



**Centro de Estudios de Estado y Sociedad**

---

***Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur:  
Experiencias y Desafíos<sup>1</sup>***

***Daniel Maceira, Ph.D.<sup>2</sup>***

*Enero 2003*

---

<sup>1</sup> Documento preparado a partir del "Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud", organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Mexicana para la Salud y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, en Buenos Aires, Argentina, los días 16 y 17 de diciembre, 2002.

<sup>2</sup> Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET, Buenos Aires, Argentina, y de la Red Sur - Norte (CLAEH - Uruguay). Se agradece la colaboración de Eugenia Barbieri (CEDES) en la elaboración de este documento. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

---

## **1- Introducción**

En términos generales, se aspira a que un sistema de salud provea a toda la población de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales, especialmente en naciones en desarrollo, así como otras fallas específicas en el funcionamiento de cualquier sistema de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) requieren de la creación de estructuras regulatorias y de la intervención del Estado para resolverlas. Tanto el sistema de salud (descentralizado o no) dependiente del Ministerio de un país, como el sistema de atención organizado a través de instituciones de seguridad social, constituyen herramientas de aseguramiento social dirigidas al cumplimiento de tales objetivos generales de política pública.

Atendiendo a estos objetivos generales, el presente trabajo propone discutir los instrumentos utilizados por las naciones del Cono Sur latinoamericano para ampliar la cobertura a partir de los sistemas tradicionales, y cuáles fueron las modalidades alternativas o complementarias de financiamiento incorporadas. El documento se articula en cinco secciones. La siguiente sección presenta una breve introducción sobre las características fragmentadas de los sistemas de salud en América Latina en general y de las naciones del Cono Sur en particular, estableciendo los ejes centrales que motivan su desarrollo. Para ello se definen brevemente los objetivos de un sistema de aseguramiento social en salud y sus alcances, diferenciándose los conceptos de seguro y seguro social, y se debate acerca de las nociones de transferencia de riesgo y solidaridad existentes en los modelos de la subregión, sus diferencias entre ellos, y con relación al contexto latinoamericano.

En la tercera sección el documento describe brevemente las características básicas de los sistemas de salud de las seis naciones del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), sus fuentes de financiamiento y provisión, alcances y limitaciones. Profundiza en las relaciones funcionales entre los actores participantes, sus estructuras formales e informales de coordinación y competencia, y los incentivos generados a partir del modo de financiamiento y prestación existentes. Junto con ello, y a la luz de la información provista por seis encuestas de hogares (Argentina, 1997; Bolivia, 1999; Brasil, 1997; Chile, 1994; Paraguay, 2000/1 y Uruguay, 2000), en la siguiente sección se identifican mecanismos de cobertura en bienes y servicios de salud por quintiles de ingreso o geografía, estableciendo las fuentes de atención para cada grupo, y los patrones de equidad comparada entre los países de la subregión Cono Sur.

La quinta y última sección debate, a partir de las diferentes realidades nacionales, las estrategias de política llevadas a cabo en cada caso para ampliar las redes de aseguramiento social en salud, sus criterios de focalización y

establecimiento de prioridades. Se analizan entonces las posibilidades de cada enfoque, los resultados alcanzados, y sus perspectivas futuras. La misma se complementa con una agenda propuesta que facilite la coordinación entre tópicos de investigación y desafíos de política pública en salud.

## **2- Aseguramiento Social en Salud en América Latina**

En principio, se define como seguro social a aquellos sistemas que incorporan las siguientes cuatro características:

- 1) Que se cuente con un padrón definido de beneficiarios,
- 2) Que el sistema de aseguramiento establezca un paquete conocido y accesible de servicios, y que el mismo sea disponible para cualquier usuario del sistema,
- 3) Que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos, y
- 4) Que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen asimismo subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres. Es este último criterio el que convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.

En América Latina, la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores. Los casos de Costa Rica, Brasil y Colombia, por ejemplo, constituyen diferentes intentos –con resultados variables– para reducir estas dificultades, mediante la coordinación de tareas y responsabilidades entre los subsectores intervinientes.

Generalmente, las alternativas de aseguramiento o subsidio diseñadas en la región no consideran la necesidad de estos mecanismos, limitando temporalmente su impacto, en tanto los esquemas planteados carecen de sustentabilidad financiera y acrecientan la compartimentalización del sistema de salud. Como consecuencia, se generan procesos sucesivos de selección adversa por parte de consumidores y prestadores, y promueven la existencia de sistemas duales o fragmentados de aseguramiento, donde el subsistema solidario resulta "descremado" por los seguros privados, reduciendo su capacidad de articular una respuesta equitativa y solidaria ante las necesidades de atención de la población.

Estructuras de este tipo son frecuentes en toda la región, y especialmente en el Cono Sur: tanto las Cajas Bolivianas de Seguridad Social, como las Obras Sociales en Argentina o las IAMCs en Uruguay promueven la segmentación del sistema mediante la pobre o nula transferencia de fondos entre instituciones de diferentes ingresos promedio. En estas naciones, el sistema de superintendencia no cuenta con autoridad suficiente como para establecer mecanismos de control y

reasignación de recursos, o darles cumplimiento, cuando ellos existen. Asimismo, la dualidad en el sistema de atención en Chile, mediante la separación de ISAPRES y Fonasa constituye un ejemplo característico de descreme, que profundiza las inequidades en el acceso a servicios de salud.

El subsector público, a partir de su restricción presupuestaria con origen en impuestos directos e indirectos, establece implícita o explícitamente una serie de objetivos y herramientas de política. Esta se extiende desde la definición de un sistema universal de aseguramiento, con limitadas posibilidades de implementación, hasta el establecimiento de mecanismos de focalización para atender las necesidades más urgentes o prevalentes, o políticamente más viables.

Los institutos de seguridad social, desarrollados originariamente en los países latinoamericanos como una dependencia dentro del sector público, presentan un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo para luego ampliar la cobertura del afiliado y extenderla a su familia. Sin embargo, la expansión del empleo informal y la caída de salarios reales redujeron la capacidad de operación de estas instituciones, factores a los que se sumó recientemente la devaluación de algunas de las monedas de la región. La volatilidad característica de la macroeconomía latinoamericana, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, contribuye a una dinámica de reducción de la atención de la salud.

En todos los casos, ya sea por caída en las contribuciones como por aumento de costos y variación de precios relativos, los sistemas de aseguramiento social se encontraron enfrentando profundos déficits los que, agravados por las limitaciones de gestión, contribuyeron a reducir la cobertura de estos subsistemas. Ello se evidencia no sólo en la reducción de la calidad de atención, sino también en la disminución de las prestaciones y el “mix” de servicios, ya sean ellos establecidos a partir de un paquete de prestaciones, o puramente de acuerdo a la capacidad de la oferta. El subsistema de institutos de seguridad social pierde sustentabilidad, reduce el gasto social en salud y ve limitada su capacidad de compra y/o producción de servicios. Como consecuencia de ello, deriva a sus beneficiarios hacia el sector público, que cuenta con iguales o mayores limitaciones, debido a la caída de la capacidad contributiva de la sociedad, y al aumento de sus propios costos de gestión.

La lectura final del sistema global muestra un sector con estrangulamientos financieros en algunos subsectores, mecanismos perversos de subsidios cruzados, y poca capacidad de organizar estructuras de absorción de riesgos. Ello provoca un acceso desigual a partir de las capacidades relativas de pago entre grupos sociales, en un escenario de ampliación de las brechas de ingreso entre ricos y pobres.

Desde mediados de los ochenta, y hasta la actualidad se observan grandes transformaciones dentro del sector, como intentos para revertir esa tendencia. Dentro de estas transformaciones se cuentan las relacionadas con el redimensionamiento de las estructuras de aseguramiento social. En algunos casos, las reformas de aseguramiento acentuaron los esquemas de financiamiento y prestación ya existentes. En otros, se desarrollaron nuevos esquemas de seguro, provenientes de la privatización de los servicios de seguridad social públicos. En todos los casos, dos pilares constituyen parte del debate sobre la reforma: la definición de un paquete básico o mínimo de servicios accesibles para todos, sin excepción de ingresos o regiones y, asociado con ello, el establecimiento de corrientes de fondos solidarios o subsidios hacia grupos de menores recursos.

No todos los sistemas de aseguramiento social en la región cuentan con estos elementos en su estructura, así como tampoco cumplen con los requerimientos que identifican la noción de seguro y transferencia de riesgo, tales como prima ajustada de riesgo, pagada por el beneficiario directamente o por el Estado. En consecuencia, los seguros disponibles constituyen esencialmente variedades de subsidios, en muchas oportunidades dirigidos a grupos de población específicos, sin consideraciones de sustentabilidad.

A lo largo del documento se presenta un detalle comparado de los sistemas de aseguramiento de la subregión. El trabajo brinda una visión desde el financiamiento y la asignación de recursos entre subsectores, como también desde la perspectiva del consumidor. De esta manera, se establece -por grupos de ingreso y para cada nación del Cono Sur- la probabilidad de utilización de servicios de salud ante el evento de una enfermedad, y en cada caso, cómo se manifiesta la elección del consumidor entre distintos subsectores. Considerando la existencia de fallas de coordinación entre los institutos de seguridad social (en los casos que existen) y el sector público, las encuestas de hogares brindarán información acerca de dos elementos clave en la creación de un sistema solidario de atención. El primero de ellos es el alcance de la cobertura pública, como prestador de última instancia del sistema, en tanto que el segundo aspecto a considerar constituye el nivel de subsidio cruzado existente entre la institución de seguridad social y el sector público, como medida de ineficiencia de la red social en salud.

A partir de ello, y sobre la base de las experiencias documentadas de reforma, se debate acerca de los mecanismos públicos o privados desarrollados para ampliar la cobertura en salud, y el papel desempeñado por el sector privado. Finalmente, se discute sobre la necesidad de articular el análisis de información, la investigación y el proceso de diseño de políticas, como herramientas complementarias para la toma de decisiones.

### **3- Sistemas de Salud en el Cono Sur**

#### ***Argentina***

El sistema de aseguramiento social en salud en Argentina se puede definir como amplio en términos de cobertura, fragmentado en cuanto al número de fondos participantes, con creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores de servicios, y en un marcado estadio de separación entre las funciones de aseguramiento y provisión.

Aproximadamente un 55% de la población se encuentra cubierta por el subsistema de Obras Sociales, unas trescientas instituciones marcadamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de atención que ofrecen. Sus recursos provienen del aporte obligatorio de los trabajadores en relación de dependencia y sus empleadores. Al interior de este esquema se reconocen a las Obras Sociales Nacionales, para trabajadores por rama de actividad y sus familias, y las Obras Sociales Provinciales, que brindan cobertura a los empleados públicos y dependientes de cada una de las 23 provincias argentinas y la ciudad de Buenos Aires. Finalmente el PAMI, que brinda atención a jubilados y pensionados, cuenta como fuente de financiamiento a los aportes del Tesoro Nacional, de los trabajadores activos y de las contribuciones de los mismos jubilados. En todos los casos, la provisión de servicios se realiza principalmente a partir de redes de prestadores privados, clínicas y profesionales, abonados a partir de cápitas o pagos por módulo (por caso).

Para evitar posibles desniveles en los ingresos de las mismas y garantizar el mismo conjunto de prestaciones a todos los trabajadores en relación de dependencia, se instauró un Programa Médico Obligatorio, que establece un valor monetario para garantizar el mínimo de asistencia. El mismo, y sólo al interior de las Obras Sociales Nacionales, se beneficia con la existencia del Fondo Solidario de Redistribución entre trabajadores de distintos ingresos, que se forma con el 10% de la recaudación total del sistema, y del que no participan las Obras Sociales Provinciales. Sin embargo, la función de este fondo ha demostrado ser insuficiente para financiar las prestaciones de salud, debido fundamentalmente a inconvenientes de gestión y a una heterogénea estructura de coseguros o bonos moderadores del consumo a cargo de los beneficiarios.

El sector público, profundamente descentralizado, se organiza a nivel provincial, con excepción de los fondos y programas especiales a cargo del Gobierno Nacional. Las autoridades de cada distrito establecen las prioridades de salud y gerencian sus propias redes de prestadores, financiados mediante presupuestos históricos y salarios no asociados con desempeño. Si bien tienen como objetivo brindar cobertura universal a toda la población, se constituyen en prestadores de última instancia de la población sin cobertura formal de la seguridad social. La falta de coordinación entre el sector público y el subsistema de obras sociales, permite la existencia de subsidios cruzados, déficits de gestión



y marcadas ineficiencias en la asignación de recursos, profundizando la brecha de equidad entre distintos grupos poblacionales.

Por fuera de todo mecanismo de aseguramiento social se encuentran las empresas de seguro privado (prepagas), con una cobertura de aproximadamente el 9% de la población.

### ***Bolivia***

La cobertura de la salud en Bolivia se encuentra distribuida entre el sector público, que atiende aproximadamente al 25% de la población, el Sistema Boliviano de Seguridad Social (SBSS), con una cobertura teórica del 15-20% y el sector privado (tradicional y no tradicional).

El SBSS se organiza en ocho cajas de salud y su estructura de financiamiento y gerencia se encuentra separada de los programas de jubilaciones y pensiones. De estas instituciones, la Caja Nacional de Salud es la más importante, cubriendo 85% de los asegurados al sistema, principalmente agentes de la administración pública. El sistema de aseguramiento social se completa con la Caja Petrolera, las Cajas Bancarias Privada y Estatal, la Caja de Caminos, la Caja de Corporaciones, el Seguro Universitario y la Corporación del Seguro Social Militar. Cada una de estas cajas cuenta con una población cautiva, a partir del Código que desde 1956 norma su creación. En su conjunto proveen cobertura a los trabajadores formales y sus familias, excluyendo a campesinos, mineros y personal de microempresas.

Todas las cajas se encuentran sujetas a la normativa del Ministerio de Salud y a la fiscalización del Instituto Nacional de Seguro Social (INASES). Las autoridades del INASES, como las de la Caja Nacional y la Caja Petrolera son nombradas por el Poder Ejecutivo. Asimismo, es el Código de Seguridad Social el que define en que caja el empleador debe efectuar los aportes, los cuales constituyen un 10% del salario total. Cada una de las cajas cuenta con gestión autónoma y recaudan sus aportes, administran sus recursos centralizadamente y prestan los servicios de atención de salud mediante infraestructura y recursos propios. Estos servicios comprenden cobertura de enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. El nivel de subcontratación de servicios a terceros es muy reducido.

El Gobierno Nacional, a partir de 1994 y con las Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa, se encuentra embarcado en un proceso de redistribución de funciones entre los niveles nacionales, departamentales y municipales, aún no finalizado. Durante este período, su principal herramienta para aumentar la cobertura de salud ha sido el Seguro de la Madre y el Niño, actual Seguro Básico de Salud (SBS). El SBS, conjuntamente con el Seguro Obligatorio de Vejez (SOV), constituyen los primeros pasos tendientes a aumentar la cobertura mediante la coordinación de actividades entre la seguridad social y el sector público.

Los servicios del SOV y el SBS se prestan en instalaciones de ambos subsistemas (público y cajas) y los fondos se distribuyen a partir de un paquete básico de 75 intervenciones, que mediante un pago por prestación reembolsan los gastos incurridos en la provisión de servicios a los grupos no afiliados, con excepción de los gastos en personal. De este modo, las cajas aportan un subsidio al Ministerio de Salud equivalente al costo unitario en personal por intervención, a la vez que abonan un 5% de su recaudación para tareas de promoción y prevención de la salud.

### ***Brasil***

La provisión de servicios de salud en el Brasil se concentra principalmente en dos sectores: el sistema público de aseguramiento social, constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y establecido como sistema de cobertura universal y alcance real de aproximadamente el 70% de la población, y el sector privado organizado a través de seguros no-solidarios de salud.

El SUS se articula desde el nivel federal, que aporta aproximadamente el 65% de los recursos, y su ejecución se encuentra descentralizada entre los 27 estados y los municipios, que contribuyen con el resto de los ingresos en partes iguales. El Ministerio de Hacienda recauda fondos de rentas generales y asigna el presupuesto al Ministerio de Salud a través de las partidas de contribuciones sociales (71% en 1998), el fondo de estabilización fiscal (13,3%) y otros recursos ordinarios. En el caso de los estados y municipios, las principales fuentes de ingreso son los impuestos al consumo y a la propiedad, respectivamente.

El Ministerio de Salud, a su vez, distribuye recursos tanto a nivel estadual como municipal a través del Fondo Nacional de Salud, reservando una parte para cubrir los gastos de programas y servicios gerenciados directamente desde el nivel central. La distribución de recursos del SUS se realiza a partir de dos mecanismos: (a) la transferencia de un monto fijo per cápita a cada municipio, o Piso de Asistencia Básica (PAB), no corregido por niveles de pobreza, género o patrón epidemiológico. Ello constituye una fuente de inequidad en la medida que estados/municipios más pobres no cuentan con el diferencial de recursos para compensar la falta de financiamiento federal, y (b) un componente variable, establecido a partir de proyectos o programas estaduales, que se relacionan con intervenciones prioritarias a nivel de jurisdicción.

Cada uno de los tres niveles (Ministerio federal y secretarías de Salud estaduales y municipales) abona por los servicios prestados a la red de instalaciones públicas de cada jurisdicción y a prestadores privados. En la actualidad y hasta que el proceso de descentralización se complete, los estados y municipios se dividen entre aquellos con “descentralización plena” y “sin descentralización plena”, con estructuras de pago a proveedores diferentes entre ellos. En el caso de los municipios con gestión plena, el pago de hospitales



públicos, la gestión del PAB y las contrataciones y retribuciones a efectores privados se realiza directamente por la autoridad descentralizada. En cambio, en los casos de descentralización no plena, también llamados de “gestión de atención básica”, el pago a hospitales se canaliza desde el Ministerio federal.

El pago a prestadores públicos se realiza a través de presupuestos históricos y por procedimientos a los prestadores privados subcontratados. El sistema de pago por procedimiento ha sido frecuentemente criticado desde la aplicación del SUS, fundamentalmente porque genera incentivos a la sobreprestación y sobrefacturación de servicios. Adicionalmente, la recepción de ingresos per cápita desde el Estado Federal, combinado por pago por procedimiento a proveedores produce una concentración de riesgo a nivel de la administración descentralizada. La diferencia de estructuras de contrato dentro de cada jurisdicción y la falla en ciertos mecanismos de control ha llevado a una selección de riesgo por parte de algunos prestadores privados, que optan por derivar pacientes que requieren de intervenciones costosas a los hospitales públicos del área.

### **Chile**

El sistema de Salud chileno es de carácter dual, contemplando la participación de entidades públicas y privadas tanto para el aseguramiento como para la provisión. Existen dos principales sistemas de seguro en el país: el seguro social público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las compañías de seguros privados, ISAPRES. La falta de coordinación entre ellas genera un esquema dual, que condiciona el acceso equitativo de grupos de diferentes ingresos.

El FONASA brinda cobertura de salud a sus más de nueve millones de beneficiarios sin discriminación de edad, sexo o situación de salud, bonificando total o parcialmente las prestaciones que son otorgadas principalmente por profesionales e instituciones del sector público. Asimismo, financia los subsidios de incapacidad laboral (licencias médicas de sus cotizantes) y otorga préstamos de salud. La incorporación a FONASA como beneficiario del Sistema Público de Salud se produce automáticamente cuando una persona no ha optado por una ISAPRES.

Todos los trabajadores deben contribuir en forma obligatoria a un sistema de salud y pueden escoger afiliarse a FONASA o a una ISAPRES. FONASA opera bajo la lógica de la seguridad social, ofreciendo un plan universal a todos sus afiliados y una cobertura del 100% del costo total de las prestaciones otorgadas en la red pública de salud, para los desempleados, indigentes y pobres. Por su parte, el sistema de ISAPRES opera bajo la lógica de los seguros individuales y ofrece planes que varían en cuanto a precio y cobertura, entre los cuales el afiliado debe escoger.

Existen dos modalidades de atención en el FONASA: Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección:

- Modalidad de atención Institucional: Son las atenciones de salud entregadas en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El valor a abonar por la atención depende del grupo de ingreso en el que se encuentre clasificado el beneficiario, Grupos A y B: atención gratuita, Grupo C: copago del 10% de la atención y Grupo D: 20%.
- Modalidad de Libre Elección: incorpora la prestación de servicios de profesionales y establecimientos de salud privados que hayan suscrito convenio con el FONASA. Sin embargo, los hospitales públicos cuentan con la potestad de brindar servicios bajo esta modalidad. Acceden voluntariamente a esta modalidad todos los beneficiarios clasificados en los grupos B, C y D. La atención se paga con un Bono de Atención de Salud, cuyo valor depende de la categorización del profesional o establecimiento de salud donde se atiende el paciente.

El subsistema privado está compuesto por 23 ISAPRES, empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y familias. La provisión de servicios es proporcionada por profesionales y establecimientos privados de salud.

### ***Paraguay***

La atención de seguridad social en Salud de Paraguay es responsabilidad fundamental de dos subsectores: (a) el público, con financiamiento de rentas generales y prestación de servicios a través de la red de establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSPyBS), y (b) del Instituto de Previsión Social (IPS). Paralelamente, existen fondos especiales de las Fuerzas Armadas y de la Policía, de las Universidades, de los Municipios y de dos empresas estatales descentralizadas. Por su parte, el sector privado se encuentra constituido por establecimientos sanitarios dependientes de las universidades privadas y de instituciones privadas con y sin ánimo de lucro. Por su parte, la Cruz Roja local cuenta con un hospital financiado conjuntamente por una institución privada sin ánimo de lucro y el MSPyBS.

El MSPyBS desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Organiza la prestación de sus servicios a través de 18 Regiones Sanitarias (RS), una demarcación que desde 1994 se corresponde con los Departamentos paraguayos. El MSPyBS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa hacia las Regiones Sanitarias y los Consejos Regionales y Locales de Salud. Las Direcciones Regionales cuentan con potestad para contratar personal y redistribuir recursos entre los distintos programas. Por su parte, las Secretarías de Salud de las Gobernaciones Departamentales manejan recursos de menor magnitud no utilizados dentro de un plan prefijado de actividades.

La Sanidad Municipal brinda asistencia médica a obreros y familiares así como a sectores de la población de escasos recursos. Su cobertura poblacional es mínima y no tiene impacto en las estadísticas sanitarias.

El IPS, por su parte, brinda atención integral para el titular y sus dependientes. El tipo de seguro otorgado a sus aportantes incluye beneficios a corto plazo: cobertura integral de la salud, maternidad, y tratamiento en caso de accidentes. Asimismo otorga un subsidio de desempleo por incapacidad transitoria y beneficios a largo plazo, tales como jubilaciones por vejez y pensiones por incapacidad permanente. Provee medicamentos a través de farmacias propias según listado oficial, o autoriza la compra en farmacias privadas. La contratación de servicios privados, si bien relativamente poco frecuente, forma parte del menú de atención sanitaria dispuesto.

El aseguramiento privado está constituido por 28 empresas de medicina prepaga, las cuales reciben unos 187.000 titulares. El costo de sus primas oscila entre US\$ 40 y US\$ 140 al mes por afiliado titular. Asimismo, y dentro del sector privado, la mayoría de los sanatorios ofrecen planes de cobertura propios. Estos planes pueden ser cerrados (con servicios propios exclusivos), abiertos (en los que el asociado puede recurrir a médicos de libre elección), o mixtos.

## ***Uruguay***

El subsector público del sistema de salud uruguayo comprende a los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública prestados a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El mismo proporciona servicios asistenciales a la población de menores recursos (28% de la población total), y a la Universidad de la República, a través del Hospital de Clínicas.

El mismo se complementa con el BPS (Banco de Previsión Social), un ente autónomo del Estado cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de sus empleadores, y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) para la prestación de servicios. Adicionalmente se constituye en el prestado directo de servicios de salud, cubriendo la atención del embarazo y el parto de los hijos de los trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad.

Asimismo, se encuentra el BSE (Banco de Seguros del Estado) que cubre enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores cubiertos por el DISSE (Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad) y las Intendencias Municipales.

El DISSE es una dependencia del Sistema Previsional, que administra los aportes del Sistema de Salud de aquellos que realizan tareas en relación de

dependencia. A través del DISSE, los trabajadores de empresas privadas se subscriben a un seguro obligatorio de enfermedad que los afilia a la IAMC de su elección, con una cobertura total de salud para el individuo, excluyendo a sus dependientes. En el caso de desempleo, el seguro cubre durante el lapso de seis meses su seguro de desempleo.

Las IAMC brindan atención a aproximadamente el 55% de la población del país. Las mismas son instituciones sin de lucro que ofrecen servicios asistenciales a través de un seguro de salud prepago. Las mismas pueden ser de distintos tipos: asociaciones asistenciales, cooperativas profesionales o servicios de asistencia. También existe la afiliación individual, en general de miembros de la familia de afiliados del sector privado o público. Su financiamiento se lleva a cabo principalmente mediante los aportes de trabajadores y empleadores, y en menor medida a través de copagos o aranceles.

Finalmente, el sistema de salud uruguayo incluye un organismo encargado de recolectar y administrar los recursos para financiar los servicios de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Este instrumento es llamado Fondo Nacional de Recursos (FNR), el cual recibe aporte de las IAMC para cubrir la atención de sus afiliados en áreas tales como cirugía cardiovascular, transplantes renales, etc.

#### **4- Aseguramiento Social y Equidad**

El uso de encuestas de hogares (EDH) para analizar la estructura real de un sistema de salud en América Latina no ha sido explotado en profundidad, sino hasta recientemente. Estos instrumentos se constituyen en herramientas idóneas para medir las diferencias tradicionales entre la cobertura teórica de un sistema o subsector de la seguridad social y su verdadero impacto, a partir de las opciones llevadas a la práctica por los usuarios. Asimismo, el efecto distributivo de un sistema de salud tiene en las EDH un aliado informativo, con capacidad de guiar en la definición de políticas sanitarias, especialmente en términos de financiamiento. En las próximas páginas se utilizarán estas y otras fuentes de información para establecer los alcances de los sistemas de aseguramiento social en la región.

Como se mencionara en la sección anterior, el caso argentino es una muestra de fragmentación en su sistema de aseguramiento. Como se observa en el Cuadro 1, y dada la independencia existente entre jurisdicciones, la cobertura de cada subsistema es variada entre provincias. El cuadro establece para cada una de ellas, y en base a la información proporcionada por la cámara de Obras Sociales Provinciales y la Superintendencia de Seguros de Salud, la cobertura teórica, en porcentaje de la población provincial, de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y Provinciales (OSP) y el PAMI. La última columna, obtenida por diferencia, muestra la población sin cobertura formal, lo que los convierte en grupos tradicionalmente usuarios del sector público o, en los estratos de ingresos altos,

de seguros privados. Se verifica cierta complementariedad entre las Obras Sociales Provinciales y el Sector Público, cuya cobertura es relativamente más alta (superior al 50%) en las provincias más rezagadas del noreste. Por el contrario, la cobertura de las OSN, asociadas con mayor desarrollo productivo, se ubican en las provincias de las regiones pampeana, cuyo y patagonia, relativamente más ricas.

**Cuadro 1**  
Argentina, 2001/2002  
Cobertura de la Población por Jurisdicción  
y por Tipo de Seguro Social

| Provincia              | % Población con Cobertura de Sin Cobertura de |          |           |           |
|------------------------|---|----------|-----------|-----------|
|                        | OSN   | PAMI     | OSP       | SS        |
| Ciudad de Buenos Aires | 74  | 14       | s.d.      | 12        |
| Buenos Aires           | 38  | 10       | 8         | 44        |
| Río Negro              | 36  | 6        | 20        | 38        |
| Neuquén                | 24  | 4        | 25        | 47        |
| Tierra del Fuego       | 37  | 2        | 26        | 35        |
| La Pampa               | 42  | 9        | 22        | 27        |
| San Luis               | 36  | 6        | 15        | 43        |
| Chubut                 | 39  | 6        | 18        | 37        |
| Mendoza                | 32  | 8        | 18        | 42        |
| Tucumán                | 28  | 8        | 25        | 39        |
| Santa Fe               | 40  | 11       | 14        | 36        |
| Córdoba                | 36  | 10       | 16        | 38        |
| Salta                  | 26  | 6        | 34        | 34        |
| San Juan               | 33  | 7        | 24        | 36        |
| Entre Ríos             | 35  | 10       | 22        | 33        |
| La Rioja               | 27  | 5        | 44        | 24        |
| Misiones               | 28  | 5        | 12        | 55        |
| Santa Cruz             | 32  | 5        | 32        | 31        |
| Santiago del Estero    | 21  | 8        | 17        | 54        |
| Catamarca              | 25  | 5        | 46        | 24        |
| Jujuy                  | 29  | 6        | 25        | 40        |
| Corrientes             | 24  | 6        | 18        | 52        |
| Chaco                  | 26  | 6        | 18        | 50        |
| Formosa                | 14  | 3        | 26        | 57        |
| <b>Total</b>           | <b>38</b>                                     | <b>9</b> | <b>14</b> | <b>34</b> |

Fuente: en base a datos de CEDES, Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC.

A partir del análisis de la Encuesta de Desarrollo Social se accede a información complementaria sobre cobertura, a partir del reporte de los hogares. En el Cuadro 2 los valores expresados anteriormente se presentan para el año 1997, con ligeras diferencias entre ambos: 36% de la población acude al sector público, en tanto el 55% aproximadamente se reconoce beneficiaria de la seguridad social, con un 4,2% de doble afiliación. Este cuadro presenta asimismo la distribución por quintiles de ingreso, mostrando que el promedio mencionado del 36% de usuarios del sector público asciende a 63% entre los más pobres,

mientras no llega al 10% en el quintil más rico. Paralelamente, la participación de la Seguridad Social al interior de cada quintil aumenta a medida que asciende la escala distributiva. Esto pone de relieve que la inequidad en el acceso a este beneficio contribuye a acentuar la de los ingresos. La misma encuesta muestra que un 18,4% de los beneficiarios teóricos de la seguridad social y un 12,7% de los afiliados a mutuales o prepagas optan por utilizar servicios públicos al momento de consultar al sistema de salud. Esta medida de subsidio cruzado al interior de un esquema fragmentado de seguro –dada el bajo nivel de recupero de las facturaciones de los hospitales públicos de autogestión- se profundiza en grupos de mayor riesgo sanitario: el 34,9% de los beneficiarios de la seguridad social del quintil más pobre acude a establecimientos públicos, valor que desciende a 9,6% en el quinto quintil.

**Cuadro 2**  
**Argentina, 1997**  
**Distribución de la población por sector de afiliación,**  
**Por quintiles de ingreso per capita del hogar**

| Sector de afiliación           | Total (1)  | Quintiles de ingreso per capita del hogar |            |            |            |            |
|--------------------------------|------------|---|------------|------------|------------|------------|
|                                |            | Quintil 1 (2)                             | Quintil 2  | Quintil 3  | Quintil 4  | Quintil 5  |
| <b>Población total</b>         | <b>100</b> | <b>100</b>                                | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> |
| Sólo Obra Social (3)           | 50,2       | 30,2                                      | 51,1       | 59,2       | 65,8       | 61         |
| Sólo Mutual o Prepago          | 7,9        | 3,9                                       | 6,6        | 7,4        | 10,7       | 16,1       |
| Obra social y Mutual o Prepaga | 4,2        | 1,3                                       | 2,2        | 4,1        | 5,2        | 12,2       |
| Sólo Sector Público            | 36,3       | 63,1                                      | 38,9       | 27,5       | 17         | 9,7        |

Fuente: Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, agosto 1997. (1) Los totales incluye los respectivos sin ingresos e ignorados, (2) Incluye los sin ingresos, (3) Incluye PAMI

Analizando la composición del gasto en salud, desagregado entre gastos en medicamentos y en servicios, se desprende que existe una relación positiva entre el gasto de los hogares y el nivel de ingreso de la familia. Sin embargo, y analizando el nivel de gasto como porcentaje de ese mismo ingreso, se pone en evidencia que el mismo es regresivo: quintiles de ingreso más bajos destinan una proporción mayor de sus recursos al cuidado de la salud, sustituyendo en contra de otros bienes y servicios. Esta relación se asocia significativamente con el nivel de compras de medicamentos, posible de ser considerado como un proxy de inequidad en la distribución de recursos al interior del sistema de salud (Maceira, 2002b).

Este patrón de gasto se repite en el análisis interprovincial. De acuerdo a Encuestas de Gasto de los Hogares 1996/7, en 21 de las 24 jurisdicciones



argentinas el nivel de gasto privado en medicamentos supera a aquel en servicios de salud, siendo esta relación más profunda cuanto menor es el ingreso per cápita de la provincia.

En Uruguay, el 33,7% del total de la población esta cubierta por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), lo que es comparable con el promedio argentino. Del mismo modo, las instituciones que componen el sistema de aseguramiento social brindan servicios al 45,1% a través de las IAMC, DISSE y otros convenios. De acuerdo al Censo Nacional de 1996, existía un 11,7% de la población sin cobertura formal. Estos valores se reducen al 4,4% para el 2000. Las diferencias regionales no resultan significativas en términos de cobertura; sin embargo, la relevancia del MSP aumenta en el interior del país, duplicando su participación, en tanto que DISSE y especialmente las IAMCs cobran mayor protagonismo en la ciudad de Montevideo (21,3% y 36,8% de cobertura cada uno).

A pesar de comprobarse un crecimiento progresivo del gasto en salud en Uruguay, tanto público como privado (2,86% y 7,14% del PBI respectivamente), se registran inequidades en la distribución del gasto por quintiles de ingreso. La relación de ingresos y gastos en salud de las familias permite observar que los niveles más bajos de erogaciones se localizan en los deciles de menores ingresos de los hogares. Siendo éste un sistema donde al menos el 90% de la población tiene acceso formal a una canasta universal, la concentración del gasto en los deciles medios se puede asumir como correspondiente al acceso a la canasta básica (principalmente dentro del sistema IAMC) más gastos de bolsillo necesarios para cubrir las carencias de la misma, en tanto que los valores de los deciles más bajos indican un déficit de consumo por imposibilidad económica de acceso (Fernández et al., 2002, y OPS, 2002).

**Cuadro 3**  
**Uruguay, 2000**  
**Población con cobertura en salud, por área y por prestador**

|            | Total | No tiene | IAMC af.<br>Indv. | DISSE y<br>otros<br>convenios | MSP  | Otro<br>Público | Otro<br>Privado |
|------------|-------|----------|-------------------|-------------------------------|------|-----------------|-----------------|
| Total      | 100   | 4,4      | 27,9              | 17,2                          | 36,1 | 11,7            | 2,7             |
| Montevideo | 100   | 4,7      | 36,8              | 21,3                          | 23,3 | 11,5            | 2,3             |
| Interior   | 100   | 4,2      | 19,2              | 13,2                          | 48,6 | 11,8            | 3,1             |

Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2000. INE Uruguay

Asimismo, los afiliados de las IAMC pertenecen a los grupos etáreos de entre los 20 y los 59 años, con mayores niveles de ingreso y educación, en tanto que el subsistema público aumenta la cobertura a mayor edad, estando correlacionado con grupos de menor educación y mayor probabilidad de desempleo.

Los sistemas fragmentados argentino y uruguayo no se reproducen en el caso de Chile, aunque la falta de un sistema integrado de aseguramiento provoca, no ya subsidios cruzados al interior de instituciones de seguridad social, sino entre el sistema público (FONASA y su red de prestadores), y los seguros privados o ISAPRES. Una muestra de este proceso de transferencia de riesgo hacia el sector público y del “descreme” de los seguros privados puede observarse en el siguiente Cuadro 4, elaborado a partir de la encuesta de Hogares CASEN de 1997, y presentada en Larrañaga (1997).

Como puede observarse, y al igual que lo identificado en Uruguay entre las instalaciones del MSP y de los IAMCs, la probabilidad de ser usuario de los servicios de una ISAPRES aumenta a medida que disminuye el riesgo sanitario del ciudadano, ya sea por mayor ingreso o por menor edad. A medida que la población aumenta en edad o en necesidades insatisfechas, es el FONASA la principal fuente de utilización de servicios. Así, de la población de 0 a 20 años correspondientes al quintil más rico, el 70% se encuentra afiliado a una ISAPRES, en tanto que sólo el 1% de los ancianos (mayores de 65) correspondientes al quintil más pobre contribuyen a ese sector.

#### **Cuadro 4** **Chile 1994**

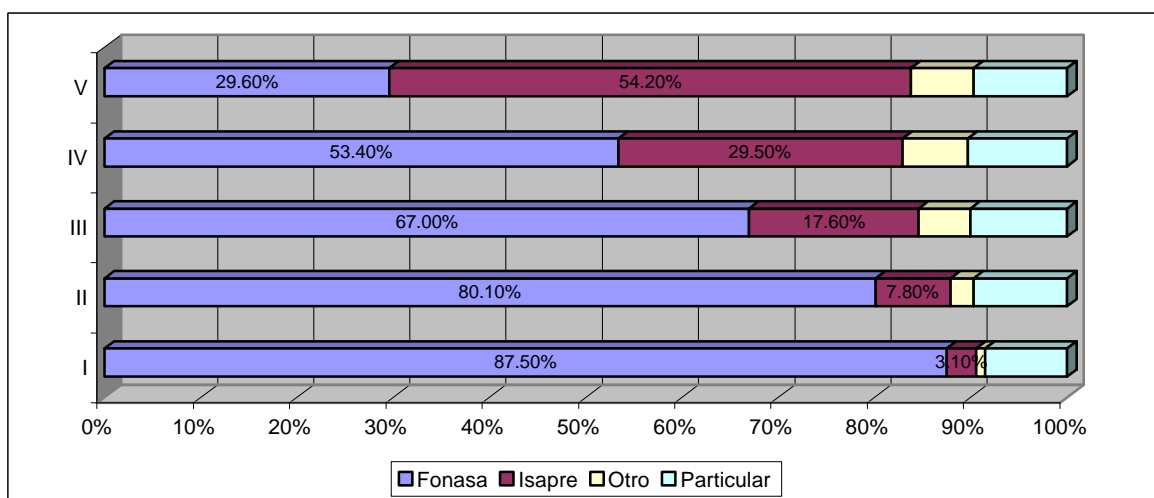
##### **Cobertura de salud, en % del total, por quintil de ingreso y grupo etáreo**

| Edad  | Quintiles      |         |                |         |                |         |                |         |                |         |
|-------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
|       | I más pobres   |         | II             |         | III            |         | IV             |         | V más ricos    |         |
|       | Sector Público | Isapres | Sector Público | Isapres | Sector Público | Isapres | Sector Público | Isapres | Sector Público | Isapres |
| 0-20  | 93             | 7       | 82             | 18      | 69             | 31      | 51             | 49      | 30             | 70      |
| 21-50 | 92             | 8       | 82             | 18      | 69             | 31      | 53             | 47      | 34             | 66      |
| 51-64 | 97             | 3       | 94             | 6       | 88             | 12      | 81             | 19      | 51             | 49      |
| +65   | 99             | 1       | 98             | 2       | 97             | 3       | 94             | 6       | 77             | 23      |
| Total | 93             | 7       | 84             | 16      | 74             | 26      | 60             | 40      | 39             | 61      |

Fuente: Larrañaga (1997)

En el Gráfico 1 se puede observar, que el proceso de descreme se mantiene entre 1997 y 2000, de acuerdo a los datos de la encuesta CASEN para ese último año. El quintil de población más rico continúa cubierto mayoritariamente por el sistema de aseguramiento privado (54,20%), en tanto el quintil más pobre depende del sector público representado por el FONASA, en un 87,5%.

**Gráfico 1**  
**Chile 2000: Cobertura de la población, según quintil de ingreso**



Fuente: Sandoval (2002) en base a encuesta CASEN 2000.

Actualmente, y para resolver las distintas dificultades que existen en el sistema de salud chileno se ha diseñado el Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) el cual establece una serie de atenciones prioritarias, establecidas como piso de atención común al que podrán acceder todas las personas. El AUGE será de carácter obligatorio para todos los afiliados a Fonasa e ISAPRES,

En Brasil, a diferencia de las otras naciones de la subregión, el Sistema Único de Salud no establece fuentes de financiamiento alternativa a la de los impuestos generales, ni se articula en diferentes fondos sociales, como en Bolivia, Argentina, Uruguay y Paraguay. A pesar de su objetivo definido de brindar cobertura al total de la población, un 24,2% de la misma cuenta con algún seguro privado, ya sea éste complementario al SUS o como única fuente de atención. La afiliación al sistema privado, por fuera del SUS, varía sensiblemente entre diferentes grupos de ingreso, como lo muestra el Cuadro 5. En el quinto quintil se registra una afiliación superior al 63%, descendiendo al 17% en el tercer quintil. A partir de allí la participación asegurada se reduce drásticamente, alcanzando sólo un 1,4% entre los más humildes.

**Cuadro 5**  
**Brasil 1997**  
**Población con seguro de salud, por quintil de ingreso, en %**

|                        | Quintiles de Ingreso |      |      |      |      | Total |
|------------------------|----------------------|------|------|------|------|-------|
|                        | I                    | II   | III  | IV   | V    |       |
| Población Asegurada    | 1,4                  | 5,0  | 16,8 | 34,5 | 63,4 | 24,2  |
| Población no Asegurada | 98,6                 | 95,0 | 83,2 | 65,5 | 36,6 | 75,8  |

Fuente: LSMS, 1997

Otra diferencia significativa entre el SUS y los sistemas del Cono Sur es la existencia de una significativa provisión privada contratada por el fondo social, que supera el 22% de los tratamientos por enfermedades crónicas. Las instalaciones públicas dependientes del sistema de aseguramiento federal dan cuenta, por su parte, del 57% de la cobertura, ascendiendo a un total del 80% de los tratamientos de esa naturaleza financiados por el sistema público. La atención privada, mediante clínicas u hospitales sin acuerdo con el Gobierno, ascienden al 19,1%, una cobertura superior a la encontrada en Argentina y Uruguay.

El Cuadro 6 muestra esta distribución entre efectores, diferenciando su participación por quintiles de ingreso.

**Cuadro 6**  
**Brasil 1997**  
**Lugar de tratamiento de las personas que reportaron tener alguna enfermedad crónica, por quintiles, en % del total**

|  | Quintiles de Ingreso |      |      |      |      | Total |
|--|----------------------|------|------|------|------|-------|
|  | I                    | II   | III  | IV   | V    |       |
| Hospital o Centro Público                                | 90,8                 | 80,9 | 71,5 | 49,7 | 19,0 | 57,0  |
| Hospital o Clínica Privada<br>(con acuerdo del gobierno) | 5,1                  | 10,8 | 13,3 | 27,6 | 41,6 | 22,5  |
| Hospital o Clínica Privada<br>(sin acuerdo del Gobierno) | 3,7                  | 6,5  | 13,8 | 21,1 | 37,5 | 19,1  |
| Hogar  | 0,4                  | 0,6  | 0,0  | 0,2  | 0,4  | 0,3   |
| Otros  | 0,0                  | 1,1  | 1,4  | 1,3  | 1,4  | 1,2   |

Fuente: LSMS, 1997.

Claramente, la preferencia de los grupos más ricos se concentra en la provisión privada, ya sea a través de acuerdo con el sistema público (41,6% entre los integrantes del quinto quintil), o mediante aseguramiento privado o pago de bolsillo (37,5%). En el extremo opuesto, el 90,8% del quintil más pobre y el 80,9% del segundo quintil acuden a instalaciones públicas como principal fuente de atención para enfermedades crónicas.

De acuerdo con Médici (2001), la evolución del sistema de salud del Brasil entre los años 1987 y 1996 ha sufrido un significativo retroceso en cuanto a su estructura de equidad. Durante este período, las familias con ingresos iguales o inferiores a dos salarios mínimos incrementaron su gasto en salud como porcentaje del presupuesto familiar en 52% (de 6,3% a 9,6%), al tiempo que la participación del gasto en salud en el presupuesto de aquéllas con ingreso superior a 30 salarios mínimos aumentó en sólo el 15% (de 5,04% a 5,8%).

Según el mismo autor, en 1998 el sistema de atención médica privada atendió aproximadamente a 38,7 millones de asegurados y sus dependientes, lo que equivale al 24% de la población. La mayoría de los asegurados se concentran en el sureste del país, que representa 60% de la población de los asegurados privados, principalmente en los estados de San Pablo, Minas Gerais y Río de Janeiro. Las limitaciones en el sistema público (listas de espera, escasez de doctores para servicios básicos, falta de confort), brindó condiciones propicias para el desarrollo del sector privado, fundamentalmente a través de la clase media, quienes contratan planes de salud o pertenecen al sector formal de la economía.

La cobertura del sistema de aseguramiento social (público más institutos de seguro a trabajadores en relación de dependencia) son significativamente menores en países como Paraguay y Bolivia, asociada con los menores niveles de ingreso promedio de estas naciones. Para Paraguay, del total de la población nacional, el Ministerio de Salud Pública da cobertura teórica al 63% (OPS, 1998), dejando sin atención al menos al 18% de la población. El Instituto de Previsión Social (IPS) es responsable de la atención de salud de alrededor de 13%, concentrados mayoritariamente en las zonas urbanas y fundamentalmente en la ciudad de Asunción (Cuadro 7). Su cobertura se concentra en riesgos asociados con las enfermedades ocupacionales y accidentes, la invalidez y la vejez.

**Cuadro 7**  
**Paraguay, 2000/01**  
**Cobertura de seguro médico, por lugar de residencia**

| Cobertura de Seguro médico | Área de residencia |           |           |          |           |
|----------------------------|--------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
|                            | Total País         |           |           | Asunción | Central   |
|                            | Total              | Urbana    | Rural     |          |           |
| <b>Total</b>               | 5.830.583          | 3.147.089 | 2.683.494 | 627.239  | 1.578.231 |
| <b>IPS</b>                 | 10,9               | 16,4      | 4,5       | 23,3     | 12,8      |
| <b>Otro tipo de seguro</b> | 8,1                | 12,5      | 2,9       | 26       | 9,9       |
| <b>No tiene</b>            | 81                 | 71,2      | 92,6      | 50,7     | 77,3      |

Fuente: Encuesta Integrada de Hogares 2000/01. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos

Asimismo, y a diferencia de otras naciones de la región, los porcentajes de atención de aquellos ciudadanos que reportaron enfermedad son relativamente bajos, y aumentan drásticamente conforme se incrementa el nivel de ingresos y para todos los grupos de edad. El Cuadro 8 muestra las diferencias existentes para distintos contingentes, de acuerdo al ingreso y a su lugar de residencia. Comparando los extremos (primer y quinto quintil) la dispersión es mayor en las zonas rurales, donde el porcentaje de atención de salud en el último quintil de ingreso representa 2,6 veces el porcentaje de atención del primer quintil. En las áreas urbanas esa misma relación es de 2,2 veces.

Los establecimientos del MSPyBS tienen dificultades para captar a la totalidad de la población que tienen asignada, especialmente en algunos de los grupos de más riesgo (menores de 5 años, embarazadas, parturientas y púerperas). Por esta razón, y siguiendo el ejemplo boliviano, las jurisdicciones desconcentradas del sistema público se encuentran actualmente implementando mecanismos de subsidios específicos para estos grupos objetivo.

De acuerdo a estudios nacionales e internacionales (Peña, 1999; Vieira et al, 2002), la realidad del sistema de salud del Paraguay muestra asimismo que la población con más ingresos recibe no sólo más, sino mejor atención que los grupos sociales menos favorecidos. Ante un mismo problema de salud, el tratamiento brindado a los enfermos es dispar, incluso al interior del sistema sanitario público.



**Cuadro 8**  
**Paraguay 1997-1998**  
**Atención de salud en personas que reportaron enfermedad,**  
**por área de residencia por quintil de ingreso**

| Quintil de ingresos     | Urbana | Rural | Total |
|-------------------------|--------|-------|-------|
| I                       | 31     | 22    | 24    |
| II                      | 39     | 36    | 37    |
| III                     | 58     | 49    | 54    |
| IV                      | 63     | 57    | 62    |
| V                       | 69     | 58    | 68    |
| Promedio                | 52     | 44    | 49    |
| Razón entre el I y el V | 0.4    | 0.4   | 0.3   |

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Finalmente, el sistema de aseguramiento social en Bolivia descansa fundamentalmente en el sector público, a pesar que aproximadamente entre el 15 y el 20% de la población cuenta con afiliación a alguna de las Cajas del Sistema Boliviano de Seguridad Social (SBSS). Esta cobertura, sin embargo, es ampliamente heterogénea entre grupos de ingresos (28,4% en el quintil más rico contra 3,1% del relativamente más pobre), como lo muestra el Cuadro 9, elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia a partir de una encuesta de hogares de 1999. El seguro privado, por su parte, representa un porcentaje limitado en cuanto a cobertura en salud, no superando el 9% dentro del grupo de ingresos más altos.

**Cuadro 9**  
**Bolivia, 1999**  
**Porcentaje de población según tipo de seguro de salud, por quintil de ingreso**

|              | 1er Quintil | 2do quintil | 3er Quintil | 4to Quintil | 5to Quintil |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| SBSS (Cajas) | 3,11        | 7,32        | 16,17       | 22,52       | 28,37       |
| Privado      | 1,99        | 2,38        | 3,33        | 4,10        | 8,24        |
| Ninguno      | 93,56       | 89,80       | 80,04       | 72,81       | 62,85       |
| Otro         | 1,30        | 0,42        | 0,34        | 0,42        | 0,35        |

Fuente: INE: Encuesta Circular de Hogares 1999

La falta de cobertura institucional explícita constituye el campo de acción del sector público. Si se realiza un corte por área geográfica (urbano-rural), y para 1997, 73,8% de la población urbana no contaba con ningún sistema de protección formal, porcentaje que se incrementa hasta llegar al 92,85% en las zonas rurales.

Recurriendo a la misma encuesta de hogares de 1999, el Cuadro 10 presenta la distribución de la población en términos de su lugar de consulta, ante la percepción de enfermedad. En primer lugar, se identifica un pobre desempeño del SBSS, que se constituye en lugar de atención de una proporción significativamente menor (aproximadamente un 50% para tres de los cinco quintiles de ingreso) a la que se reportara como beneficiaria formal. El sector

público, por su parte, cubre un porcentaje que varía entre el 26 y el 34%, dependiendo del grupo de ingresos, significativamente por debajo del promedio de la subregión. Una señal de ello es el porcentaje de personas que optan por cuidados en el hogar, superando el 50% en el grupo de ingresos más bajos.

**Cuadro 10**  
**Bolivia 1999**  
**Lugar de atención de la población que reportó enfermedad,**  
**por quintil de ingreso**

|                  | Quintiles |       |       |       |       |
|------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 1er       | 2do   | 3er   | 4to   | 5to   |
| No se atendió    | 17,96     | 16,12 | 10,42 | 9,49  | 7,58  |
| Hospital Público | 10,22     | 16,53 | 18,75 | 16,92 | 15,15 |
| Centro de Salud  | 4,95      | 6,53  | 7,18  | 10    | 7,58  |
| Puesto de salud  | 11,15     | 9,39  | 8,10  | 5,38  | 4,55  |
| Cajas            | 1,39      | 4,90  | 11,34 | 12,82 | 16,06 |
| Privado          | 1,08      | 4,08  | 5,09  | 7,69  | 7,58  |
| Consultorio      | 0,77      | 3,67  | 3,01  | 5,64  | 14,55 |
| Farmacia         | 1,08      | 0,20  | 3,94  | 5,90  | 3,03  |
| Su casa          | 50,77     | 34,69 | 31,02 | 25,13 | 22,12 |
| Otro             | 0,62      | 3,88  | 1,16  | 1,03  | 1,82  |

Fuente: INE: Encuesta circular de hogares 1999

### **5- Discusión y Conclusiones**

La realidad latinoamericana muestra una variedad de naciones de ingresos medios y medios bajos, con amplias brechas distributivas en las remuneraciones entre ricos y pobres. Este factor derrama sobre el sector salud, provocando estructuras inequitativas que el estado debe atender, ya sea mediante financiamiento y provisión directos, o a través de mecanismos regulatorios sobre otros subsectores. El crecimiento de la informalidad en el empleo y el aumento en los niveles de desempleo limitan el papel “redistributivo” asignado históricamente a los institutos de seguridad social. Naciones como Bolivia o Paraguay, por ejemplo, con menos de un quince por ciento de su población ocupada en empleos formales, no cuentan con la posibilidad de subsidiar al resto de la población, aún en el caso de máxima eficiencia en la gerencia de sus recursos.

Las alternativas desarrolladas para aumentar la afiliación de estas instituciones se enfrentan claramente con problemas de incentivos: no existe motivación para contribuir a un sistema de aseguramiento social sino hasta el momento de enfermedad o ante la presunción de uso próximo. Asimismo, el pago de las primas se suspende una vez concluido el motivo de uso. Las experiencias recientes en esta dirección requirieron de la generación de estructuras laterales de control (como en el caso de los mineros bolivianos y la Caja Nacional de Salud<sup>3</sup>), o

<sup>3</sup> Recientemente, la Caja Nacional de Salud boliviana estructuró un convenio con los empresarios mineros del país para brindar protección sanitaria a sus trabajadores. Dada la característica “golondrina” de estos empleos, el trabajo formal constituye una excepción. Las autoridades de la CNS lograron establecer la

incentivos adicionales (en Argentina, los trabajadores por cuenta propia reciben beneficios impositivos por inscribirse como tales –monotributo-, lo que requiere como uno de sus requisitos la afiliación al sistema de aseguramiento social de las Obras Sociales Nacionales).

Asimismo, uno de los problemas más severos de los sistemas de aseguramiento social en la región se asocia con su nivel de segmentación y fragmentación de fondos. Ello afecta doblemente al sistema de salud: en primer lugar, genera incentivos al comportamiento oportunista de alguna de las partes, que culmina en la existencia de subsidios cruzados no deseados entre subsectores. Estos subsidios involucran generalmente ineficiencias en el uso de recursos escasos, y por tanto afectando la equidad del sistema (menores recursos se encuentran disponibles para reducir la brecha de atención). Los casos de subsidios entre el Seguro Público de Salud y las Cajas de aseguramiento en Bolivia, o los hospitales públicos argentinos y el sistema de obras sociales son algunos de los múltiples ejemplos reconocibles en la subregión.

El segundo aspecto, pobremente identificado y estudiado en la literatura regional, se asocia con la multiplicidad de fondos al interior de los sistemas de aseguramiento social (subsistemas dependientes del Ministerio Público y de Institutos de Seguridad Social, como en Argentina, Paraguay, Bolivia y Uruguay, o distintas instituciones de aseguramiento a trabajadores formales, como en Argentina, Uruguay y Bolivia). Ello reduce las posibilidades de estructurar sistemas de seguros sustentables, dificultando la absorción de riesgos al interior de cada uno de ellos, y multiplicando la carga administrativa del sistema en su conjunto. La fragilidad financiera de cada subsistema se potencia ante un evento de crisis macroeconómica, limitando la capacidad de respuesta de cada institución por separado, y afectando generalmente a los grupos de menores recursos, que deben incrementar el gasto en salud privada o en medicamentos, aún a expensas de otros consumos. Las reformas en salud, contrariamente a lo esperado, actúan compartimentadamente, sin incorporar el concepto de riesgo sanitario común, y desestimando las reacciones que los cambios en un subsistema provoca sobre los restantes.

Un aspecto adicional de los sistemas estudiados es el “descreme” del sistema de salud por parte de esquemas de seguro privado o cuasi-privado, que resienten el financiamiento de un seguro social, restándole sustentabilidad. El ejemplo clásico para ilustrar este fenómeno es el de las ISAPRES en Chile, que reciben las contribuciones de aquellos grupos poblacionales con mayor capacidad contributiva y menor riesgo sanitario. Sin embargo existen otros ejemplos subregionales, como la mencionada relación entre el Ministerio Público y las IAMCs en Uruguay, la relación entre proveedores privados y el SUS en Brasil, o el comportamiento de algunas Cajas de Aseguramiento en Bolivia.

---

*contribución del sector a partir de un porcentaje de las exportaciones de mineral, las cuales son capturadas tradicionalmente por el sistema de estadísticas del país (Maceira 2002a).*

Uno de las iniciativas más destacables de la reforma en salud de la región, y que tiene como objetivo establecer un esquema equitativo de acceso y financiamiento solidario, es la definición de paquetes médicos básicos de servicios. A partir de ellos se establece un costo definido para un grupo conocido y exigible de prestaciones, generalmente acompañado por una estructura de redistribución de fondos entre instituciones del sistema. Ello se ha realizado en Brasil mediante el SUS, y a través del Piso Básico de Atención (PAB), y al interior del subsistema de obras sociales nacionales en Argentina, a través del PMO. Actualmente las autoridades chilenas se encuentran abocadas a esta tarea a través del plan AUGE y a la creación de un fondo de redistribución entre ISAPRES y FONASA. Iniciativas puntuales en la creación de reservas para accidentes catastróficos (baja incidencia y alto costo) se encuentran en el Fondo Nacional de Recursos para el IMAE, en Uruguay, y el sistema de cobertura del APE, ente autónomo dentro de la Superintendencia de Seguros de Salud de Argentina, que supervisa a las Obras Sociales Nacionales.

La definición de un paquete médico o piso de servicios básico constituyó una herramienta programática eficaz en naciones con gran déficit de cobertura sanitaria, como Bolivia. Originalmente focalizado en la población materna e infantil, el llamado Seguro de la Madre y el Niño estableció un paquete de intervenciones obligatorias que luego se extendieron a toda la población. Una experiencia similar se encuentra actualmente en desarrollo en las Regiones Sanitarias del Paraguay y en grupos focalizados de algunas provincias argentinas. En todos los casos, la cooperación con efectores de los institutos de seguridad social y del sector privado fueron incorporados, a fin de aumentar la cobertura de la iniciativa. Sin embargo, estos instrumentos resultan válidos como aplicaciones de corto plazo, en tanto no revisten características de aseguramiento, y sus fuentes de financiamiento no son sustentables en el tiempo. Su combinación con mecanismos estructurales requiere de esfuerzos adicionales de política sanitaria y económica.

En resumen, la necesidad de coordinar subsectores, no necesariamente a partir de unificar presupuestos, sino mediante el establecimiento de prioridades y objetivos conjuntos, constituye el eje básico de un sistema de seguridad social en salud más eficiente y equitativo. A partir de la coincidencia en objetivos podrán crearse mecanismos transparentes de solidaridad entre subsistemas que reduzcan la brecha en salud. Para ello es necesario, asimismo, identificar eslabonamientos entre los mecanismos de información, investigación, regulación y pagos, que hagan viable cualquier esquema propuesto. Con este fin, la agenda de trabajo incorpora intensamente el desarrollo de sistemas de información y control, la identificación de prioridades de salud y estructuras de riesgo sanitario entre regiones y grupos, y el diseño de mecanismos de incentivos que faciliten la cooperación entre actores (funcionarios, profesionales, prestadores públicos y privados, industrias intervinientes y la ciudadanía).

## **6- Bibliografía**

- Castro, R. (2002), ¿AUGE infinito?, *Libertad y Desarrollo* No. 597, Santiago de Chile, Chile.
- Coelho Campino, A., Díaz, M., Nunes, A., Oliveira, R., Paulani, L. y Piola, S. (2001), Health System Inequalities and Poverty in Brazil, en *Investment in Health: social and economic returns*, Scientific and technical publication No.582, OPS, Washington.
- DGEEC (2001), *Encuesta Continua de Hogares 2000/01*, Paraguay.
- Gandolfo, Juan Giaconi (1994), El Sistema de Salud Chileno, en *Boletín de la Escuela de Medicina*, número 23, Universidad Católica de Chile.
- INE (2001), *Encuesta de Hogares 1999*, Bolivia.
- INE (2000), *Encuesta Continua de Hogares 2000*, Uruguay.
- Fernández, J., Mitjavila, M. y Moreira, C. (2002), Evaluación de la reforma de salud en Uruguay: equidad y redefinición del welfare state, CIESU. Montevideo, Uruguay.
- Leighton, C. y D. Maceira (1999), Guía básica de política: Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud, *Iniciativa Reforma del Sector Salud, Ediciones Especiales no. 2*, OPS-USAID-PHR-FPMD-DDM.
- Maceira, D. (2002a), Organización y funcionamiento de las cajas de salud en Bolivia. Aportes para una estrategia de seguimiento y evaluación, mimeo.
- Maceira, D. (2002b), Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino, WP7/02, *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. (2001), Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe, *Iniciativa Reforma del Sector Salud, Ediciones Especiales no.3*, OPS-USAID-PHR-FPMD-DDM.
- Medici, A. (2001), Los gastos de salud en las familias en Brasil: algunas evidencias de su carácter regresivo, *BID, Washington*, mimeo.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay, página de Internet: <http://www.mspbs.gov.py/hiermenux.html>
- OPS (2002), Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay, *Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*.
- OPS (2001), Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Brasil, *Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*.
- OPS (1998), La Salud de las Américas, *Washington*.
- OPS (1998), Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencia en Chile, *Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo*.
- Peña, R. (1999), Análisis del Sector Salud del Paraguay, en *Iniciativa Reforma Sector Salud*, OPS.
- Puglise, L. y Tricánico, R. (2001), Informalidad y Seguridad Social en Uruguay. Análisis Cualitativo. Entrevistas en profundidad en diferente sectores de actividad, mimeo.

- Sandoval, H. (2002), La ampliación de la Protección Social en la Reforma de Salud en Chile, *Ministerio de Salud de Chile. Presentación en el Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, Buenos Aires, Argentina.*
- Sapelli, C. y Vial, B. (2000), Selección adversa y riesgo moral en los seguros de salud en Chile. Relación entre la demanda por prestaciones médicas y el seguro de salud, *mimeo.*
- SIEMPRO (2001), La afiliación a sistemas de salud, *Serie encuestas de desarrollo social y condiciones de vida no. 8, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Buenos Aires, Argentina.*
- SIEMPRO (2001), La utilización de servicios de atención de la salud, *Serie encuestas de desarrollo social y condiciones de vida no. 10, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Buenos Aires, Argentina.*
- Vieira, C. coordinador (2002), Hoja resumen sobre desigualdad en salud: Paraguay, OPS, *División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas públicas y Salud.*



*Centro de Estudios de Estado y Sociedad  
Sanchez de Bustamante 27  
1173 – Buenos Aires – Argentina*

*Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204  
Fax (54 11) 4862-0805  
[www.cedes.org](http://www.cedes.org)*