas de protección de la salud:* Los países con sistemas de salud similares en lo referente a la organización, el contenido del paquete de servicios proporcionados o a la calidad de los servicios, son más propensos a desarrollar acuerdos de reciprocidad en salud. Por ejemplo, el 4 de mayo de 1998, Australia firmó un acuerdo con Nueva Zelanda que garantizaba reciprocidad a los ciudadanos de ambos países con respecto al uso de los servicios públicos de salud. Este acuerdo aplica si sus ciudadanos se encuentran temporal o permanentemente en el territorio del otro país. Los servicios públicos y universales de los dos países referidos están catalogados entre los mejores del mundo. Además, Australia tiene acuerdos públicos de reciprocidad en salud con varios países en el mundo, tales como el Reino Unido, Malta, Suecia, Italia, Holanda, Noruega y Finlandia;

*c) Inmigración laboral:* Los países vecinos enfrentan temas de inmigración laboral, y ésta es una de las razones de la integración y de la mayoría de los temas relacionados con el desarrollo de la reciprocidad de los servicios de salud de los países europeos previos a los esfuerzos de creación de la Unión Europea. En América latina, por ejemplo, Chile y Perú tienen acuerdos de reciprocidad en salud. El primero, a través del Fondo Nacional de Salud público chileno (FONASA), proporciona servicios gratis a la población de trabajadores migrantes, que es notoria en la región norte del país<sup>16</sup>. Puesto que el número de chilenos en Perú es mucho más bajo que el de peruanos en Chile, la reciprocidad resulta favorable a Perú en términos de gastos de salud pero tiene su contrapeso en el uso de la fuerza laboral peruana, más barata que la chilena, en las actividades económicas de Chile. Como contrapartes al cuidado, Perú provee a Chile las medicinas para combatir algunas enfermedades endémicas. Un caso similar se encuentra en Costa Rica, donde los nicaragüenses emigran durante la estación de la cosecha de las plantaciones. A pesar de la alta calidad del sistema universal de salud de Costa Rica, su acceso está restringido a la población costarricense. Los inmigrantes nicaragüenses pueden contar con los cuidados de salud correspondientes a vacunación, emergencias y enfermedades profesionales pero son excluidos de tratamientos de largo plazo. Por lo tanto, una fuente de un trabajo más barato queda garantizada, mientras que se evita el riesgo de enfermedades y de epidemias transmisibles en el territorio de Costa Rica. De hecho, no hay reciprocidad puesto que el mismo tratamiento no estaría disponible para los costarricenses en Nicaragua.

---

<sup>15</sup> Para generar ganancias adicionales y evitar el consumo de los extranjeros visitantes de los servicios de salud costosos, Cuba – a través de su corporación de asuntos comerciales internacionales - Cubanacan – comenzó a desarrollar, a principio de los 90's, programas en Turismo de Salud, donde los acuerdos son firmados directamente con los poseedores o Planes de Salud en diferentes países, por el uso remunerado de servicios de salud especializados.

<sup>16</sup> FONASA es un servicio de cuidado público que atiende a la población que no gana lo suficiente para ser miembro de una ISAPRE, el mercado informal, y la población indigente. Las ISAPRES son compañías de seguros de salud privados que compiten libremente por una parte de la población de más altos ingresos, sirven a aproximadamente 30 por ciento de la población chilena

En algunos contextos, a pesar de la homogeneidad social y económica, no se ha convenido la reciprocidad de los servicios de salud. La mayoría de estos casos están asociados con diferentes conceptos de políticas de organización social. Las dos economías principales en el TLCAN — Estados Unidos y Canadá— no tienen acuerdos de reciprocidad referentes al uso de los servicios de salud. La razón reside en que ambos sistemas se organizan de una manera totalmente diferente. El sistema canadiense se basa en una cobertura de salud pública universal y gratuita. Los estadounidenses, con excepción de quienes están por debajo de la línea de pobreza (atendidos por MEDICAID) o de los mayores de 65 años (atendidos por MEDICARE), están protegidos por esquemas de seguros de salud privados parcialmente o totalmente pagados por la corporaciones y los individuos. Cuando los estadounidenses viajan fuera del país se espera que contraten cobertura adicional. Los americanos que viven en Canadá son cubiertos por el sistema de salud nacional solamente si deciden adoptar la ciudadanía canadiense. A los turistas y visitantes temporales no se les concede el derecho a la salud universal provista por el gobierno canadiense. Este sistema se financia con los ingresos provenientes de impuestos. Análogamente, el sistema público americano no reembolsa los costos en que se incurriera por sus ciudadanos públicamente asegurados en el extranjero. Tampoco realiza planes privados ordinarios de seguro de salud. Lo mismo ocurre con los ciudadanos canadienses en los EE.UU. pues no obtienen reembolso por los gastos mientras viajan por el vecino país del sur.

### **1.8 Otros temas que requieren presencia del Estado en la regulación de los mercados internacionales de salud**

Además de los acuerdos de BPR y reciprocidad, otros factores podrían conducir a las relaciones entre los gobiernos nacionales dirigidas a promover acciones y políticas de salud. Por ejemplo:

*a) Protocolos de investigación científica. Éste ha sido uno de los campos más amplios de cooperación entre los países en el campo de la salud, dentro o afuera de la órbita de los bloques económicos. Por ejemplo, en agosto de 1996, Francia y Canadá firmaron un acuerdo administrativo en el campo de la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, vigilancia sanitaria, y promoción de la salud a través de medios de campañas contra las drogas y del tabaco. Finalmente, también se han hecho esfuerzos para incluir en el proyecto, los estudios en el campo de proveedores de cuidados médicos;*

*b) Capacidad constructiva y organización para desarrollar actividades económicas similares. El tema de la salud es extremadamente relevante como insumo para algunas clases de actividades. Por ejemplo, el saneamiento y las medidas públicas de salud constituyen requisitos para el turismo. Consciente que el turismo es la fuente principal de ingresos para la población del Caribe y que la salud de los visitantes constituye una fuerza impulsora necesaria para mantener este éxito, en 1996 dieciséis países del Caribe construyeron una alianza para el control sanitario de los hoteles en la región. La alianza estuvo dirigida a aumentar el control sobre las enfermedades comunes y el cuidado de la salud de los visitantes. La meta es convertir a la región en un lugar aún más seguro para viajar y hacer cruceros a través de: 1) el compromiso entre las autoridades nacionales de salud y la industria hotelera para la vigilancia sanitaria, la notificación y comunicación de eventos que podrían afectar la salud pública entre los países de la región; 2) el entrenamiento*

especializado en conceptos básicos de salud pública para meseros, cocineros, camareras y todo el personal que se ocupa de la higiene alimenticia y de comodidades en hoteles, restaurantes, compañías marítimas de cruceros, etc.; 3) acuerdos de asistencia mutua entre países para proporcionar asistencia médica a través de servicios públicos y de salud para proporcionar cuidados a los visitantes eventuales que se enferman;

c) *Ayuda bilateral*. Los acuerdos bilaterales de cooperación técnica son las maneras usuales de avanzar acciones de cooperación en diversos temas, incluyendo la salud. Hay varios ejemplos asociados al tema. Por ejemplo, en julio del año 2000, la India y los Estados Unidos firmaron un acuerdo renovable para estudiar y desarrollar temas en salud reproductiva, incluyendo investigación sobre nuevos métodos anticonceptivos y sobre control de enfermedades sexualmente transmisibles.

## 2. Mercados Privados, Salud e Integración Regional

La integración regional en mercados privados de salud tiene más que ver con aspectos comerciales que con temas de derechos sociales. La mayor parte de esta discusión pasa por temas de insumos básicos, medicamentos y tecnología médica. Los temas relacionados con insumos básicos y con medicamentos traen aparejados aspectos que también son muy complejos, como los diferenciales de precios, la transferencia de tecnología y las patentes. La discusión sobre el equipo médico y la tecnología —una de las industrias que se expanden más rápido en el mundo— implica aspectos importantes relacionados con la regulación del uso de tal tecnología, su cociente de costos-efectividad y su ajuste al perfil epidemiológico y organización de los servicios de salud de cada país.

Otro mercado internacional que está experimentando crecimiento notable es la tecnología de información donde la tele-medicina, la capacidad-constructiva, el entrenamiento e incluso la provisión de servicio a distancia —como las pruebas de laboratorio a distancia—, constituyen temas relevantes. De nuevo, la discusión sobre estos temas implica protocolos comunes y la regulación acordada entre países relacionados con los estándares en comunicación satelital, acceso a la tecnología de banda ancha y otros.

La capacidad constructiva de la salud, a través de cursos en sitio, grados de maestría y doctorado, y otros relacionados con las profesiones de salud, constituye también un campo de trabajo en expansión. Aspectos tales como las licencias para realizar actividades y los acuerdos de franquicias resultan cruciales para el funcionamiento de tales mercados. En los últimos años, América Latina ha experimentado un fuerte expansión en el dictado de tales cursos, principalmente aquellos que están centrados en la administración. Muchos de ellos son requisitos para obtener puestos de oficina en los establecimientos e instituciones que manejan sistemas y servicios de salud en la región.

Finalmente, una rama que está prosperando dentro de la integración de los mercados privados de salud es la provisión de servicios. Esto no se hace con desplazamiento del servicio de salud, puesto que no es internacionalmente comerciable según lo definido previamente sino a través de las instituciones de seguros de salud. Los nuevos productos financieros asociados a ese mercado y las características de portabilidad del seguro se desarrollan de acuerdo con la necesidad de varias instituciones autorreguladoras privadas. Aquellos se definen a través del proceso de otorgar

licencias, certificación y acreditación de las instituciones que garanticen los estándares de calidad mínimos para el cuidado médico a nivel internacional.

La integración regional de insumos, medicamentos, tecnología médica, tecnología de información y capacidad-constructiva abre el sitio para amplias discusiones ubicadas más allá del alcance de este artículo. El artículo se limitará al debate de aspectos de la integración de servicios de salud a través de instituciones y modalidades de seguro, implicando mecanismos internacionales de auto-regulación, por un lado, y estándares de portabilidad de seguros de salud, por otra parte.

## 2.1 Integración regional, regulación y auto-regulación de los servicios de salud

El desarrollo de redes internacionales de seguro de salud o de instituciones que pueden ser empleadas para prestar servicios de salud según estándares internacionales, es una pre-condición para desarrollar mercados privados de servicios de salud. Existe creciente preocupación entre las compañías de seguros de salud de los países centrales. La preocupación se dirige a encontrar nichos para sus productos de seguros financieros y de salud en países en desarrollo. Simultáneamente, la diversificación de tales productos en estos mercados conduce a la idea de seguro de salud en términos de protección internacional. Así, conduce a estandarizar y garantizar la calidad de los estándares de la oferta de servicios de salud en países en desarrollo.

Garantizar la calidad de los servicios de salud implica tres clases de actividades: 1) establecer los requisitos operativos mínimos para las instalaciones y entidades generalmente reguladas por el gobierno; 2) garantizar la calidad de la oferta de acuerdo a parámetros desarrollados o aceptados por una red de proveedores internacionales privados; 3) garantizar la calidad del personal que prestan los servicios (principalmente médicos y enfermeras). Para los dos últimos casos hay evidencia concreta de auto-regulación por parte de las esferas que participan más que de regulación pública. Sin embargo, al tratar del fomento de la expansión de los mercados internacionales, el Estado puede ser obligado a asumir o fomentar, en países en desarrollo, al menos transitoriamente, procesos que en países desarrollados son denominados de auto-regulación.

La garantía de requisitos laborales mínimos pasa por procesos de *otorgamiento de licencias*. El gobierno estableció las condiciones básicas para que a las instalaciones de salud, una escuela para entrenar a profesionales, una farmacia, un laboratorio o cualquier otra institución de salud, le sean concedidas las licencias de trabajo. Sin embargo, desde que la licencia es también un sistema mínimo de requisitos, a veces el estándar local no considera los estándares mínimos de calidad requeridos para que una institución satisfaga la demanda internacional. Esto afecta su participación en una red integrada de seguro de salud, por ejemplo.

Los procesos más sofisticados de auto-regulación que siguen parámetros establecidos a través de redes internacionales, se definen como procesos de *acreditación*. Éstos son los casos donde una red internacional de salud define los requisitos en términos de las instalaciones, la composición de equipos profesionales, las garantías para los servicios a ser proporcionados, los estándares de comodidad, los procesos de evaluación de resultados, etc. La acreditación es un proceso que se puede ampliar a las instituciones que pertenecen al aparato de fomento (escuelas médicas); a las instituciones de provisión de servicios (hospitales, unidades de cuidados de pacientes externos, clínicas especializadas, laboratorios, etc.); o aún a los operadores de seguros de salud (donde comprueba procesos administrativos, los mecanismos de ajuste financiero y

riesgo actuarial, etc.)<sup>17</sup>. Aunque la acreditación comenzó en los Estados Unidos a principios del siglo XX, sólo ahora se está convirtiendo en una tendencia creciente en muchos otros países desarrollados y en desarrollo.

Es necesario garantizar no solamente la calidad de las calificaciones de los profesionales de salud, sino también la calidad de su conocimiento al ser empleados. La actualización del conocimiento se debe medir según los últimos avances incorporados a la práctica médica. Éstos se pueden verificar a través de procesos de *certificación* (cuando los profesionales se gradúan) y la *re-certificación* (que verifica la actualización del conocimiento). El papel desempeñado por la licencia, certificación y acreditación como herramientas para integrar mercados privados de salud se puede discernir del Cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**Características Distintivas del Proceso de Otorgamiento de Licencias, Certificación y Acreditación en el Proceso de Integración de los Mercados Privados de Salud**

Características	Licencias	Certificación	Acreditación
Aplicando a	Servicios y planes de salud o instituciones de entrenamiento profesional;	Profesionales de la salud	Servicios y planes de salud, o instituciones de entrenamiento profesional;
Autoridad reguladora	Gobierno	Gobiernos, grupos de administradores	Gobiernos, grupos de administradores;
Requerido para	Trabajar	Contratar o renovar contratos	Contratar, renovar contratos, o incluso en la lista de proveedores;
Propósito	Estandarización	Ajuste de protocolos y contenidos	Estandarización y control de calidad
Duración	Permanente	Permanente o por un plazo fijo extensible	Plazo fijo extensible
Estándares	Mínimo de calidad	Competencia profesional	Productos, procesos y resultados
Verificación de calidad	Poca	Alta	Alta
Evaluación de desempeño		Regular	Permanente
Administración	Simple	Intermediaria	Compleja
Requisitos para renovación	Casi automático	Se requiere de examen	Re-evaluación compleja

<sup>17</sup> En muchos países desarrollados, como los Estados Unidos, el proceso de acreditación es necesario porque no hay una esfera gubernamental de control de calidad de servicios de salud. En este sentido, el Gobierno asigna a autoridades externas el poder de desarrollar par a par proceso de revisión para instalaciones públicas. Para instalaciones privadas, el proceso es voluntario y usualmente no lucrativo. Las instituciones asociativas como el JCAHO (Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales, por sus siglas en inglés) cuentan para el 92 por ciento de la acreditación de los hospitales norteamericanos. Esa comisión realiza auditorías a los hospitales cada 3 años, y está compuesta por un consejo de 28 individuos (14 representativos de médicos en diferentes categorías, 7 de otros profesionales de la salud y 7 representativos de la población usuaria).

Como se puede observar en el Cuadro 2, el proceso de acreditación tiende a ser más complejo que los de las licencias, y los procesos de certificación son intermediarios porque se enfocan solamente a garantizar la calidad del entrenamiento profesional. Por lo tanto, la integración comercial de los servicios de salud requiere cambios en las actividades de otorgamiento de las licencias. Éstos se basan en la administración pública. La certificación de profesionales y la acreditación de actividades abarcan no solamente al gobierno como último garante sino también a instituciones internacionales. La sociedad civil también es importante a efectos de mantener estándares de calidad mínimos para esos servicios. Esto conduce a que los servicios de salud emigren de la regulación del Estado hacia la auto-regulación, de una manera imparcial. Finalmente, se hace a través de las instituciones internacionales y de la sociedad civil, correctamente calificadas.

## 2.2 El tema de la portabilidad del seguro de salud

Como ya se mencionó, aunque los servicios médicos no son internacionalmente comercializables puesto que se otorgan a los individuos en los sitios donde hay instalaciones físicas y mano de obra para proveerlos, podríamos decir que los planes de salud son internacionalmente comercializables. Lo que teóricamente permite esa característica es la portabilidad de los instrumentos de seguros de salud.

Los derechos de los individuos a la portabilidad del seguro de salud consisten en mantener los estándares de cobertura. Esto se convierte generalmente en un tema cuando los asegurados voluntaria o involuntariamente tensionan el enlace con el patrón o el asegurador, y por lo tanto es necesario cambiar las políticas. La portabilidad asegura los derechos concedidos a un individuo al ser transferido a otro plan de salud, a otra región o a otro país. La transferencia (o portabilidad) depende principalmente del grado de desarrollo de los mercados de seguros de salud en cada región o país, así como de las asimetrías existentes en el sistema de cobertura.

La estandarización de las condiciones y la calidad de servicios, garantizada parcialmente por los mecanismos internacionales de acreditación para las instituciones de salud, permite que los planes de seguros de salud en países centrales proporcionen servicios internacionales mediante el uso de las instalaciones existentes en otros países. Puede incluso permitir que el servicio de operadores de los seguros de salud sea internacionalizado y que las estructuras queden duplicadas, proveyendo planes de salud con un aura internacional.

Esta realidad aparentemente simple implica gran complejidad y exige grandes esfuerzos de estandarización. Incluso en contextos nacionales, el tema de la portabilidad es crucial para estructurar sistemas privados de salud puesto que aumenta el alcance, competitividad y equidad del sistema. Sin embargo, el logro de la portabilidad también abarca varios problemas relacionados con la administración: administrativos, financieros y actuariales.

A la luz de la gerencia administrativa, hay varias formas de organización del seguro de salud. Se extiende desde la libre selección en todos los niveles a los planes que limitan los servicios a una red cerrada de proveedores o a proveedores que pertenecen a la misma institución del seguro.

En cuanto a la administración financiera, los planes se extienden del pre-pago al post-pago, pasando por los que cargan tasas moderadas, co-pago por servicios, y otras modalidades.

En lo referente a la administración actuarial, la información sobre riesgos varía de compañía en compañía. Algunos utilizan formularios de evaluación de riesgo para distinguir el precio de la póliza según perfiles de morbilidad-mortalidad basados en información demográfica (sexo y edad) e información socioeconómica. Otros deciden asumir el riesgo promedio de un grupo dado de individuos, y no cargan diferentes precios por pólizas.

En este sentido, enfrentado con las diferentes estructuras de servicios de cuidado, de financiamiento y de riesgo, un beneficiario apenas puede negociar la portabilidad de su seguro de salud con otro asegurador; o apenas puede influir sobre la modalidad de la organización de los servicios sin que esto implique una redefinición de precios, costos, períodos de gracia, utilización de protocolos y de la selección libre de proveedores. Según Biasoto (2003), “la portabilidad no es un tema aislado; debe entenderse dentro de un sistema establecido que abarca características tales como la percepción de regímenes contributivos y la sostenibilidad de las entidades privadas de manejo de la salud. El tema de sostenibilidad es muy complejo en cualquier situación, tanto para las condiciones de administración de riesgos entre las poblaciones restringidas, y para las prácticas perversas de mercado en un ambiente con selecciones agudas de riesgo y clientes. En casos como el de Brasil, donde las características de ingreso de la población y la baja adhesión a patrones hacen del mercado un ámbito aún más limitado, las debilidades intrínsecas del sistema se intensifican”.

El deber de las entidades de regulación o auto-regulación del seguro de salud consiste, en gran medida, en garantizar estándares mínimos para asegurar la portabilidad del seguro de salud a los individuos que desean cambiarse de región o aún cambiar de plan; por lo tanto su acción debe ir dirigido a mejorar los mecanismos existentes del seguro y reaseguro. Sin embargo, en ocasiones esto no es posible, aun en el contexto de los países más desarrollados.

En los Estados Unidos, por ejemplo, el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) introdujo un artículo que, en 1996, enmendó el Acta de Seguridad de Ingreso al Retiro del Empleado (ERISA por sus siglas en inglés). Esa Acta regula la mayoría de las relaciones laborales de seguridad social de la nación, incluyendo la discriminación en el trabajo y el acceso a la cobertura de salud por parte de las corporaciones. En lo referente a la salud, el acta concede derechos y protección a los beneficiarios de los planes colectivos de salud cuando se mueven de un Estado a otro, aún en el caso de culminación de los vínculos de trabajo en el empleo anterior. Además, las relaciones de cobertura del seguro de salud de los trabajadores en el nivel interior son reguladas por cada Estado.

El HIPAA tiene restricciones para la cobertura en el caso de enfermedades pre-existentes. Si la cobertura se interrumpe por más de 63 días, la garantía del HIPAA entonces se anula. Si esto ocurre, la cobertura es garantizada por el gobierno de los Estados Unidos, liberando a los aseguradores privados de esa responsabilidad. Incluso en el caso de los individuos no-jubilados, MEDICARE cubre el cuidado de enfermedades crónicas bajo circunstancias dadas, y ésta es una de ellas.

No hay una ley que garantice la portabilidad de los seguros de salud dentro del alcance del TLCAN. Esto significa que si un trabajador americano, por razones de trabajo, migra a México o a Canadá, él o ella es se encuentra institucionalmente más protegido. Sin embargo, la comisión de trabajo del Tratado de Libre Comercio de América del Norte está analizando algunas medidas para garantizar acuerdos existentes en protección a la salud para los trabajadores que emigran a otros países.

Hay algunos ejemplos de la portabilidad internacional de los seguros de salud. Todavía, se limitan a los planes privados costosos provistos a pequeña escala. En general las agencias de viajes y operadores proveen seguros de salud internacionales a los clientes que viajan en excursiones. Por lo tanto, a pesar de los enormes y complejos obstáculos mencionados, hay un sin fin de posibilidades en esta área. Aparecen en ambos niveles, a nivel nacional e internacional, no sólo en países desarrollados sino también en países en desarrollo.

### **3. Los Casos de la Unión Europea, TLCAN, y MERCOSUR**

#### **3.1 El caso de la Unión Europea**

Las políticas sociales europeas (y la salud no es una excepción) fueron estructuradas para construir anillos sucesivos de protección social, en un concepto evolutivo de seguro público que empieza con Bismarck, en el siglo XIX, y culmina con Beveridge en la segunda mitad del siglo XX. Debido a ese proceso, en la mayoría de los países europeos el cuidado de la salud es universal, y por lo tanto no hay lugar para la proliferación masiva de mercados privados. Las presiones derivadas de la expansión de la cobertura, y la búsqueda de equidad horizontal y vertical han dado como resultado un aumento del gasto en salud como porcentaje del PIB. Esto es lo que viene sucediendo durante los últimos treinta años, y no ha sido solamente el efecto de factores demográficos y tecnológicos, sino también de la creciente demanda y los estándares de la población europea.

Por otro lado, el proceso de creación de la Unión Europea lleva ya varias décadas. Pero sólo recientemente la Unión Europea ha adoptado fuertes medidas dirigidas a la unificación de los servicios. Estas medidas incluyen, además de la salud pública, la integración de una oferta básica de cuidado a la salud.

*Salud pública.* En el campo de la salud pública, el 15 de abril de 1998, el Consejo de la Comunidad Europea emitió una resolución acerca de la protección de salud pública para la población de los países miembros. La resolución busca mejorar en los diferentes países la calidad de la información sobre el estado de salud de la población y proveer lineamientos de respuestas colectivas a enfermedades endémicas y transmisibles, además de proveer esfuerzos en políticas de promoción, prevención y mejoramiento de la calidad de vida, las cuales incluyen lineamientos específicos en torno de vacunación y cambio en los hábitos de la población, control de la producción, publicidad y uso del tabaco en lugares públicos, control en el uso de las drogas, alcohol y dopaje en los deportes; programas conjuntos en contra del SIDA; inspecciones en comida y efectos en las personas, etc. La propuesta pretende desarrollar gradualmente y en algún momento acordar una legislación unificada de medidas de salud pública europea, integrada a otras políticas económicas y sociales, incluido el comercio.

*Oferta de cuidados de salud primarios.* En el caso de la oferta de servicios de salud, existen acuerdos basados en la reciprocidad y resoluciones sobre el uso de los servicios de salud por parte de los ciudadanos de los diferentes países de la comunidad europea. Sin embargo, los acuerdos se han visto limitados por la burocratización de los servicios, consecuencia del intercambio de información necesaria entre los países para hacer efectivos estos derechos.

La propuesta para simplificar el proceso burocrático y avanzar en la extensión de los derechos a la salud de los ciudadanos incluye el establecimiento de la Cartilla del Seguro de Salud Europea.



Esta cartilla es válida en todos los países miembros y también en Suiza, Noruega, Islandia, Liechtenstein y las islas Guadalupe en el Caribe (departamentos franceses). La cartilla protege a los ciudadanos y residentes permanentes al permitir un acceso inmediato al sistema de salud pública en el país donde se encuentre la persona de visita o trabajo. El derecho a la cartilla fue extendido a los residentes permanentes desde el 1ro de Junio de 2003<sup>18</sup> a través de la regulación 859/2003. La cartilla ciertamente ayuda al flujo de trabajadores y protege el acceso a los servicios de salud básica de la población del continente. Ha sido un gran avance pero ha pasado mucho tiempo del debate sobre su creación e implementación.

Los países miembros del Consejo de la Unión Europea sugirieron la creación de la cartilla desde el 26 de mayo de 1986. Fue, sin embargo, 10 años después (en 1996) que el parlamento europeo emitió una resolución para autorizar la implementación de la cartilla. La diseminación de la cartilla y su uso parecía simple. Sin embargo, dificultades legales, técnicas y políticas impidieron en su momento que varios países europeos pudieran participar del acuerdo. Esto llevó a retrasos e impidió avances en el tema. Recién el 1ro de junio de 2004, casi 20 años después, fue aprobada la cartilla, sustituyendo a la forma E-111 (en el Reino Unido) y a todas las restantes formas E.

La cartilla facilita la unificación y cobertura a través de parámetros relativamente estandarizados de intervenciones de bajo costo y altamente efectivas que deben ser integradas y acordadas dentro del alcance de los países europeos. Incluye los servicios de atención primaria y más servicios especializados, como la lucha contra el cáncer y las enfermedades cardio-vasculares. La cartilla usará tecnología inteligente, es decir, incorporará un chip que contendrá la información necesaria para controlar la salud de la población en todos los países de la Unión Europea<sup>19</sup>. De esta forma, se espera que se eliminen los severos controles, formas y documentos que son requeridos en los diferentes países para desarrollar los acuerdos implementados para la protección de la salud de los ciudadanos europeos.

Todavía no hay una fecha para el lanzamiento de la cartilla inteligente con el referido chip. Esto se debe en gran medida al hecho de que los diferentes países miembros de la Unión Europea se encuentran en diferentes estados tecnológicos. De acuerdo con el parlamento europeo, la cartilla de salud debe ser un símbolo de la Comunidad, tan importante como la moneda única, el Euro. Facilitará la movilidad de los trabajadores de la región, de los microempresarios, y de los estudiantes que buscan mejores oportunidades.

En los últimos años, la Unión Europea ha logrado importantes avances en la regulación de los asuntos de reciprocidad de derechos en salud. Debe ser considerado el bloque económico más desarrollado en este tema. Otro importante ejemplo de la unificación es la integración de los mercados laborales de los profesionales de la salud, que incluyen esfuerzos de integración de un currículo y requisitos necesarios para ejercer la profesión. Sin embargo, la heterogeneidad en términos de desarrollo económico en Europa es aparentemente menor que en otros continentes. Esta situación facilita el desarrollo de asuntos de reciprocidad.

---

<sup>18</sup> En ese tiempo aún estaba formada de E-111 en el Reino Unido.

<sup>19</sup> De hecho, muchos países europeos como Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Holanda han implementado a nivel nacional tecnología e-inteligente, para diferentes propósitos. De esta forma, la experiencia en el uso de esta cartilla no es externa al contexto de los países europeos, probablemente no habrán problemas prácticos mayores o resistencia cultural a su uso.

### 3.2 El caso del TLCAN

Debido a que América del Norte es una región mucho más heterogénea que los países de Europa central y dado que incluye países con diferentes conceptos de sociedad, economía, derechos básicos de la población y políticas de salud, el TLCAN enfrenta muchos más obstáculos en la implementación de programas de cooperación conjuntos, integración y reciprocidad en asuntos de salud que la Unión Europea. La integración de salud es casi inexistente en la región debido a las grandes diferencias entre los sistemas de salud de Estados Unidos, Canadá y México respecto a su estructura, financiamiento y cobertura básica de grupos sociales y de los niveles de regulación de los mercados privados.

Existen algunas iniciativas entre los países del TLCAN en los campos de seguridad y accidentes en el trabajo y salud ocupacional, dirigidas a implementar parámetros de salud ambiental y ocupacional comunes que permitan cumplir con las regulaciones internacionales. Muchas de estas iniciativas se encuentran en estado de proyectos de estudio y se establecerán en el futuro. El Acuerdo de Cooperación Laboral de Norteamérica —NAALC por sus siglas en inglés— ha tratado de avanzar en asuntos de salud ocupacional y ambiental y seguridad en el trabajo, así como en asuntos más complejos, como la portabilidad de los derechos del cuidado de la salud entre los trabajadores. Sin embargo, la falta de interés de los países miembros en profundizar en estos temas y la creciente complejidad de los asuntos migratorios hacen que los avances en la regulación sean verdaderamente escasos e irrelevantes.

De esta, manera, las grandes diferencias administrativas y conceptuales en materia de cobertura de los sistemas de salud en los tres países del TLCAN hacen que los debates de la integración de los derechos a la salud y otros temas relacionados se encuentren lejos de haber empezado. Se sabe que en Canadá se cuenta con un sistema de salud público, universal y de calidad. El país registra mejores indicadores de salud en su población, mayor equidad en el acceso y menor gasto *per capita* que su vecino más cercano. En Estados Unidos el sistema público está focalizado a la población más pobre (MEDICAID) y a adultos mayores de 65 años (MEDICARE). La población laboralmente activa tiene que depender de la cobertura privada de seguros de salud, ya sea pagada por sus empleadores o por ellos mismos.

Por su parte, México tiene una red pública de salud dividida en tres sistemas. El primer sistema está dirigido al mercado formal del trabajo (sector privado) y es manejado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El segundo sistema está enfocado a los funcionarios públicos federales (ISSSTE); y el tercero, el seguro popular, en implementación, está dirigido a asegurar a la población indigente y el mercado del sector informal bajo un esquema de financiamiento con recursos fiscales, operado en forma descentralizada. Este sistema utiliza como base para extender sus operaciones la infraestructura existente en los sistemas de salud pública a nivel local y estatal. El proyecto ha sido relativamente exitoso, pero tomará mucho tiempo implementarlo, y México continuará reportando grandes disparidades en calidad y nivel de la cobertura de salud.

Uno de los grandes dilemas sociales del TLCAN, que no afecta a Canadá, es la migración laboral en la frontera de México y Estados Unidos. La población de origen latinoamericano representa 13.8 por ciento de la población de Estados Unidos, y es la minoría más grande, seguida de la población americana de origen africano. Más de 24 millones de individuos de origen mexicano viven en Estados Unidos y de ellos, por lo menos un tercio nació en México. Las remesas de los

residentes mexicanos (residentes temporales o permanentes) son la primera fuente de divisas de la economía mexicana, sumando 63 mil millones de dólares americanos en 2004. Sin embargo, la cobertura de salud de la población es menor que para el promedio de los ciudadanos americanos. De acuerdo a datos del 2001, sólo 46 por ciento de la población mexicana residente en Estados Unidos tenía cobertura de algún seguro de salud, en comparación con un promedio de 86 por ciento para la población total. Varias medidas han sido adoptadas para solucionar estos problemas pero con un avance poco significativo.

La primera medida fue la implementación de un seguro de salud voluntario para participar en el IMSS para individuos de origen mexicano residentes en Estados Unidos. Debido a los altos costos, hasta el año 2000 el seguro no había alcanzado más de 3 mil beneficiarios titulares y 10 mil dependientes. De esta forma, se estableció una solución más definitiva a finales de los años noventa con la creación de la Comisión México-Estados Unidos para mejorar la salud en las áreas fronterizas. El lado estadounidense registra mucho peores indicadores de salud que el lado mexicano. El objetivo de Estados Unidos es asimismo establecer mecanismos del control en contra del bioterrorismo.

El primer objetivo conjunto de la Comisión es hacer un diagnóstico de las necesidades de salud pública y apoyar el monitoreo de los temas de salud en la frontera. Basados en ese diagnóstico, el siguiente paso sería proveer apoyo financiero, técnico o administrativo a instituciones públicas o filantrópicas en su búsqueda de estrategias para prevenir los problemas, tomando en consideración la experiencia y el conocimiento de las causas y técnicas que esas organizaciones han acumulado al manejar esas situaciones.

Otro objetivo es apoyar actividades de promoción y prevención de la salud en la frontera, dado que la región carece de los recursos económicos y prevalece la pobreza. De esta forma, demanda las campañas básicas educacionales y preventivas típicas de los países del Tercer Mundo, que han sido desactivadas desde hace mucho tiempo por el gobierno de Estados Unidos en las estrategias de vigilancia sanitaria pública.

El apoyo para la creación de un sistema de información coordinado de carácter general podría alcanzar ambos objetivos, que es una condición básica para garantizar el logro exitoso de objetivos sanitarios establecidos por la Comisión:

- a) *En el lado mexicano:* reducir a 5 por ciento la población sin acceso cuidados médicos, reducir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en un 20 por ciento; reducir la mortalidad por diabetes en 10 por ciento; reducir el porcentaje de casas sin sistema de fosas o drenaje; mantener los niveles de SIDA iguales a los observados en el año 2000; mejorar las tasas de salud materno-infantil, salud mental y vacunación y de los resultados de los programas de salud pública; y
- b) *En el lado norteamericano:* reducir en 25 por ciento la población sin acceso a servicios de salud; reducir el cáncer cérvico-uterino en 30 por ciento; reducir la mortalidad por diabetes en 20 por ciento; universalizar el acceso a servicios sanitarios y reducir la prevalencia de SIDA en un 50 por ciento.

Algunos temas parecen relevantes cuando comparamos los parámetros de acción y las prioridades en ambos lados de la frontera. Primero, la población a ambos lados de la frontera parece tener necesidades similares —de allí, la agenda común— pero el punto de inflexión en cada país es diferente. Los Estados Unidos dan prioridad a la lucha contra el SIDA. México se centra más en el

cuidado universal, dejando a pocos ciudadanos fuera del cuidado médico. Registra además metas menores en la reducción de los índices de los que son propuestos por Estados Unidos. De alguna forma, aún si se busca la integración, los países participantes prefieren mantener sus prioridades nacionales, sus estilos administrativos y sus formas para financiar la salud.

### 3.3 Las perspectivas del MERCOSUR

El MERCOSUR es un Mercado común que está estrechamente comprometido con los movimientos expansivos y las crisis financieras de sus cinco países miembros (Argentina, Brasil, Uruguay y Venezuela) y dos observadores (Chile y Bolivia). La solidaridad entre estos países, así como sus alianzas económicas, en ocasiones son debilitadas o fortalecidas de acuerdo a la dimensión de la crisis que la región enfrenta. La integración de las actividades de salud en ese mercado no ha aparecido en los canales de mayor comunicación. Pero, de alguna manera, ha sido discutido y se ha regulado gradualmente en las esferas administrativas y técnicas de sus países miembros. Para 2003, había 274 piezas de legislación relacionadas con la salud en el marco legislativo de ese mercado.

La mayor parte de la regulación tiene más que ver con temas relacionados con la vigilancia de salud pública y la estandarización sanitaria de productos que con los temas asociados a la producción y registro de medicamentos, integración y reciprocidad de servicios que sean mutuamente ofrecidos a los ciudadanos de los países miembros.

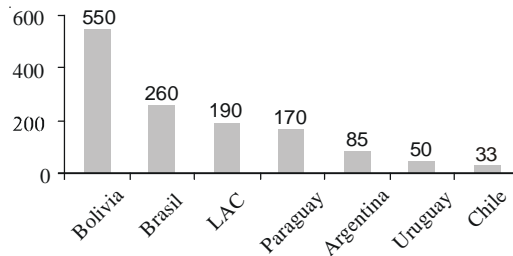
El sistema de salud de los seis países varía significativamente en términos de organización y financiamiento (Argentina, Uruguay y Bolivia son los países que comprometen más recursos públicos a la salud) en términos de cobertura y en niveles de equidad (ver las tasas de mortalidad materna en la Gráfica 1). Venezuela no era miembro del MERCOSUR en ese momento.

A pesar de la inexistencia de algún tratado que explícitamente establezca el tema de la reciprocidad en los sistemas públicos de protección a la salud y de la portabilidad de los seguros de salud entre las naciones involucradas, los servicios públicos de salud nacionales o locales otorgan cuidados de emergencia a los extranjeros sin la intermediación de un acuerdo previo o de algún mecanismo de compensación. Ante la falta de regulación internacional, las discrepancias en los niveles de financiamiento y en la oferta de servicios de salud pueden llevar a incentivos perversos, que acentúen más las condiciones desiguales en el financiamiento.

**Cuadro 3**  
**Gasto Público en Salud como Porcentaje del PIB**  
**en los Países del MERCOSUR**

Países	1995	2000
Argentina	5.0	4.7
Bolivia	2.9	4.9
Brasil	3.1	3.4
Chile	2.4	3.1
Paraguay	2.1	3.0
Uruguay	4.6	5.1

**Gráfica 1**  
**Tasa de Mortalidad Maternal en los Países del MERCOSUR**  
(P/100.000)



La situación anterior no impide que desde una visión unilateral, los países adopten algunas medidas de regulación y que se busque una mejor equidad en el acceso a servicios en regiones fronterizas que reportan un tránsito importante de personas. Debido a que el gobierno de Brasil ha sido el que ha seguido la política de salud más agresiva en términos de cobertura, ha adoptado algunas medidas como la libre distribución de vacunas contra la fiebre amarilla en Bolivia. En contrapartida, la población boliviana en territorio brasileño debe mostrar la cartilla de vacunación de fiebre amarilla. De igual forma, el gobierno de Brasil se ha esforzado en regular el cuidado médico en la región de la triple frontera (Argentina, Paraguay y Brasil), las cual es cruzada diariamente por un número importante de migrantes y, por lo cual exhibe un mayor riesgo de transmisión de enfermedades y de bio-terrorismo.

A pesar de estos esfuerzos parciales, está lejos de ser una realidad la integración de mercados de productos, insumos, servicios y servicios laborales, lo que demanda avances importantes en diversos diagnósticos, hasta ahora inexistentes. En este tema, será necesario desarrollar estudios de política industrial que traten de describir el trabajo del complejo productivo de salud, y de caracterizar las complementariedades, superposiciones y ventajas comparativas de cada país en los diferentes mercados.

Este proceso debe necesariamente basarse en la identificación de ventajas comparativas y políticas que surgen de la alineación de intereses y mercados, de tal forma que los derechos y las garantías de acceso a los bienes de salud pública regional deben ser identificados y respetados.

Hay aspectos clave que deben ser reconocidos durante este proceso de adopción de políticas sobre la integración de mercados: los estudios de política industrial que evalúen la producción de medicamentos, la regulación y uso de los recursos humanos, la identificación de necesidades de investigación y desarrollo de nuevos productos, el estudio de diferentes modalidades en la organización y articulación de los servicios públicos y privados, y las condiciones para que se establezcan. Será también importante la identificación de las necesidades para la inversión pública y privada, así como la política financiera y crediticia para el sector, además de diferentes modalidades para el aseguramiento público y privado, de tal forma que se identifiquen mecanismos futuros de financiamiento para el sector, pero ahora a nivel de las necesidades del bloque económico y no a nivel de cada país.

## 4 . Observaciones Finales

Los beneficios vinculados a la integración económica son más visibles en el largo plazo, pero algunos de ellos pueden traer beneficios en el corto plazo. Por ejemplo, las mejoras pueden ser rápidamente percibidas en la salud pública al resultar de la adopción de medidas sanitarias comunes, capaces de incrementar el control sobre enfermedades transmisibles y sobre la prevención de enfermedades crónicas. Independientemente de la reciprocidad entre ciudadanos, las campañas sanitarias conjuntamente desarrolladas por los países pueden erradicar las enfermedades regionales, que obviamente no están limitadas por las fronteras geo-políticas.

Además, la creación de escudos de protección basados en servicios básicos y en medicamentos esenciales, que pueden ser adquiridos en mejores condiciones debido al incremento en los volúmenes de compra cuando la lista es preparada por un conjunto de países que buscan desarrollar la producción local, contribuyen a la mejora de las condiciones de equidad en salud. El mayor volumen de compra desemboca en una mayor eficiencia económica en la integración de mercados y al establecimiento de ventajas comparativas en la producción y venta de bienes y servicios de salud. De esta forma, los países pueden vender servicios y productos no sólo a nivel local sino también a nivel internacional, en los bloques comerciales de forma coordinada, generando efectos positivos en las tasas de crecimiento económico de una región o continente.

También hay riesgos, y no son pocos. Crear presiones para aumentar las inversiones en salud a través de ayuda bilateral y multilateral, principalmente en los países más pobres, sin recursos presupuestarios para sostener tales inversiones, puede conducir a la pérdida de iniciativas y al regreso a estándares de producción anteriores.

Existe el riesgo de que el aumento de la calificación de los profesionales de la salud sin la remuneración adecuada correspondiente en un mercado competitivo entre los países pueda conducir a la migración internacional de la mano de obra calificada en salud, junto con la ayuda extranjera. La fuga de cerebros puede dar lugar a una reducción de la clase más educada en los países menos desarrollados.

El riesgo causado por el aumento del comercio internacional y los flujos de capitales asociados al sector, así como el riesgo de concentrar mercados en áreas de grandes beneficios, puede generar pérdidas, aumentando desequilibrios internos y entre países. Los servicios médicos son cada vez más comerciables y las mejores condiciones proporcionadas en los países ricos, con flexibilidad para transferencias de capital rápidas, sin un sistema debido a la regulación y corrección de asimetrías podrían generar el empobrecimiento de las instituciones que están instaladas ya en países más pobres.

Aunque las condiciones para el crecimiento e internacionalización del mercado de salud y para su integración en bloques económicos han sido favorables en los años 90's, hay serias dudas sobre la continuidad de la dinámica de ese proceso al principio del nuevo milenio. El contexto internacional, después de los incidentes de septiembre de 2001, tiene fuerte impacto en la reducción de inversiones globales y en la continuidad de los procesos de integración comercial, particularmente referentes a la relación Norte-Sur. Eso tiene efectos más profundos en los sectores de salud, donde los riesgos asociados a las inversiones dependen fuertemente de la expansión de los niveles de ingresos y de su mejor distribución. Bajo esa luz, las promesas de integración del mercado de salud en bloques económicos podría tener que esperar un poco más de tiempo para hacerse realidad. Incluso si se consideran los grandes pasos que la UE y otros países han hecho en la década pasada.

## Referencias

**Arrow, Kenneth.** "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review* 3, no. 5 (1963): 941-969.

**Besley, Timothy y Maitreesh Ghatak.** "Public Goods and Economics Development". Documento de Trabajo. Londres: London School of Economics, 2003. Mimeo

**Biasoto Jr., Geraldo.** "Portabilidade: Avaliação Exploratória das Principais Potencialidades e Dificuldades". Campinas: UNICAMP, 2003. Mimeo.

**Castro, Claudio de Moura y Philip Musgrove.** "On the Nonexistence of the Social Sector or Why Education and Health Are More Different Than Alike". Documento de Discusión del BID. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

**Dobbs, Lou.** "Coming Up Empty". En: *U.S. News & World Report*. Washington, D.C.: Enero 26, 2004.

**Devlin, Robert y Lucio Castro.** "Regional Banks and Regionalism: A New Frontier for Development Financing". BID-INTAL Documento de Trabajo no. 13. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo -BID-INTAL, 2002.

**Draibe, Sonia.** *Mercosur: La Temática Social de la Integración Desde la Perspectiva Internacional*. Montevideo: Centro de Formación para la Integración Regional, CEFIR, 1998. Mimeo.

**Gadelha, Carlos ALberto.** "O Complexo da Saúde: Estrutura, Dinâmica e Articulação da Política Industrial e Tecnológica com a Política de Saúde". Campinas: UNICAMP, 2002. Mimeo.

**Musgrove, Philips.** "Public Expenditure on Health Care: How Are Different Criteria Related". *Health Policy* 47, (1999): 207-233.

**Pearce, David.** Editor. *The MIT Dictionary of Modern Economics*. Cuarta Edición. Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1999.

**PNUD.** "Global Public Goods: A Key to Achieve the Millennium Development Goals". Documento de Discusión Preliminar. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2003.

**Redding, Stephen y Anthony J. Venables.** "Economic Geography and International Inequality". Londres: London School of Economics, 2000. Mimeo.