ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Maceira, Daniel

Working Paper

Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe

Working Paper, No. 335

Provided in Cooperation with:
Inter-American Development Bank (IDB), Washington, DC

Suggested Citation: Maceira, Daniel (1996) : Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe, Working Paper, No. 335, Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, Washington, DC

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/87870

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

I.- Introducción

La diversidad al interior de la región constituye un rasgo saliente del sector de servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe. Ello se observa no sólo en términos de los recursos que cada país invierte en el sector, sino también en los resultados alcanzados y en las instituciones encargadas de proveer estos servicios. Asimismo, las demandas de atención no son homogéneas, estando fuertemente asociadas con patrones epidemiológicos disímiles. El objetivo del presente trabajo es el de describir las características generales de los sistemas de prestación de servicios de salud de la región, observados desde el punto de vista de la organización de los mismos. A partir de ello se busca establecer patrones intra-regionales de comportamiento en la prestación, en base a los roles jugados por cada uno de los actores participantes en la oferta -prestadores públicos, privados y sistemas de seguridad social- y la interacción entre ellos, siendo sus condicionantes los recursos destinados al área y las estructuras de incentivos sobre las cuales los distintos sistemas se articulan[1].

La **asignación de fondos al sistema de salud**, muestra marcadas diferencias entre los países de la región, revelando la inexistencia de un patrón homogéneo de comportamiento. El primer aspecto que destaca esta asociado con la dispersión en los fondos per cápita asignados por cada nación: medido en dólares internacionales, esta relación alcanza una proporción de 1:10 al considerarse las dos naciones extremas (Barbados, 636 Intl$, Haití 62 Intl$)[2].

Al listar los países de la región, ordenados en términos del gasto total -público, privado y de seguridad social- en salud, estas diferencias en la asignación de recursos se hacen mas evidentes. Tomando dos grupos de naciones cada uno, compuestos por los ocho primeros y los ocho últimos países de la tabla -ambos con poblaciones aproximadas de 55 millones de personas cada uno-, el total de dólares per cápita del primer grupo (Bahamas, Bermudas, Costa Rica, los países del Cono Sur, Trinidad&Tobago y Panamá) es de 425 Intl.$, en tanto que en el segundo (Haití, Perú, Bolivia, Paraguay, Honduras, El Salvador, Guyana y Nicaragua), sólo alcanza a 89 Intl.$[3].

Un segundo aspecto se relaciona con el **porcentaje del PBI invertido en salud**. Nuevamente, la dispersión es significativa: algunas países (Costa Rica, Argentina) cuentan con porcientos mayores a los tradicionalmente encontrados en naciones desarrolladas, o ligeramente inferiores (Uruguay, Panamá, Chile), en tanto que en otras, esos indicadores apenas superan un tercio de

1 El estudio considera a las 26 naciones prestatarias del Banco Interamericano de Desarrollo.

2 Para una información detallada a nivel de cada país de la región, ver Tabla 1.

3 Los valores se encuentran expresados en dólares internacionales de 1990 (Fuente: Govindaraj et al. 1995), permitiendo comparaciones internacionales.

Intercalar Tabla1

la inversión en los países de referencia (Perú, Ecuador y Paraguay, con 3.1, 3.7 y 3.9% del PBI respectivamente).

Un tercer aspecto se relaciona con el **mix público-privado** en la estructura de financiamiento del sector salud al interior de la región. De acuerdo con la información disponible[4], tampoco existe un patrón homogéneo en esta dirección, tal que Costa Rica cuenta con una proporción publica-privada de 80-20 (en % del gasto total en salud), en tanto que Paraguay registra la tasa opuesta (20% público - 80% privado).

Las diferencias en gasto total, porcentajes del PBI y composición público-privado se reflejan también en resultados demográficos (esperanza de vida, mortalidad infantil), de capacidad de atención (maternidad asistida profesionalmente, vacunación, cobertura), y de organización de los subsistemas de prestación.

En términos de **mortalidad infantil** la dispersión es de aproximadamente uno a diez, con el mínimo en Barbados, con una tasa de 9 por mil nacidos vivos -comparable con las naciones más desarrolladas del planeta- y un máximo en Haití, con 86 por mil. Considerando el indicador de **esperanza de vida** al nacer, la diferencia entre los casos extremos de la región es de veinte años (Costa Rica 76.2 - Haití 56.6).

Estas diferencias subsisten al interior de cada país. En Perú, la variación en la tasa de mortalidad infantil se duplica cuando se observan los indicadores del Callao (52.4 por mil) e Inka (102.8 por mil), en tanto que la esperanza de vida es de 70.2 y 52.9, respectivamente. Las diferencias en Colombia son aún más notorias en el caso de mortalidad infantil (Sucre, 25.7 por mil, con la menor tasa del país, y Choco, 78.2), en tanto que en términos de esperanza de vida, la dispersión es similar (70.91 y 54.78, respectivamente)[5].

La **atención profesional al nacer** alcanza su máxima cobertura en Uruguay y Venezuela, con un 99% del total, y su mínimo en Ecuador y Paraguay, con 23 y 27% respectivamente. Las diferencias intraregión también se hacen presentes en el rubro de atención preventiva. El nivel de **cobertura en inmunizaciones** para niños menores de un año es de 95% en Uruguay, en tanto que solo alcanza un 30% en el caso haitiano.

4 Govindaraj et al.(1995), Suarez et al.(1995).

5 Fuentes: Perú, información para el año 1989, AThe Development Group (1991); Colombia, Florez y Méndez (1995).

Mirado la región en función de su **perfil epidemiológico**, nuevamente la variación entre naciones del continente son contundentes. En tanto que un grupo de países se encuentra transitando un estadio de post-transición en términos epidemiológicos, con alta incidencia de enfermedades crónicas y no transmisibles en sus tasas de mortalidad, un número significativo de naciones aún no alcanzaron a eliminar como principales causas de muerte a enfermedades contagiosas y evitables, como el dengue, tuberculosis, diarrea, entre otras[6].

Las diferencias al interior de la región no se agotan allí. Las **modalidades de organización** de los servicios de salud presentan estructuras heterogéneas, que son relevantes no sólo al momento de considerar cuál es el sistema de financiamiento o quiénes los encargados de la provisión de los servicios, sino también porque ello está asociado con estructuras de pagos de los oferentes y con mecanismos de racionamiento de la demanda. Este será el foco central del presente trabajo, fundamentalmente dirigido a incorporar elementos de organización industrial y mecanismos de incentivos en la discusión sobre sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe.

En las próximas páginas se presenta una caracterización de estas estructuras de prestación. Si bien en todos los países de la región el sector público juega un rol importante en la provisión de servicios, su capacidad de absorber las demandas de salud se redujo significativamente durante las últimas décadas. En este trabajo se argumenta que las fallas de organización en las estructuras burocráticas y de atención -basados en los mecanismos de pagos utilizados y la resultante generación de incentivos-, sumadas a restricciones financieras, llevaron a una reconversión sectorial, en la cual el sector privado juega un rol determinante. La provisión de servicios y la asignación de recursos queda entonces definida entre prestadores con capacidades relativas dispares, donde dos factores resultan fundamentales: la diversidad al interior del sector privado (dentro de cada país y a nivel regional), y los modos de organización al interior del sector público, tanto a nivel horizontal (relaciones entre prestadores públicos y de los sistemas de seguridad social), como vertical (división de funciones, asignación de recursos y descentralización).

Como primer paso, en la sección II se definen las características de los actores participantes en el sistema de prestación, los objetivos planteados por cada uno de ellos y las estructuras de asignación de recursos utilizadas para llevar a cabo esos objetivos. Se identificarán entonces ciertas deficiencias de funcionamiento, provocados no sólo por las falencias de cada subsistema -público, de seguridad social, privado-, sino también a partir de la interaccion entre ellos. A partir de este análisis general, en la sección III se define la existencia de bloques intra-regionales, de acuerdo a la organización de sus sistemas de atención. Para ello se ha consultado una amplia bibliografía sobre el particular, a partir de la cual se han establecido indicadores relativos entre países por tipo de prestación. Complementariamente, la sección IV plantea una dinámica simplificada del proceso de cambios en la cobertura sanitaria.

Finalmente se discuten ciertas limitaciones generales en la organización de las estructuras

6 Dentro del primer grupo de países se encuentran Argentina, Barbados, Bahamas, Chile, Costa Rica, Jamaica, Trinidad y Tobago y Uruguay. En el segundo grupo están presentes Haití, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Perú, Bolivia, Guyana, Paraguay y Honduras.

prestadoras, asociadas con mecanismos de información y control, y sus efectos sobre la cobertura de los sistemas, su calidad y costos relativos. Se concluye el trabajo con el análisis de las ventajas y riesgos asociados con el componente de descentralización en las reformas iniciadas por algunos países de la región.

II.- Organización de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe.

II.1.- Características distintivas de los mercados de salud.

Los mercados de servicios de salud cuentan con características que los diferencian de otros mercados. La primera de ellas se origina en la definición misma del bien "salud", la cual difiere entre individuos y provoca que ante un mismo evento de enfermedad algunas personas demanden servicios de salud, mientras que otras no recurran a atención medica alguna.

La segunda diferencia está dada por el concepto de "demanda inducida": dada la existencia de información asimétrica entre el médico y el paciente en favor del primero, una vez que la primera consulta se efectúa, la demanda de servicios adicionales puede ser inducida por el prestador, teniendo control sobre la demanda del bien a proveer. Este fenómeno permite la posibilidad de "sobreconsumo" en la medida que el agente proveedor no necesariamente comparta los objetivos del principal (en este caso, el paciente), y sus decisiones se orienten hacia la generación de beneficios económicos adicionales.

Una tercera característica es que el consumidor de servicios de salud es a su vez "materia prima" del bien a proveer. En otras palabras, el resultado salud-enfermedad no depende solamente de la calidad y cantidad de servicios de salud prestados, sino también de factores ajenos al servicio, tales como su nivel de ingreso, su estado de nutrición, la educación recibida por él o su entorno familiar, la infraestructura sanitaria -agua potable, redes cloacales- de la región donde vive, etc.

Este elemento cobra relevancia al momento de evaluar la efectividad de los sistemas de salud, en tanto que los indicadores tradicionales de performance -mortalidad infantil, esperanza de vida- dependen no sólo de la calidad y cobertura del servicio, sino también de variables externas al sistema.

A su vez, las variables propias de los servicios presentan inconvenientes de medición. La razón es que incorporan componentes de calidad que son difícilmente observables, limitando su evaluación. Un ejemplo ilustra esta dificultad: una de los indicadores utilizados en la caracterización de servicios de salud es el porcentaje de nacimientos atendidos por personal profesional. Se considera que cuanto mas alto es este porcentaje, el sistema es mas efectivo. Sin embargo, pueden identificarse casos de alta mortalidad neonatal y elevadas tasas de atención profesional del parto. Las razones de esta aparente "inconsistencia" pueden estar dadas por factores externos al sistema de salud -problemas de nutrición, falta de agua potable-, a elementos provenientes del propio sistema -fallas en las campañas de vacunación-, como también a falencias en la calidad de la atención profesional.

II.2.- El Sector Público.

II.2.1.- El Estado juega un rol fundamental en los mercados de salud

Dada estas características, y considerando que bajo un sistema de precios de mercado una proporción en muchos casos significativa de la población quedaría sin posibilidades de consumir servicios de salud, es que el Estado es llamado a jugar un rol protagonico en los mercados de prestaciones de salud.

Este protagonismo se extiende desde el establecimiento del marco normativo para el funcionamiento del sector, pasando por la obtención y difusión de información sobre cumplimiento de estandárdares de calidad y acceso, hasta el de financiamiento directo de la atención, persiguiendo objetivos de equidad. Esta participación resulta tan relevante que

en muchos de los países de la región existen normas formales -leyes, constituciones nacionales-, en las cuales estas funciones aparecen explícitamente manifiestas como obligaciones de gobierno.

La prestación de servicios de salud por parte del Gobierno se realiza a través de una red de centros de atención primarios, secundarios y terciarios, con mayor o menor nivel de coordinación en cuanto a las funciones a desarrollar y a la estructura de derivación de pacientes. Estas bocas de atención son el contacto con los usuarios de una estructura jerárquica que tiene su vértice en el Ministerio o Secretaría de Salud de la Nación, a cuyo nivel se definen las estrategias sanitarias del país, y que continúa -con diferentes grados de delegación- hacia niveles estaduales, municipales, etc.

Las fuentes de financiamiento son mayoritariamente fiscales y de recaudación central, aunque en oportunidades existen fondos adicionales provenientes de ingresos públicos específicos (ingresos petroleros en Venezuela, lotería en Nicaragua y Colombia), o de organismos multilaterales, organizaciones sin fines de lucro y métodos de recuperación de costos a nivel del proveedor.

La población cubierta por instituciones públicas de salud varía dramáticamente entre naciones de la región, encontrando casos de baja cobertura relativa, en torno al 25% (Haití, Perú y Paraguay), como también naciones donde la responsabilidad de la atención sanitaria recae mayoritariamente en el área pública, con porcentajes de cobertura que superan el 70% (Costa Rica, Bahamas y Barbados). Sin embargo, estas cifras son aproximadas, habiendo poca información disponible sobre porcentajes de cobertura real[7].

El hospital es una de las instituciones creadas como instrumento de política pública en salud. Basado en un criterio de atención gratuita (precio cero), ha intentado ampliar los beneficios de la salud hacia sectores sin cobertura. Sin embargo ello ha generado dificultades que atentan contra el logro de los objetivos planteados. Amén de los problemas presupuestarios originados en instancias diferentes al sistema de salud, existen otros inconvenientes propios de los incentivos que el sistema genera. Ellos están asociados con la restricción a controlar costos, dada la ausencia de precios, y con la falta de estructuras de contratos que asocien la performance del sistema y sus operadores con los resultados esperados. El concepto de efectividad en la provisión de bienes públicos de salud queda entonces deteriorado. La asignación de recursos no se corresponden con las necesidades de la población, llevando a una pérdida en la capacidad del Estado para resolver los aspectos que lo llevan a participar en el sector. La imagen final es la de una pobre asignación de recursos escasos, que deja altos contingentes de población con necesidades de salud insatisfechas.

II.2.2.- Fallas en los mecanismos de incentivos en el hospital público

La relación entre los recursos humanos participantes en la provisión de servicios públicos y el Estado financiador constituye un claro ejemplo de relación de agencia. En ella, el médico es el agente a cargo de proveer un servicio contratado por un principal (el Gobierno). Sin embargo, los objetivos del agente no siempre se encuentran alineados a los del principal. Si bien existen motivaciones asociadas con principios de solidaridad que inducen al prestador a ejercer una práctica efectiva, otros elementos relacionados con fines de lucro inciden en el esfuerzo depositado en sus funciones.El agente recibe una retribución por su tarea, que debería estar asociado a su desempeño, tal que lo incentive a cumplir con las metas que el principal definió al momento del contrato. Dado que la realización de este contrato se efectúa ante condiciones de incertidumbre -debido a las condiciones iniciales de los pacientes, su concurrencia a los centros de salud, etc.-, el agente cuenta con cierto espacio para ejercer discrecionalidad.

---

7 Las razones son: (a) la diferencia -en muchos casos sustancial- entre los objetivos de cobertura declamados y la población efectivamente asistida. (b) la elección del proveedor varía de acuerdo al servicio demandado. Una tendencia verificada en varios países de la región refleja una preferencia por parte de la población de servicios privados en atención ambulatoria, en tanto que el sector público sigue siendo elegido como proveedor principal en los tratamientos que requieren internación.

Sin embargo, la estructura de pagos en el sector público, basado en salarios fijos, no está asociada al desempeño del profesional, aumentando los incentivos naturales a postergar las metas sociales establecidas por el gobierno en beneficio de las propias[8]. Ello se ve agravado por la falta de mecanismos de control y monitoreo sobre los resultados del sistema.

El sistema de asignación de fondos públicos en salud sigue un patrón fuertemente homogéneo en veinticinco de los veintiséis países analizados en la región. Este patrón se genera en dos pilares: el primero es que, con excepción hecha en el caso brasileño, los sistemas públicos de provisión de salud en América Latina concentran fuertemente el financiamiento y la prestación de servicios. El segundo es que los sistemas de asignación de fondos siguen pautas extremadamente rígidas en términos de contratación y despido de personal, estructuras de premios y ascensos, compra de insumos y definición del >mix= de producción de servicios de cada institución, poco permeables a fluctuaciones en las necesidades de la población y al desempeño de los servicios y agentes involucrados.

8 Salvo en aquellos casos donde el trabajo en zonas rurales genera compensaciones monetarias adicionales, las remuneraciones se mantienen constantes a cualquier nivel de calidad y a cualquier nivel de esfuerzo del personal.

Los datos observados confirman esta visión: el ausentismo, la caída en el número de horas trabajadas, y la falta de motivación son moneda corriente, deteriorándose como consecuencia la calidad de los servicios. Los médicos optan por dos alternativas. La primera es aumentar su ingreso vía la practica privada paralela, sirviéndose de la derivación de pacientes públicos a consultas particulares, muchas veces realizadas al interior de las mismas instituciones públicas que los contratan[9]. Los pacientes ven en esta práctica un modo de evitar largas colas y servicios deficientes, prefiriendo en ocasiones derivar fondos de consumos básicos con el fin de recibir un mejor servicio. De este modo, la práctica pública constituye una suerte de >publicidad= para el medico, quien >diferencia su producto= frente a otros profesionales que no participan en el sector oficial, aumentando su ingreso al tiempo que reduce su esfuerzo en el centro público.

La segunda alternativa es abandonar la práctica pública y concentrarse en la prestación de servicios particulares. Ello ocurre en los casos en que la calidad de la prestación de servicios en centros oficiales es lo suficientemente baja como para perjudicar su reputación, a tal punto que la ventaja de atraer clientes por esa vía no compensa su participación en el hospital público.

En la gran mayoría de los sistemas de salud pública nacional, la capacidad de contratar, despedir y promover personal es ajena a las atribuciones del director del centro de salud. Ello implica que la mala actuación de un médico no puede penalizarse dentro del centro en el que está contratado. Igual problema se presenta en el caso de promociones y recompensas al personal con actuación destacada. Asimismo, las vacantes que quedan disponibles en los centros de salud necesitan generalmente de autorización central para ser cubiertas[10].

---

9 En algunos casos, como los de Costa Rica, Jamaica y Barbados, este criterio se ha incorporado formalmente a las normas de funcionamiento del sistema público de salud, de tal modo que los profesionales con empleo público (y con cierta categoría y años de antiguedad, en el caso de Barbados), cumplen jornadas reducidas de trabajo y tienen la potestad de recibir pacientes privados en las instalaciones públicas, siempre que ello se practique fuera del horario de atención estipulado. Los fondos recaudados en ocasiones son retenidos por los médicos como ingreso particular, mientras que en otras se distribuyen entre el médico y el centro de salud, recibiendo ambos ingresos adicionales.Si bien ello implica una aceptación de las limitaciones financieras del sector y una forma de cubrir las necesidades sociales y las de los profesionales, genera incentivos dudosos en términos de equidad. El argumento es que el profesional tendería a aumentar las transferencias de pacientes desde el horario >público= al >privado= a fin de aumentar sus ingresos, limitando en consecuencia el acceso a grupos de menores recursos. Nuevamente, la falta de mecanismos de control adecuados facilitan este comportamiento.

10 Las excepciones presentes en la región son incipientes en el sector público. Ellos son el caso de los >FAPs netos= en Chile y de la distribución del Situado Fiscal y otros fondos públicos en el proceso de reforma en Colombia. Los mecanismos diseñados buscan -dentro de un proceso de descentralización- asignar recursos por institución de salud,

considerando en el método de distribución las necesidades de la región donde el centro esta ubicado, así como el tipo y cantidad de servicios que presta.

Al mismo tiempo, pocos o ningún mecanismo de incentivos son considerados en la asignación de fondos para centros asistenciales y hospitales. Los partidas presupuestarias son distribuidas en función de montos históricos, no relacionados con las necesidades actuales de la población. Al igual que en el caso anterior, los incentivos generados por el sistema de pago desalientan cualquier tipo de mejora en la atención.

II.2.3.- Criterios adicionales en la asignación de recursos públicos en salud

Dos elementos adicionales completan la descripción de los mecanismos de asignación de fondos al interior del sector público.

El primero de ellos se refiere a los criterios de poda presupuestaria durante los años de ajuste estructural y de planes de estabilización. Si bien estos procesos tuvieron lugar en el pasado reciente, sus efectos son duraderos, ya que el >modo= de recortar partidas al interior del presupuesto en salud produce un ordenamiento de prioridades, no siempre adecuadas a las necesidades de la población a proveer.

En ocasiones, la existencia de capacidad e infraestructura ya instalada determina un sesgo asignativo en favor de servicios curativos, en detrimento de los preventivos. Sin embargo, la preferencia por estos últimos produciría una menor utilización futura de los primeros. Este argumento sugiere la necesidad de diseñar una estrategia intertemporal en el área de la salud, a partir de la cual puedan tomarse decisiones de corto plazo que sean efectivas socialmente, aún en períodos de escasez.

El segundo aspecto esta dado por falencias adicionales en la asignación de recursos que tienen su origen en pasos previos a la llegada de fondos a las instituciones de salud. Entre ellas pueden mencionarse:

- Ineficiencias y dilaciones en la aprobación de los presupuestos públicos en el ámbito del poder legislativo. La capacidad de planeamiento y asignación de los centros ejecutores se ha visto cercenada por una carencia de información acerca de los recursos con los que se dispondría en el período siguiente[11]. Este proceso se vuelve más complejo en la medida en que la economía transita por tiempos de inflación y ajuste, donde los recursos finalmente asignados no se condicen con los niveles de gasto que deben realizarse, aún cuando sólo se pretenda mantener las metas alcanzadas en el pasado.

- Fallas y dilaciones administrativas y burocráticas en la asignación de recursos, donde aspectos relacionados con estructuras clientelísticas entran en juego.

II.3.- Los sistemas de seguridad social y su relación con la estructura pública de prestación.

Al igual que en el sector público, diferencias importantes se verifican en cuanto a la población cubierta entre países por el sistema de seguridad social, como así también entre la población afiliada y la efectivamente atendida. Entre los sistemas de mayor cobertura se destacan el caso de Argentina (alrededor de un 50% de la población cubierta), y Panamá, México y Surinam, con porcentajes superiores al 30%. En el extremo opuesto, se encuentran Nicaragua, Haití y República Dominicana, con coberturas inferiores al 10% de la población.

Los sistemas de seguridad social (SSS) fueron creados con el objeto de financiar la atención de servicios de salud de la población mayoritariamente urbana con trabajo en relación de dependencia. Los fondos de operación son, en

11 El incumplimiento de los plazos fijados por la ley para la aprobación de los presupuestos nacionales por parte del poder legislativo genera un retraso en la asignación de recursos a cada línea presupuestaria. En tanto este proceso no se completa, los organismos públicos deben operar con adelantos de presupuesto a cuenta de la asignación final, la cual es conocida posteriormente.

general, independientes de aquellos que financian al sistema de salud pública. Ellos provienen de las contribuciones obligatorias a los trabajadores y sus empleadores. En algunos casos, una proporción de los fondos disponibles proviene formalmente de aportes estatales.

Salvo en el caso de la Argentina, donde el SSS se encuentra en manos de los sindicatos, organizados por rama de actividad, en el resto de los países que cuentan con SSS, su propiedad es pública, y la administración de esos fondos recae en una oficina estatal independiente.

Por sus características, el SSS es una institución que ofrece servicios sólo a sus afiliados naturales (en algunos casos, se agregan aportantes voluntarios independientes) y familiares (con excepción de Uruguay y Ecuador), y cuenta con instalaciones propias o subcontratadas para atender las demandas de sus afiliados.

Los mecanismos de asignación de recursos al interior de las instituciones propias son similares a los presentes en el sector público (salarios fijos, presupuestos historicos, etc.). En los casos de subcontratacion en la provisión de servicios, los acuerdos entre la seguridad social y los prestadores se realizan generalmente en base a capitación, definiéndose la existencia o no de copagos por parte de los usuarios.

Los sistemas de negociación de precios unitarios por prestación entre la seguridad social y los proveedores privados encuentran modalidades muy diversas al interior de la región. En el caso de Uruguay, la autoridad pública ejerce un fuerte control sobre el valor de las primas, las cuales son negociadas anualmente, definiéndose a partir de ellas los contratos entre el Dirección de Institutos Sociales por Enfermedad (DISSE) y los Institutos de Asistencia Medica Colectiva (IAMCs). En el sistema de seguridad social argentino, existen >precios públicos de referencia= por prestación -el Nomenclador Nacional- a partir de los cuales las Obras Sociales y sus contrapartes privadas determinan los valores de las cápitas. Sin embargo, la norma en la región está dada por la falta de regulación oficial sobre el sistema de contratación.

De acuerdo a la tabla 2, veintiuno de los veintiséis países considerados cuentan con sistemas de seguridad social. Sólo Chile y el Caribe Inglés (Barbados, Bahamas, Jamaica y Trinidad&Tobago) carecen de este tipo de instituciones. Sin embargo, diferencias sustanciales se verifican entre los sistemas de seguridad social de la región:

- Brasil, Nicaragua y Costa Rica poseen sistemas unificados de atención, basados en una estrecha relación entre la actividad del Sector Público y la de los SSS. El caso extremo es el de Costa Rica, donde existe una división específica de tareas: el subsistema público se encuentra a cargo de la medicina preventiva, en tanto que el SSS atiende toda atención curativa, para cualquier ciudadano de la nación.

- Panamá y México, si bien mantienen estructuras separadas entre las instituciones públicas y las de la seguridad social, presentan subcontratos específicos de amplia magnitud. En ambos casos, el subsector público financia la atención de ciertos grupos de población rural, cuyos servicios son provistos por el SSS del país, en instalaciones propias de la seguridad social.

- Argentina, en el otro extremo, no solo tiene separados los sistemas en cuanto al financiamiento y la provisión, sino también en la propiedad, la cual se encuentra en manos sindicales. Los fondos recaudados son transferidos a cada >Obra Social= -las que superan en número las 360-, siendo sus recursos administrados separadamente.

- Los 14 países restantes se presentan con instituciones separadas, aunque ambas funcionando bajo el sector estatal. Ello no impide que existan contratos específicos entre ambas instituciones en varios de los países de este grupo, a partir de los cuales una de las partes contrata a la otra para la provisión de algún servicio específico. Las columnas 4 a 6 de la Tabla 2 muestran la dirección de esos contratos.

En este último bloque de países, tres casos diferenciales deben incorporarse. El primero es el de Belize y Guyana, países cuyos sistemas de seguridad social no cubren servicios generales de salud, financiando al afiliado sólo en casos de catástrofes (muerte, accidente, inhabilidad) o maternidad.

El segundo es el caso ecuatoriano, que se distingue por la existencia de un sistema de transferencia de pacientes públicos hacia una Organización No Gubernamental (ONG) -la Junta de Beneficencia de Guayaquil-, partiendo de un convenio similar al presente en Panamá y México entre el sector público y la seguridad social, aunque este esquema sólo es válido en la ciudad de Guayaquil y alrededores, área donde tiene influencia la ONG.

El tercero es el caso colombiano, que transita por un proceso de cambio profundo en su modo de

Intercalar Tabla2

atención, en el que el antiguo sistema de seguridad social se ha constituido en una institución pública separada, que compite en paralelo con entidades privados de salud[12].

II.4.- Incentivos cruzados entre el sector público y de seguridad social: Free-Riding.

La falta de canales adecuados para la transmisión de información posibilita la existencia de estructuras de comportamiento oportunista , que se traducen en ciertas relaciones >de facto= entre ambos subsistemas. Ellos se intensifican a partir de la escasez de fondos en alguna de ellas.

Estas relaciones de facto se generan en la transferencia de pacientes de un sistema a otro, sin mediar por ello ninguno pago adicional. Esto es posible en base a tres factores principales: (a) la existencia de dos instituciones públicas separadas y con graves carencias de coordinación entre ellas, (b) las diferenciales de calidad entre subsistemas y/o (c) la capacidad de la institución >emisora= de transferir pacientes libremente a la entidad >receptora=.

---

12 El sistema colombiano es un ejemplo de >competencia gerenciada=. Este cuenta con un subsistema público que recibe aportes presupuestarios, a lo que se le suma el 1% de lo recaudado por el sistema de seguridad social (EPSs). Por su parte, las EPSs se financian con la contribución salarial de de sus afiliados, cuya elección es voluntaria. Los pagos de seguro en el subsistema de seguridad social están definidas por una prima base establecida a partir de un plan obligatorio de salud, y ajustada por riesgo, edad, sexo y localización geográfica. De lo que recauda cada EPS descentralizadamente, retira su capitación y entrega el remanente a un fondo de redistribución. Cada persona puede optar asimismo por asegurar servicios complementarios, a través del pago de sumas adicionales. Al interior del sistema de seguridad social, cada institución puede contar con instalaciones propias o contratadas. En esta instancia, los mecanismos de pago son fundamentalmente por prestación, virando recientemente a estructuras de capitación. Dado que las primas de seguro y las canastas básicas de servicios son comunes para cada uno de las EPSs, el problema de selección adversa no se encuentra presente en el modelo colombiano, y la competencia se realiza en términos de calidad de servicios. Sin embargo, la falta de escala en la prestación, principalmente en zonas rurales, requiere en oportunidades de mecanismos alternativos que suplan la falta de incentivos en la provisión, como así también la mejora en los sistemas de recaudación, contención de costos y mecanismos de control. Finalmente, el esquema colombiano goza de un importante componente de equidad en la distribuición de fondos al interior del mismo, a través de variados mecanismos tales como la redistribución de fondos entre EPSs, las transferencias al >Fondo de Solidaridad y Garantía= y las estructuras de subsidio a la demanda en el sector público.

Los subsistemas públicos de atención de la salud son abiertos: en tanto haya posibilidades físicas de atención, cualquier persona puede acceder a sus servicios. Por tanto, cuando el sistema receptor es el hospital o centro público de salud, el SSS puede transferir pacientes sin necesidad de contraprestación alguna. De este modo el SSS continua recibiendo los recursos provenientes de la afiliación del paciente, aunque la atención recaiga en el prestador público. En muchas oportunidades, la repetición de este fenómeno genera >autoderivación=: el paciente conoce las deficiencias del sistema y decide acudir directamente a la institución que le dará cobertura[13].

En los casos de sistemas unificados donde existen división de tareas entre dos instituciones burocraticamente diferentes, esta práctica puede ser bidireccional, en tanto el sistema de seguridad social se encuentra abierto a las demandas de los usuarios del subsector público. En oportunidades, ello genera incentivos a la discriminación de consumidores, siendo el modelo de atención panameño una muestra de ello.

Otro tipo de ineficiencia asignativa es el caso de >sobre-oferta= de servicios públicos y de seguridad social en algunas regiones, al tiempo que existen amplias porciones de demandas no cubiertas en otras, generalmente en áreas rurales. En este caso se vuelve evidente las fallas de consistencia entre la asignación de recursos y las necesidades de la demanda de un sistema dual en manos del Estado.

II.5.- El sector privado.

II.5.1.- Diversidad y estructura de funcionamiento.

La existencia de prestadores privados en el área de salud, si bien presentes desde siempre, ha sido revalorizada durante la última década a partir de la crisis prestacional de los sistemas público y de seguridad social. Dentro del sector privado, se observa la existencia de modalidades completamente diferentes, las que pueden descomponerse en la siguiente clasificación:

- Pacientes de cualquier grupo social que prefieren hacer consultas externas en consultorios de médicos particulares, evaluando que su mayor calidad y celeridad de atención compensa los gastos ocasionados por la búsqueda de provisión pública, o que recurren al oferente privado como primera elección. El sistema de pago es >por prestación= e incluye la atención directa en instituciones hospitalarias privadas, aunque este rubro es sólo accesible para estratos económicos elevados.

- Seguros de Salud: Este sector cuenta con una amplia variedad en cuanto a su nivel de desarrollo al interior de la región. En tanto que en ciertos países este rubro constituye la mayor fuente de atención de servicios privados (Argentina, Chile, Uruguay), en otras naciones su presencia ha tenido un crecimiento relativamente reciente (Colombia, República Dominicana, Venezuela, Surinam), siendo prácticamente inexistente en América Central, Bolivia, México y otros. Las fuentes de financiamiento también varían entre países, presentandose estructuras alimentadas por contribuciones salariales (ISAPRES en Chile, EPS en el nuevo sistema colombiano), por pago directo individual o familiar (Seguros privados en Argentina), o por empresas (IGUALAS en la República Dominicana, Venezuela, etc).

- Si bien presentes en la mayoría de los países latinoamericanos, el rol que cumplen las organizaciones no gubernamentales en el área de salud reviste particular importancia en las naciones de menores ingresos relativos. Estos organismos son financiados por instituciones internacionales sin fines de lucro, o a través del aporte de algunas agencias internacionales. (Ejemplos: Haití, Guyana).

---

13 Ello también ocurre entre distintos niveles de atención pública, provocando capacidad ociosa en centros de asistencia primaria y puestos sanitarios, al mismo tiempo que un exceso de demanda a niveles hospitalarios.

- Existen asimismo instituciones privadas sin fines de lucro que participan en la provisión de servicios de salud. Ellas son financiadas con fondos locales, ya sean ellos de origen privado o público, en ocasiones como parte de su inserción en el sistema público de prestaciones de salud (ejemplos: el caso de los IAMCs en Uruguay, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en Ecuador, o de la Medical Mission en Surinam, subcontratada por el gobierno nacional para atender a la población rural del país).

- Porcentajes significativos de la población latinoamericana demandan servicios de salud provenientes de fuentes no formales, tales como curanderas, callawayas, etc. Este fenómeno se encuentra altamente correlacionado con la presencia de poblaciones indígenas o con fuertes raíces africanas en cada nación (Ejemplos: Bolivia, Guatemala, Haití, Paraguay). Sin embargo también constituye una fuente de provisión de servicios de salud de grupos más amplios, que acuden esporádicamente a esta modalidad de atención, aunque ella no sea la alternativa de primera instancia.

- Finalmente, la atención en el hogar como caso extremo, que se extiende desde el caso de la consulta al farmacéutico hasta la no atención total, pasando por la asistencia familiar únicamente.

Los porcentajes de participación de cada uno de los subgrupos mencionados dentro de la estructura privada de atención de salud son desconocidos en la mayoría de los casos, y se hacen más difusos cuanto mas alejados estén de los círculos formales de atención medica y de los centros urbanos donde se concentra la escasa información disponible. Sin embargo, es posible identificar ciertos patrones de comportamiento general. En la tabla 3 se presenta esquemáticamente la Aintensidad@ por país de tres de los grupos de prestadores privados identificados anteriormente. Estos indicadores han sido construídos a partir de la información recogida para cada uno de los países de la region. Puede observarse que la presencia de ONGs y medicina tradicional es generalmente más alta en países de menor desarrollo en sus sistemas de salud, en tanto que no existen una relación identificable entre desempeño y presencia de sistemas de seguros de salud.

II.5.2.- El sector privado genera diferentes incentivos y limitaciones

El sector privado, a diferencia del público, se orienta hacia fines de lucro. La prestación ya no es gratuita y no persigue objetivos de cobertura social. Cuando la práctica privada se caracteriza por ser atomizada, cada proveedor elige el mix precio-calidad-cantidad a ofrecer. Ello le permite ejercer su
capacidad de inducir demanda, aumentar o relajar la calidad de prestación e incluso diferenciar precios entre pacientes con el objeto de obtener el mayor beneficio posible. El pago por prestación caracteriza a sistemas privados atomizados, donde el paciente paga por unidad de servicio recibido, sea éste a través de médicos generales o especialistas, atención de enfermería y parto, o prestaciones provenientes de la medicina tradicional.

En los casos en que el sistema de atención privada se encuentra organizado en torno a esquemas

Intercalar Tabla3

más estructurados de prestación, los móviles de lucro se mantienen, al tiempo que se incorporan nuevos actores a la escena. Ellos son instituciones hospitalarias, sistemas organizados de seguros de salud y otros intermediarios entre la provisión y el financiamiento de servicios. Las relaciones de agencia se multiplican, así también como el menú de contratos posibles, cada uno con distintas estructuras de incentivos[14]. En regla general, el pago por capitación es el sistema empleado por los planes de medicina prepaga, seguros médicos, y sistemas de seguridad social al contratar servicios generales de atención primaria, pagos hospitalarios y, en algunos casos, médicos especialistas[15].

En particular para América Latina, el sector privado de salud esta constituído principalmente por prestadores aislados, sin sistemas de seguros de salud o instituciones hospitalarias que agrupen a profesionales, con excepción del Cono Sur, y crecientemente República Dominicana y Jamaica.

La prevalencia de una u otra estructura en el sector privado de atención de servicios de salud plantea la diferenciación entre dos eventos diferentes: la >capacidad del proveedor de discriminar precios entre consumidores= y la

14 Para un análisis de estructuras de contratos y tipos de incentivos aplicados a sistemas de salud, ver Barnum, Kutzin y Saxenian (1995).

15 En algunos países de la región existen criterios formales para definir distintas categorias de atención. Ellas son establecidas por las partes contratantes, y sobre las cuales se negocian unidades de prestación y valores unitarios, sirviendo de base para el acuerdo de cápitas. Entre ellas encontramos (a) los FAP utilizados por el sector público en Chile para abonar los pagos de servicios en el sistema libre de elección, (b) el Nomenclador Nacional en Argentina, base de las negociaciones entre el sistema de Obras Sociales y sus subcontratados. Este sistema sirve asimismo de referencia para las contrataciones de los sistemas de atención prepaga del sector privado; y (c) el sistema de >procedimientos= en Brasil, utilizado por el sector público para el pago de prestaciones subcontratadas al sector privado. El sistema de categorías de prestación tiene como objeto la contención de costos. Sin embargo, genera incentivos a reducir los niveles de calidad ofrecidos. En muchos casos, ello da lugar a nuevas negociaciones sobre precios por categoria, dependiendo sus resultados de la estructura de competencia del sector prestador y, por ende, del poder de negociación de las partes contratantes. Son aislados los ejemplos de sistemas mixtos de pago de prestaciones de salud, que combinen salarios fijos más cierto adicional por unidad provista. De acuerdo a la literatura sobre el particular, estos sistemas constituyen la alternativa >menos ineficiente= en términos de pagos de servicios medicos (Ellis y McGuire, 1990). Entre estos casos se mencionan los de los Institutos de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) en Uruguay, y recientes emprendimientos en Perú y Costa Rica, también dentro de estructuras cooperativas.

>autodiscriminacion ex-ante de los consumidores=. El primero de ellos implica que un médico que persigue un fin de lucro, está dispuesto a ofrecer el mismo o similar servicio ambulatorio a precios diferentes de acuerdo al paciente, pudiendo cargar un precio menor si identifica que el paciente de otro modo no se atendería, reduciendo su capacidad de ganancia. La información recogida muestra que esta práctica es usual en zonas rurales, poblaciones aisladas e incluso en centros urbanos, llegando al caso de pago en especies. En otras palabras: en la medida en que el proveedor de servicios de salud tenga la capacidad de cargar distintos precios por el mismo servicio al interior de un grupo de consumidores, su capacidad de absorber el >excedente del consumidor= de cada uno de ellos se incrementa. De ese modo, el proveedor será capaz de atender individuos de muy diferente capacidad de pago, generando la posibilidad de salida del sector público de pacientes de menores recursos que sin este mecanismo se mantendrían en el subsistema de provisión del estado o no acudirían a ningún tipo de servicio.

Ello explica que en aquellos países con mayores falencias en el sistema de prestación público y con presencia de un sistema privado atomizado, la búsqueda de atención ambulatoria pueda inclinarse hacia estos últimos, vía servicios de consultas de profesionales médicos, de medicina tradicional o consultas en servicios de salud en ONGs, en tanto que se mantienen orientadas hacia el sector público los casos más onerosos y que requieren de internación.

Por el contrario, los grupos de ingresos medios-altos y altos tienen la posibilidad de dirigirse hacia sistemas de atención privada organizada, tales como seguros privados de salud individuales o a nivel de empresa, o centros hospitalarios que ofrecen paquetes de servicios a sus afiliados. Estos sistemas ofrecen diferentes planes que los consumidores eligen de acuerdo a su capacidad y deseo de pagar. En este caso son los consumidores quienes escogen el paquete de servicios que aseguran y pagan al momento de contratar: en otras palabras, se >autodiscriminan= -a diferencia del caso anterior, son ellos y no los médicos quienes se ubican en diferentes tramos de precios-, no sólo en términos de la contratación o no del seguro, sino también del tipo de cobertura, de acuerdo a sus necesidades y capacidades de pago. En varias ocasiones estos sistemas de seguros buscan ampliar su clientela, focalizando planes específicos para grupos de menor riesgo (el caso de las ISAPRES en Chile es sólo un caso) pudiendo alcanzar contingentes de ingresos medios que de otro modo no eligirían afiliarse.

Paralelamente, nuevos elementos cobran relevancia en los mercados privados de atención de la salud:

- Los pacientes con mayor riesgo de enfermedad son rechazados por los planes de seguro de salud, interesados en reducir la probabilidad de incursionar en altos costos (fenómeno de selección adversa).

- Los afiliados a sistemas de seguro de salud -por propia decisión o a través de la demanda inducida de los médicos-, tienden a aumentar su consumo de servicios. Ello lleva a un aumento de los costos del sistema privado, conocido como fenómeno de riesgo moral. Como consecuencia, las compañias aseguradoras crean estructuras de copagos a fin de limitar este tipo de conducta, o trasladan a las primas de seguro el incremento de costos.

Como consecuencia, los sistemas de provisión privados se orientan a promover el uso de servicios de acuerdo a las características de la oferta, relegando la atención integral del paciente. Los incentivos a la aplicación de medicina preventiva se vuelven difusos o inexistentes y los mercados de salud privada se orientan a ofrecer servicios >de lujo= que alteran mínimamente la calidad de la salud de sus afiliados.

II.6.- Importancia de los incentivos >cruzados= entre distintos sistemas de prestación.

El análisis por separado de los diferentes oferentes de servicios de salud no es suficiente para comprender el funcionamiento del sector prestador de servicios de salud en su totalidad. Un elemento adicional juega un rol fundamental en el desempeño de estos mercados en América Latina. Este se asocia con la presencia de una oferta compuesta por distintos actores que entrecruzan su accionar en la provisión de servicios, influyéndose mutuamente en su operatoria. La política llevada a cabo por cada uno de ellos no es indiferente a la definición de acciones por parte de los otros.

Dos casos ilustran la importancia de esta coexistencia:

- Dado que el sector público provee servicios gratuitamente, se observa que en varias naciones del continente el sector de seguridad social tiene incentivos a transferir pacientes propios a las instalaciones dependientes del ministerio de salud, en tanto éste se constituye en prestador irrestricto de última instancia. Este fenómeno puede invertirse cuando existe una relación contractural entre subsistemas, como ocurre en México o Panamá. La Tabla 2 presenta un análisis comparativo de las estructuras públicas y de seguridad social al interior de la región, así como las transferencias halladas entre los dos subsistemas.

- A partir de las fallas en los sistemas de incentivos y control en el sector público, se observa una participación creciente del sector privado, incorporando a su clientela a nuevos grupos de personas con demandas y capacidades de pago diferentes a los que constituían su clientela >natural= -sectores de ingresos medios-altos y altos-, y adaptando su conducta a la nueva realidad. Se observa en la región que cuanto menor es la capacidad de prestación del sector público, mayor es participación del sector privado en la provisión de servicios.

Al ordenar los países a partir de sus porcentajes de participación pública y de seguridad social sobre el total del PBI en salud (Gráfica 1), se observa que las naciones con mayor porcentaje público-SSS coinciden en gran medida con aquellas que poseen gastos totales en salud per cápita más elevados[16]. Planteado de otro modo, los países con menor gasto total en salud tienden a ser aquellos que cuentan con mayor porcentaje de participación privada en el PBI[17].

Intercalar Figura 1

16 Sin embargo, de acuerdo a las trece encuestas disponibles sobre consumo de hogares en salud para distintos países de la región, once muestran que más del veinte por ciento de los gastos privados corresponden a consumo de medicamentos y en seis de los casos superan el cuarenta. Ello establece que no todo el gasto privado en salud se dirije a la compra de servicios de salud y refleja la necesidad de profundizar en el estudio de los procesos de importación, producción, distribución y estructura de consumo de productos farmacéuticos por grupos de ingresos.

17 Las excepciones a este patrón son los casos de Nicaragua y Guyana, cuyas estructuras políticas motivaron una modalidad de prestación de servicios intensamente públicas, y Chile, que a partir de la reforma llevada a cabo en el sector, priorizó el protagonismo del sector privado, igualando la participación de ambos subsistemas.

Aquellos países con una mayor participación pública y de seguridad social en la oferta tienden a cubrir más satisfactoriamente las necesidades de atención pública de su población, quedando como usuarios del sector privado los grupos de ingresos más elevados que prefieren atención de mayor calidad, pudiendo para ello incrementar sus gastos de bolsillo. Paralelamente, los países con sectores públicos débiles ofrecen servicios de salud más deficientes, provocando una suerte de "vacío" de atención. Este vacío se evidencia no sólo en la falta de cobertura (acceso) a los servicios, sino también en los niveles de calidad de los mismos, generando una salida del sistema público de contingentes que son considerados "usuarios naturales", los que finalmente participan en el gasto privado junto con los grupos de mayores ingresos[18].

- En cuanto a los afiliados a los sistemas de seguridad social, y en los casos donde existen sistemas de seguro privado de salud, es observable el fenómeno de doble afiliación: dado que la contribución a la seguridad social es compulsiva, ciertos grupos de pacientes de ingresos medios y medios-altos prefieren contratar seguros privados de salud y acceder a un mejor servicio, aún cuando su contribución a la SS no se traduzca en contraprestación[19]. Se suman así a la población que sólo recibe atención a partir de los sistemas privados de seguro de salud, con variados niveles de cobertura, primas y estructuras de copagos.

II.7.- Los consumidores reaccionan "eficazmente" ante la estructura de la oferta

Ante esta fragmentación en la oferta de servicios de salud, los consumidores con posibilidades de atención escogen su fuente de provisión, sujetos a su restricción presupuestaria. En todo caso, ellos acuden a los servicios públicos de salud -a precio cero- en tanto les resulten suficientemente satisfactorios. En la medida en que éstos no superen un mínimo de calidad, los consumidores buscarán y pagarán por nuevas fuentes de atención, ya sean ellas formales e informales. Como caso extremo, preferirán no acudir al médico antes que gastar su tiempo en largas colas que conducen a servicios poco efectivos.

En tanto que las capacidades financieras y la evaluación de calidad de cada individuo difieren entre si, el cambio en la fuente de prestación no es drástico. Asimismo, dado que cada nación cuenta con sistemas públicos con diferentes "calidades relativas", la salida del sector será más pronunciada de acuerdo al nivel de atención de cada sistema, como también a la capacidad de reacción -en precio y calidad- del sector privado de cada país.

En aquellos casos donde los costos de atención privada son altos, la población de menores recursos no contará con otra alternativa que la de la provisión pública. En tanto, los grupos de mayores ingresos seguirán recurriendo al sector privado, generalmente a través de la cobertura de seguros de salud, ya que cuentan con la posibilidad de abonar por un "piso" de calidad más alto.

Como ejemplos de esta conducta, sólo es necesario recurrir a la información disponible sobre número de consultas

18 En México, durante 1994 las personas muy pobres acudieron a atención privada de salud en un 47%, en tanto el 35% se dirigieron a la seguridad social y el 18% a la asistencia pública. Para 1987, los porcentajes habían sido de 41, 37 y 23 respectivamente (Fundación mexicana para la salud, 1995). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud para Guayaquil de 1989, 52% de las madres recurrieron a fuentes privadas para recibir atención prenatal, en tanto 15% acudieron a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y sólo el 31% consultó a proveedores públicos.

19 Algunos ejemplos de doble afiliación son Argentina 9% (entre el Sistema de Seguridad Social y los Seguros Privados -Bitran 1995b-) y Brasil: 20% (Sistema Público-Seguro Privado).

ambulatorias y de internación en el sector público en distintos países de la región. El patrón encontrado refleja que cuanto más baja es la calidad de atención del sector público, menor es la proporción de pacientes que buscan provisión ambulatoria en ese tipo de centros, creciendo la participación del sector privado sobre el gasto total en salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el porcentaje público de internaciones se mantiene elevado. La única excepción es el caso de Brasil, donde el 65% de la atención financiada por el sector público es provista por el sector privado a través de mecanismos de subcontratación.

La explicación del fenómeno brasileño puede originarse en dos argumentos. El primero está basado en la elección del consumidor: si el proveedor es el mismo, porqué pagar la consulta si se puede obtener la misma a precio cero? La segunda proviene del lado de la oferta: el sistema de contratación pública de proveedores privados estipula el pago por procedimiento, generando incentivos a la sobreprestacion de servicios, lo que conlleva a un aumento del número de prestaciones. De igual modo que en el sector público, a medida que la calidad del servicio del sistema de seguridad social se deteriora, aumenta el porcentaje de población que recurre a sistemas privados de salud, mediante el pago de una segunda afiliación.

Lo enunciado sugiere que los problemas de agencia y los incentivos generados en un subsistema no sólo afectan su propia performance, sino que producen reacciones en los otros subsistemas, condicionando el funcionamiento total de las estructuras de prestación de servicios de salud. Dado un marco de control y motivación del personal deficiente en el sector público, se perciben dos fenómenos: la caída en la cobertura y la "huida" hacia el sector privado, la cual variará en magnitud de acuerdo a la calidad original del sistema y a las características de la demanda.

III.- Identificación de Subregiones en base a la Estructura Organizativa de los Sistemas.

A partir de los elementos presentados en las secciones anteriores, se puede identificar la existencia de cuatro bloques de países al interior de América Latina y el Caribe, de acuerdo a la organización de sus sistemas proveedores de servicios de salud. Los patrones de agrupamiento y los resultados alcanzados por cada bloque se resumen en las Tablas 4 y 5.

Intercalar Mapa

(A) **Sistemas Públicos Integrados**: Bahamas, Barbados, Costa Rica, Jamaica y Trinidad&Tobago:

Este grupo se caracteriza por tener estructuras de servicios de salud basados en un sector público que financia y provee cobertura universal a su población. En las naciones del Caribe Inglés, al no existir sistemas de seguridad social, los fondos utilizados para la provisión pública provienen únicamente de la recaudación de impuestos, a través de la asignación central del presupuesto. El modelo costarricense, si bien cuenta con un sistema de seguridad social, su coordinación con el sistema público es tal que en la práctica constituye un único sistema público de salud[20].

La evidencia de subcontratación y descentralización es mínima, estando la provisión de servicios concentrada en las instituciones de propiedad pública. Los pagos a los agentes prestadores se realiza centralmente, siguiendo los patrones generales de asignación de fondos públicos definidos en las secciones anteriores. El sector privado básicamente se articula a través de prestadores médicos individuales, con el surgimiento reciente de seguros de atención médica privada en el sistema jamaiquino.

En todos los casos, los profesionales que prestan servicios en el sector público ejercen también la medicina privada, existiendo, al menos en dos de los cinco países (Barbados y Jamaica) legislación especifica que permite el uso de instalaciones públicas para ejercer dicha práctica, a partir de criterios de antigüedad en el cargo. A cambio de ello, el sector público debe recibir una parte de los ingresos que los profesionales perciben por esa fuente, sin contarse con evidencia acerca de la efectividad de esa recaudación.

La estructura de incentivos que este sistema genera puede resumirse del siguiente modo: la administración pública abona un salario fijo, el que es complementado por ingresos provenientes de la práctica privada, tanto fuera como dentro de las instalaciones públicas. De este modo los agentes tienen incentivos a aumentar las consultas en el horario >privado= de atención, derivando a sus pacientes al sector público en casos de internación.

Tres factores adicionales completan el cuadro:

- En general, el ingreso medio de estos países es alto en términos del promedio latinoamericano. Ello permite un aumento del consumo de bienes privados de salud.

- Asimismo, los países del este bloque se ubican en un estadio de post-transición epidemiológica, caracterizada generalmente por el uso relativamente más intensivo de prestaciones de salud costosas.

- En tercer lugar, los estándares de calidad en las prestaciones públicas de este bloque se encuentran por encima del promedio de la región, incluso llegando a convertirse en >exportadores= de servicios de salud a naciones vecinas, manteniendo la capacidad de retener su clientela y asegurar el acceso. En esta dirección se verifica que la nación con menor gasto público en salud al interior del bloque -Jamaica- ha generado un sector privado más estructurado, con presencia creciente de seguros de salud.

La combinación de estos elementos da como resultado un sistema efectivo en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la demanda, una tendencia al incremento de los costos de prestación y con fuertes incentivos al aumento de la atención privada en consultas ambulatorias. Esto ultimo parece confirmarse a partir de la información disponible: en Trinidad & Tobago, el 55% de las consultas ambulatorias se realizan en el sector privado y este porcentaje alcanza el 75% en el caso de Jamaica.

20 El caso costarricense muestra una división de tareas de asistencia médica al interior de un sistema único de atención, considerado como una de las experiencias más exitosas en la provisión de servicios hasta hace algunos anos.

Un elemento adicional en este bloque (en los casos de Barbados y Bahamas) es el fenómeno de la atención geriátrica en el sector público. En Barbados, 2,240 de las 2,584 camas disponibles en el sector público se encuentran emplazadas en establecimientos geriátricos, y la relación enfermeras/médicos en estas dos naciones cuadruplica la media de la región, comparables sólo con los países escandinavos, Irlanda y Canadá[21]. Dado el patrón de desarrollo demográfico de este bloque, con crecientes contingentes de población en edades superiores a los 65 años, el problema relevante es el de escalada de costos, en tanto la cobertura de atencion y la calidad no parecen especialmente conflictivos.

(B) **Bloque Intensivo en Mecanismos de Contratación**: Argentina, Chile y Uruguay:

Este bloque se caracteriza por la existencia de sistemas relativamente más complejos de prestación y financiamiento. El sector público financia y provee servicios de salud para toda la población, aunque su grupo >objetivo: es el de ingresos medios-bajos y bajos, en tanto que el sector privado se encuentra altamente organizado, ofreciendo variados planes de seguros de salud. El área privada contiene prestaciones particulares no cubiertas por seguros, pero son poco significativas.

Los sistemas públicos en Argentina y Chile se encuentran en avanzado proceso de descentralización, considerando la media de la región. Sin embargo, los mecanismos de asignación de recursos siguen manteniendo las falencias enunciadas en secciones anteriores de este trabajo. Los avances en esta dirección están orientados a delimitar las responsabilidades de cada nivel de jerarquía al interior del sistema público de prestación, en términos de administración nacional, provincial y municipal.

En Argentina, los hospitales dependen de los gobiernos provinciales para el pago de sueldos y de provisión de drogas e infraestructura, con mayor flexibilidad en la contratación de personal y el uso de fondos propios asignados a remuneraciones. Sin embargo, los presupuestos hospitalarios siguen sujetos a patrones de asignación históricos, con baja relación con los resultados. En Chile esta tendencia esta siendo revertida actualmente, a partir de la aplicación de capitaciones en los pagos de los servicios de propiedad pública. El sistema público de salud en Uruguay, en cambio, sigue manteniendo patrones centralizados de gerenciamiento.

21 Tabla 6 y Banco Mundial, World Development Report 1993.

Si bien una proporción significativa de los profesionales que desarrollan tareas en el área pública cuentan con prácticas privadas, ellas en general se realizan en consultorios fuera de los establecimientos públicos, hacia los cuales derivan pacientes. Ello genera dos tipos de incentivos: el primero es el de prestar servicios en el área pública, en tanto reciben una contribución fija y generan una demanda adicional por sus servicios particulares. El segundo esta asociado con la caída en la calidad de atención de las prestaciones oficiales. Si bien el deterioro en la calidad de los servicios públicos es visible (infraestructura, descartables, etc.), las encuestas de consumidores siguen mostrando porcentajes de satisfacción elevados[22], por lo que la cobertura sanitaria de la población mantiene altos estándares para los parámetros regionales. Paralelamente, el sector privado -y algunos centros de excelencia en el sector público- presenta niveles de calidad comparables con naciones de altos ingresos.

Los sistemas de seguros de salud se basan en contribuciones salariales y patronales. Ellas son canalizadas a través de instituciones privadas (ISAPRES en Chile), sindicales (Obras Sociales en Argentina) y estatales (Dirección de Institutos Sociales por Enfermedad -DISSE- en Uruguay). Adicionalmente, en Argentina y Uruguay existen seguros privados de salud, con amplitud de planes y primas.

En todos los casos -tanto en sistemas basados en contribuciones salariales como en los de pago de primas-, los servicios que ofrecen estas organizaciones son provistos vía instalaciones propias o subcontratadas, constituyendo ello una de las características generales de los tres países.

En términos de cubertura, los sistemas de seguros privados en Chile contienen a mas del 20% de la población, a lo que se suman aquellos aportantes a los seguros públicos dependientes del Fondo Nacional de Salud. En Uruguay, la población cubierta por seguros de salud, considerando como tales a los sistemas de seguridad social y de seguros privados, supera el 60%. Finalmente, en Argentina, los sistemas de seguros privados y de Obras Sociales superan en conjunto el 70% en cobertura.

Los países del bloque mantienen estructuras diferenciadas en cuanto a los sistemas de afiliación, siendo de libre elección en Chile y en los sistemas de seguro privado en Argentina y Uruguay, y a través de contribuciones obligatorias, clientelas cautivas y elección acotada del proveedor, como en los sistemas de Obras Sociales de Argentina. Sin embargo en los casos mencionados pueden hallarse ciertos patrones comunes en términos de la definición de precios e incentivos. Ellos se caracterizan por sistemas de pagos por capitación para atenciones hospitalarias y de medicina general, con modalidad de >pago por prestación: en el caso de médicos especialistas. Los contratos entre proveedores y compañias de seguros -y sistemas de seguridad social- se actualizan en base a negociaciones de las partes, donde se ajustan cápitas y precios unitarios.

En general, la falta de normas claras de regulación provoca que estos sistemas provoquen efectos de selección adversa, sobreoferta de servicios y aumento de costos, lo que es acentuado por la incorporación de tecnologías médicas recientes. Así, el sistema público continúa siendo el prestador de última instancia: Si un paciente es rechazado del sistema privado o de seguridad social por motivos de alto riesgo o incapacidad de atención, éste puede recurrir al sector público para ser atendido.

22 Ver Bitrán (1995b) para el caso argentino.

Argentina y Uruguay cuentan con las tasas "habitantes por médico" más bajas de la región, con 330 y 350 respectivamente, de acuerdo a la información de 1990. Este número es 5.6 veces menor que el promedio de la región, señalando el "exceso" de cobertura de la población de estos dos países en este aspecto [23]. Los efectos que esta sobreoferta de profesionales genera sobre los servicios de salud son variados, dependiendo de la distribución geográfica (la ciudad de Buenos Aires cuenta con una relación de ciento ochenta habitantes por médico) y la capacidad de agremiación por regiones. En general, ello provoca alta competencia y bajas remuneraciones promedio en los centros urbanos, y una mayor "cartelización" en las zonas menos pobladas[24]

En síntesis, este bloque cuenta con un sistema de atención que tiende a aumentar la demanda de servicios cada vez más costosos, al mismo tiempo que se deteriora la calidad del sector público a partir de la falta de mecanismos eficientes de asignación de fondos y pagos. Como en el bloque anterior, estas tres naciones se encuentran en fases avanzadas de transición epidemiológica y demográfica. Estos elementos cooperan en la tendencia hacia el aumento de costos del sistema.

(C) **Subcontratación de Servicios con Financiamiento Público**: Brasil.

El sistema de salud de Brasil se identifica por ser el único en la región donde el Estado financia pero no provee la mayoría de sus servicios, sino que subcontrata prestadores privados para su

23 Chile se ubica muy por encima del promedio del bloque, con 2170 habitantes por médico.

24 Las diferencias de comportamiento entre los prestadores de Montevideo y los del interior del Uruguay son un ejemplo de la diversidad de los mercados de acuerdo a ubicación geográfica. Asimismo, la gran oferta de profesionales genera estratificación por edad y experiencia al interior de los grupos profesionales (Ver Katz y Munoz (1988) para el caso argentino).

Intercalar Tabla 4

Intercalar Tabla 5

provisión. El subsector público y el de seguridad social han sido unificados, a partir del llamado "Sistema Unico de Salud".

La modalidad de pagos se basa en el abono por procedimiento, generando incentivos a la sobreprestación de servicios, especialmente de aquellos más costosos. Asimismo, la falta de mecanismos efectivos de regulación y cumplimiento de contratos lleva a una caída de la calidad de prestación y a la sobrefacturación de servicios.

Sin embargo, los fondos públicos destinados al financiamiento de servicios es limitado, ubicando al Brasil próximo a la media latinoamericana en gastos totales per cápita y en la participación del sector público en el gasto total. Si a ello sumamos la extensión poblacional y geográfica de esta nación, se obtiene como resultado un servicio costoso, con un 28% de la población sin acceso a servicios de salud y fallas en la calidad de la atención provista.

Esta situación lleva a un aumento en el gasto privado en salud, a partir de prestaciones de pago directo o a través de un creciente mercado de seguros de salud, que actualmente cubre aproximadamente a treinta millones de personas.

(D) **Sistemas Segmentados**: México, Haití, República Dominicana, América Central (excepto Costa Rica), Guyana, Surinam, Venezuela, Colombia[25], Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay.

Esta bloque incluye a la mayor parte de los países de la región. Si bien existen diferencias relevantes de ser analizadas, la organización de los sistemas de provisión de salud que corresponden a este grupo son altamente coincidentes.

En todos los casos, existe un sector público que, si bien tiene como objetivo el de abastecer de servicios de salud a gran parte de la población del país, se encuentra limitado por factores presupuestarios y organizacionales que le impiden alcanzar su meta. Asismismo, todos los países cuentan con sistemas de seguridad social que cubren a la población bajo relación de dependencia y sus familias (salvo en los casos mencionados en secciones anteriores). La administración de los servicios de los SSS es pública, siendo sistemático el cruzamiento de financiamiento y pacientes, ya sea formal o informalmente.

En ninguno de los casos se presenta separación entre el financiamiento y la provisión de servicios públicos. Sólo en algunas ocasiones existen subcontratos focalizados, como los mencionados entre

25 Al momento en que se elabora este trabajo, fuertes cambios están siendo introducidos en el sistema de salud colombiano. Por tanto, si bien para el período analizado sus características organizativas no se diferenciaban sustancialmente del resto de las naciones del bloque, la tendencia indica que el sistema tomara un perfil sustancialmente diferente (ver nota 12).

Intercalar Tabla 6

ONGs y el sector público (Ecuador, Surinam) y entre el sector público y la Seguridad Social (México, Panamá).

El desempeño de los subsistemas público-SS provoca la huida de consumidores hacia el sector privado en busca de mejor calidad, o la salida del sistema de atención. En general, la población sin acceso o con acceso limitado a la atención pública-SS supera el diez por ciento de la población, alcanzando en varios casos el veinticinco y treinta por ciento.

El sector privado es atomizado, dominando el sistema de consulta particular. Los sistemas privados de seguro de salud son escasos, cubriendo proporciones de población que en general no superan el cinco por ciento. Excepciones en este sentido son los casos de la República Dominicana, donde el sistema de seguros médicos (IGUALAS) alcanza a afiliar cerca del 15% de la población y Venezuela y Surinam, con crecientes porcentajes de seguros contratados por empresas para cubrir eventos de internación.

En las naciones con subsistemas públicos de menor performance relativa al interior del bloque, crecientes contingentes de la población, incluyendo grupos de menores recursos, optan por la atención privada, siendo en algunos casos la medicina tradicional un proveedor importante de primera instancia. En doce de los diecisiete países de este bloque, las organizaciones no gubernamentales cumplen roles protagonicos en la prestación de servicios de salud.

Sin embargo, en todos los casos, el sector público sigue siendo el mayor proveedor de servicios médicos con internación. En tanto los servicios privados no se encuentran altamente organizados y desarrollados en la mayoría de los países del bloque, la atención que requiere de internación sigue siendo onerosa fuera del sector público y de seguridad social. Por tanto la sustitución de proveedores se verifica significativamente a nivel de consultas, sin un reflejo en tratamientos costosos.

La falta de mecanismos de control y monitoreo, al tiempo que la inexistencia de sistemas de incentivos y promoción en las instituciones públicas, lleva a una caída en la calidad de la atención no sólo en cuanto a tiempos de espera y pericia en el acto médico sino también en la falta de elementos mínimos para la prestación de servicios. Ello genera en ocasiones el cierre total o parcial de servicios públicos y un aumento consecuente de la población sin cobertura.

Si bien la estructura organizacional de sus sistemas es altamente similar a la de los otros miembros del bloque, Panamá y México cuentan con características propias que los diferencian del resto. En estas dos naciones se establece un cambio en el funcionamiento público-seguridad social con el objeto de aumentar la cobertura y calidad de los servicios. A pesar de no constituir experiencias de sistemas únicos ni altamente coordinados, como los presentes en el primer bloque, cuentan con acuerdos entre el sector público y la seguridad social, donde el primero financia la atención de la salud de sectores de población rural, en tanto que la seguridad social se hace cargo de la provisión. Como se discute en otras secciones de este trabajo, los incentivos generados por las prácticas contractuales acordadas no resultan satisfactorias en cuanto al objetivo de cobertura propuestos, y producen un encarecimiento de la atención de la salud.

IV.- Dinámica Estilizada de la Cobertura de los Sistemas de Salud Prevalentes en la Región.

La estructura de la provisión de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe ha sufrido alteraciones en el tiempo. Las mismas se atribuyen a tres elementos fundamentales. El primero, en cierta medida exógeno a los mercados de atención de la salud, se asocia con las capacidades de financiamiento del sistema. El segundo corresponde a la organización de los servicios y el tercero a la interrelación entre prestadores con diferentes funciones objetivo y capacidades de reacción. Los usuarios de los distintos servicios de salud no resultaron entes pasivos ante estos cambios, adaptándose a los mismos en la medida de sus posibilidades. Se presenta a continuación un esquema que ilustra la dinámica de fragmentación en la cobertura de servicios de salud en América Latina en términos de su financiamiento (Figura 2). La dimensión de cada una de las franjas de cobertura es arbitraria, definida sólo a fines de la exposición. Sin embargo, asignando las proporciones correspondientes, se pueden identificar los movimientos de consumidores entre subsistemas y la evolución entre los estadios iniciales y finales de cobertura, debiendo diferenciarse entre prestaciones ambulatorias y de internación. Se observa que no todas las naciones completan totalmente la secuencia, llevando a diferentes configuraciones intermedias al presente.

Se ordena de menor a mayor ingreso, y de izquierda a derecha, a la población de un país. La curva identifica la densidad para cada grupo de ingreso, de tal modo que su altura a niveles bajos y medios-bajos es mayor que en el extremo más rico de la población. Esta frecuencia se altera de acuerdo al grado de desigualdad en la distribución del ingreso para cada caso.

La gráfica (2A) establece la distribución inicial, presentando la clientela natural de cada subsistema, correspondiendo los tramos más humildes al sector público (Pu), las clases medias a la seguridad social (SS) y los grupos de ingresos medio-altos y altos al sector privado(Pr). El extremo izquierdo representa al grupo que no tiene acceso a servicios de salud (E). Para los casos de sistema unificado de salud público-SS como Costa Rica, las áreas Pu y SS se interpretan como una única categoría. En el caso del Caribe Británico, la franja SS es igual a cero, cubriendo el sector publico a ambas.

La gráfica (2B) muestra el primer efecto estilizado de una crisis en el sistema público. Definiendo a los ingresos del sector público en salud como una proporción del presupuesto público total medido en términos reales, el ajuste en el sector de salud pública puede provenir de tres fuentes: una reducción en el gasto en salud como proporción al interior del presupuesto público, la caída en el ingreso del gobierno y/o un proceso inflacionario, que disminuye los recursos en términos reales. En cualquiera de los tres casos el ingreso real del sector de salud pública cae, afectando la cantidad y/o calidad de los servicios (aumento en los tiempos de espera para recibir atención, falta de medicamentos, etc.).

Insertar Figura 2

La situación lleva a una reacción en el grupo de consumidores de salud pública. Algunos de ellos evalúan que los beneficios de una mejor atención se compensan por los costos de atenderse en una fuente alternativa, aún a expensas de otros consumos indispensables. Ello genera una salida del sector público hacia el subsistema privado, a través de práctica médica privada o medicina tradicional, ambos con capacidad de discriminar precios[26].

La gráfica (2C) ilustra el efecto de la crisis en el sistema de seguridad social[27], a partir de una caída en la población empleada en el sector formal, una reducción en las contribuciones a la seguridad social, o caída en el salario real[28].

A partir de alguno de estos factores -o la combinación de varios de ellos-, es que los ingresos de la seguridad social disminuyen. Ello produce dos movimientos: (a) una salida hacia el subsistema público de grupos de ingresos medios-bajos y (b) una salida hacia el sector privado de las personas de relativamente mas altos ingresos (o riesgos).

El resultado es una reducción de eficiencia en la asignación de recursos, generado por la falta de canalización de los fondos de salud hacia las instituciones proveedoras de servicios. El sector público subsidia al SSS a través de pacientes que vuelcan sus demandas hacia instituciones del Gobierno, sin una transferencia paralela de pagos por prestaciones. En el segundo caso, el subsidio es otorgado por los mismos afiliados del sistema de seguridad social, quienes, a partir de su doble afiliación aportan en dos sistemas, recibiendo atención sólo en uno de ellos.

Reducida la franja de cobertura del SSS, el sector público experimenta un aumento de la demanda, reduciendo nuevamente los estándares de calidad. Como consecuencia se puede preveer una caída en la motivación del personal público en salud, falta de recursos, mayores tiempos de espera, caída de la reputación del servicio. Una mayor proporción de la población pasa al sector no-cubierto, desplazado por la mayor demanda. Asimismo se incrementa la salida al sector privado (Gráfica 2D).

La última gráfica (2E) incorpora al análisis a las ONGs. Su población >objetivo= es amplia, abarcando no sólo a aquellos grupos que quedaron desportegidos por el sistema, sino también a consumidores que prefieren la atención brindada por ellas a la recibida por el sector público, y en ocasiones, por el SSS.

La configuración final de esta secuencia muestra una imagen reconocible en las naciones más relegadas de la región: aumento del sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro. Los sectores público y de seguridad social ofrecen un menor número de prestaciones a menor calidad, limitando su cobertura y aumentando su capacidad ociosa.

V.- <u>Discusión y Conclusiones.</u>

V.1.- Existencia de patrones generales en la región.

26 Dado que el sector de seguridad social es cerrado -sólo atiende a sus afiliados-, se descarta como alternativa. Sin embargo, en algunos países ello puede suceder mediante la afiliación voluntaria, o a través de mecanismos informales.

27 No necesariamente el orden es el enunciado. Sólo se plantea separadamente a fines expositivos.

28 Una alternativa adicional -que puede ser captada a través del análisis-, es la reducción del salario nominal declarado, mecanismo utilizado para eludir aportes al SSS.

Las secciones anteriores muestran las diferencias en la organización de los sistemas de atención de la salud en la región, reflejando como las características de los prestadores y la interacción entre ellos generan diferentes estructuras de mercado. Estas estructuras a su vez aparecen íntimamente ligadas con la capacidad financiera del sector público de abastecer de servicios de salud a la población y con el nivel de desarrollo del sector privado. Recurriendo nuevamente a la Tabla 1, se observa que los patrones organizacionales coinciden ampliamente con los valores de producto y gasto en salud per cápita, así también como con las tasas de mortalidad infantil, esperanza de vida y cobertura de servicios disponibles. Las naciones que pertenecen a los sistemas públicos integrados (Caribe Inglés y Costa Rica) y aquellos intensivos en mecanismos de contratación (Cono Sur) se ubican en el grupo con mejores indicadores de salud y cobertura, al tiempo que cuentan con perfiles epidemiológicos más avanzados y un nivel de producto e inversión en salud per cápita superior al promedio. Al mismo tiempo, las naciones que se ubican en el extremo inferior de la tabla, ordenada por niveles de gasto por habitante, son las más rezagadas en cuanto a indicadores de salud, todas ellas pertenecientes al grupo de sistemas segmentados. En medio de ambos grupos se encuentran las naciones con mejor performance al interior del bloque de estructuras segmentadas[29] y el Brasil.

Esta estructura refuerza el interés en estudiar la efectividad de cada sistema en función de sus necesidades, las cuales difieren marcadamente al interior de la región. La diversidad de perfil epidemiológico refiere también a la necesidad por parte de la población de bienes de salud diferentes: En el grupo de naciones de perfil epidemiológico menos avanzado, los bienes de salud requeridos son generalmente menos onerosos y más intensivos en atención de enfermedades comunicables y evitables que aquellos demandados en los países con transiciones epidemiológicas avanzadas, donde en muchas ocasiones revisten características de bienes de salud >lujosos= y el sistema de prestaciones se encuentra altamente articulado desde la oferta, induciendo sobredemanda de servicios[30].

Los sistemas pueden entonces evaluarse en términos de tres componentes generales: la cantidad de servicios prestados, su calidad, y los costos que ellos involucran.

29 Son los casos de Panamá y México (con relaciones más consolidadas entre el sistema público y de seguridad social), Venezuela y Colombia. A ellos se agregan Surinam y Belize -naciones de menos de cuatrocientos mil habitantes cada una-, con indicadores de performance ligeramente por encima de sus patrones de gasto.

30 Los sistemas segmentados de atención de la salud en la región están definidos de modo tal que los pacientes, sin contención institucional son los que dirigen sus demandas entre prestadores. Tratándose de mercados donde la información del usuario es incompleta, este mecanismo limita la posibilidad de un tratamiento efectivo. Alternativamente, los pacientes contenidos dentro de una estructura de seguros de salud, muchas veces son conducidos por los prestadores al consumo de servicios en función de la disponibilidad de la oferta y no de las necesidades de la demanda.

Dada la falta de información detallada sobre consultas e internaciones, especialmente al interior del sector privado, un indicador general de **cantidad** puede estar definido a partir del porcentaje de cobertura de los sistemas, reflejando sólo la posibilidad de acceso, aunque no su efectividad. Ello debería ser corregido por la calidad de los servicios, siempre sujeto a los patrones epidemiológicos y demográficos de cada país[31]. Se observa que aquellos países con mayor coordinación en la oferta de servicios -ya sea desde el interior del sector público como a partir de contratos entre públicos-privados y sistema de seguridad social- alcanzan porcentajes de cobertura significativos, incluso con niveles de gasto menores -Surinam, por ejemplo-,disminuyendo a medida que la segmentación se agudiza[32].

Los indicadores de **calidad** son parte de la agenda pendiente en el análisis de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Los trabajos realizados reflejan ciertas tendencias, básicamente a través de encuestas de consumidores. A pesar de ello, no existen criterios sistemáticos de comparación ni evaluaciones contra parámetros de una >prestación de referencia: desde el punto de vista médico que permitan un estudio en profundidad.

En general se percibe una caída en la calidad de la prestación pública y de seguridad social, donde la falta de presupuesto y la existencia de incentivos contradictorios reflejan fallas en los mecanismos de provisión y almacenamiento, profesionales priorizando la atención a pacientes privados en instalaciones públicas sin retribución al sistema público, ausentismo, etc[33].

---

31 Más aún, un análisis más detallado debería considerar la apertura de regiones al interior de cada país, por niveles de ingreso y a partir de diferenciales de acceso urbano-rural para cada caso. Como ejemplos, cabe mencionarse que en México, la población más pobre concentra el 47% de la carga de partos a nivel nacional, y sólo un 18% de los servicios de atención de aquéllos (Funsalud, 1995); en Ecuador, el 70% de los partos en zonas rurales no reciben atención profesional (LaForgia, 1993) y en Belize dos terceras partes de las instalaciones de salud se concentran en la capital del país, a pesar de que el 52% de su población es rural (LaForgia y Balareso, 1993).

32 La corrección de la variable de cobertura por porcentajes de población urbana no alteran significativamente lo enunciado.

33 Entre los ejemplos presentados por diferentes estudios de caso se encuentra que >la calidad de los servicios de salud es considerada como regular o mala por el 56% de los adultos en México, mientras que sólo 2% opina que estos servicios son excelentes: (Encuesta Nacional de Salud, 1987). Asimismo se observa falta de medicamentos y descartables en las instituciones públicas en Guyana, Belize, Venezuela, Nicaragua, y Perú. En Ecuador, un tercio de las camas en los hospitales públicos estan inutilizadas debido a danos en los techos (LaForgia y Balareso, 1993). En Perú, un tercio de los puestos sanitarios carecen de personal que los atienda y en Venezuela lo reducido de las horas de atención hospitalaria fuerza a los pacientes a recurrir a las salas de emergencia.

Intercalar Tabla 7

Asimismo, poca es la información disponible sobre sistemas de **costos**. Una aproximación propuesta es la de Gasto Público por Cliente que se presenta en la Tabla 7[34]. Este indicador intenta reflejar en forma general niveles relativos de gasto al interior del sector público en la región. Los valores presentados sólo pueden ser considerados ordinalmente, ya que no discriminan por tipo de gasto, incluyendo fondos que afectan a toda la población, no sólo a los pacientes (ejemplo: gastos administrativos, campanas de publicidad, etc.). De acuerdo a lo mencionado anteriormente, las comparaciones entre naciones deberían restringirse a aquellas que comparten perfiles de salud y enfermedad similares, tal que para una canasta similar de bienes de salud un sistema resulta relativamente más oneroso.

Bajo estas características, se observa que las naciones con patrones epidemiológicos más avanzados cuentan con gastos públicos por cliente más altos[35]. Los casos de Uruguay, Barbados y Costa Rica encabezan la lista en términos de costo por cliente. Al interior del grupo epidemiológico 3, Panamá es un 40% más caro que el promedio, superando a naciones de un perfil de salud superior. En el extremo opuesto, Surinam aparece como un sistema de bajo costo, en una relación de 3 a 1 con respecto al promedio de su grupo[36].

V.2.- Información y Control.

A lo largo de este trabajo se ha mencionado como una constante la caída de la calidad de la atención pública, lo que a su vez provoca en los consumidores incentivos a buscar atención alternativa. A su vez, la evaluación de los sistemas prestadores -públicos y privados- es limitada por la falta de información. Ambos elementos están íntimamente relacionados con los mecanismos de organización e incentivos al interior de los sistemas prestadores.

La definición de calidad de servicio involucra a una serie de factores, entre los que se cuentan variables observables, tales como tiempo de espera, salida hacia el sector privado, población sin acceso, como también otras de difícil medición. Entre estas últimas podrían mencionarse la capacidad diagnóstica, la calidad propia del acto médico -una vez que el paciente alcanza la cobertura y supera el tiempo de espera-, la minimización de costos dada la provisión adecuada de

---

34 En base a la información disponible se calculó un porcentaje de población atendido por el sector público, ponderando la atención de internacion y la de consultas. A partir de ello se establece la "clientela" pública, estableciendose el gasto por cliente de acuerdo a los valores de gasto público a dólares internacionales de Govindaraj et al. (1995).

35 Los valores consignados corresponden a los sectores públicos y de seguridad social. Las excepciones son Argentina y Uruguay, donde los patrones de contratación al interior de los servicios de seguridad social son en promedio significativamente diferentes a los de la región, por lo que fueron excluídos.

36 La falta de indicadores de calidad comparables limita las conclusiones de este ejercicio. El indicador de gasto por cliente busca aislar el problema de falencia en la cobertura del sistema, quedando sin resolver el trade-off costo-calidad. Asimismo, la carencia de información impide conocer la estructura al interior del gasto por cliente, en cuanto a la existencia de ineficiencias en el proceso de asignación y en su distribucion entre medicina preventiva y de curación, que hace al análisis de costo efectividad.

servicios, etc. Tanto unas como otras variables requieren de mecanismos de información y control. Asimismo, la cobertura de los servicios, a fin de conocer las necesidades de la demanda y definir criterios de inversión en salud pública, requieren de información. La necesidad de establecer mecanismos mínimos de coordinación entre los servicios póblicos y los ofrecidos por la seguridad social, así como la de aprender cuáles son las capacidades del sector privado para proveer servicios, requieren de más elementos de juicio de los que se cuenta. Igual razonamiento se puede aplicar a las necesidades de conocimiento sobre estructuras de costos. En todos los casos, nos referimos a un prerequisito para una mejor asignación de recursos. La base de un sistema de información eficaz parte de la existencia de estructuras de control adecuadas que permitan su recolección.

Técnicamente, los controles pueden ejercerse sobre procesos o sobre resultados. Los procesos involucran, a su vez, varias acciones de supervisión a distintos niveles de la >producción= de servicios de salud: la calidad de los recursos -humanos, de cápital, de operación-, la racionalidad de los procedimientos médicos y de la organización de los servicios. Ello implica la creación y difusión de información, altamente escasa, sobre la cual generar medidas correctoras. En la medida en que el financiamiento y la provisión del servicio descanse en las mismas manos, los incentivos a controlar la prestación de servicios -tarea asociada a quien financia- se reducen drásticamente[37].

De los veintiséis países analizados, sólo en doce de ellos es posible obtener información mínima sobre sistemas regulatorios y control en servicios médicos. Dentro de este subgrupo, sólo en seis se puede avanzar más allá de la mención de las instituciones a cargo de mecanismos de supervisión. Más aún, la carencia de información sobre la información disponible es un dato revelador sobre la poca atención dada al tema, y sobre la falta de capacidad de control y regulación por parte de las instituciones relacionadas con esta actividad.

Los controles a nivel de recursos están dados vía universidades, que establecen la entrada al mercado en el caso de los médicos, y por una variada gama de instituciones públicas, privadas y dependientes de ONGs en el caso de enfermeras y técnicos. Los cursos de capacitación son dispares en cuanto a duración y contenido. Si bien puede tenerse conocimiento sobre cursos de capacitación y actualización profesional, no se lograron obtener registros sistemáticos. A su vez, los colegios profesionales no cuentan con estructuras para ejercer el juicio de pares, al tiempo que los juicios por mala praxis son un fenómeno reciente en los países del Cono Sur y en Brasil.

El sector privado es un tópico pendiente en cuanto a normatizacion y control. La habilitación para instalar hospitales y centros privados de atención y diagnostico en salud son escasos y deficientes, y los sistemas privados de seguros de salud no cuentan con normas regulatorias definidas. Controles periódicos se han observado como parte de las contrataciones entre companias de seguros y servicios privados en Argentina y Chile, entre el sistema de seguridad social o el sector público y prestadores privados subcontratados en Argentina y Brasil respectivamente, y entre el sector público y el sistema prepago de salud en Uruguay. Información sobre auditorias públicas en hospitales nacionales son hallables en Barbados Costa Rica, Surinam y Trinidad&Tobago.

Finalmente, la producción y/o distribución de medicamentos encuentran crecientes estructuras de control en Argentina y Barbados, y en menor medida en Costa Rica, Nicaragua y Venezuela.

V.3.- Descentralización y Control.

La descentralización en la provisión de servicios públicos de salud es considerada como parte de los requisitos para alcanzar un modelo prestacional efectivo. Siguiendo con el argumento presentado en las últimas páginas, uno de los elementos fundamentales que llevan a promover esta política se apoya en la posibilidad de separar el financiamiento de

37 La necesidad de controles e incentivos adecuados también se refleja en la aplicación de prácticas preventivas, altamente costo-efectivas, tangencialmente tratadas en este trabajo.

la provisión del servicio, permitiendo la creación de controles que vagamente existen actualmente en la región.

Sin embargo, su aplicación no puede ser aislada, de lo contrario no sólo limitaría la posibilidad de éxito, sino que podría llevar a resultados contrarios a los propuestos. Entre los inconvenientes presentes en los procesos de descentralización en América Latina y el Caribe, merecen mencionarse:

- Si bien las naciones de la región están enfrentando fuertes tendencias a la descentralización en la provisión, la administración de los recursos sigue íntimamente ligada al poder central. Un dato contundente es que los pagos de salarios, la provisión de medicamentos y la decisión sobre inversiones continúan siendo tareas llevadas a cabo centralmente. En la mayoría de los casos estas lineas presupuestarias superan holgadamente el ochenta y cinco por ciento del gasto público en salud, limitando la capacidad de gerenciamiento de la autoridad del servicio. La solución debe hallarse a partir de un equilibrio entre las ganancias generadas por la compra a escala de insumos y la necesidad de autonomía de las instituciones prestadoras, donde aspectos de cooperación entre instituciones pueden constituir una alternativa[38].
- Se comprende que la descentralización afecta positivamente la asignación de recursos, en tanto incrementa las herramientas de los directores de los centros de salud para canalizar los fondos en la dirección donde surgen las necesidades. Sin embargo, existen limitaciones institucionales que impiden llevar a cabo esta labor, tales como rigideces normativas en los procesos de contratación y despido del personal, otorgamiento de premios y cobertura de vacantes, alejando al proveedor de la capacidad de satisfacer a su demanda.

- El proceso de descentralización requiere el uso abundante de un recurso generalmente escaso en los sistemas de salud de la región, definido como capacidad gerencial. Sin este insumo, las consecuencias de la descentralización pueden revertirse, generando anarquía organizativa, desabastecimiento crónico de insumos, empobrecimiento de los incentivos y una menor cobertura de la población.

- Asimismo, la descentralización lleva consigo la capacidad -y en oportunidades, la necesidad- de recolectar fondos adicionales a fin de recuperar costos de operación. Sin embargo, los estudios sobre capacidad de la demanda para afrontar este tipo de pagos siguen siendo escasos. La información presentada muestra que aún en sectores de bajos recursos la demanda de atención privada es significativa. A pesar de ello, es poco lo que se conoce sobre el costo de oportunidad de estos pagos en términos de consumo de bienes primarios. Por otra parte, la definición de pagos de bolsillo como condición para recibir atención pública puede tornarse perversa. La razón radica en que esta política podría generar incentivos a rechazar pacientes sin capacidad financiera, aumentando la inequidad del sistema.

- Se han encontrado casos en la región donde la descentralización ha generado una "cuasi-privatización" del sector, especialmente en centros de segundo y tercer nivel de complejidad. Ello se observa en el uso de instalaciones públicas

38 Solamente Argentina y Chile cuentan actualmente con procesos de descentralización mas avanzados. En el primer caso, son las provincias las que se encargan mayoritariamente de la distribucion de fondos, cumpliendo a ese nivel de administración politica los roles que en el resto de las naciones cubre el gobierno central. En el caso chileno, el proceso de descentralización se dirige a un status similar, anadiendo una mayor flexibilidad en la definicion de pagos de bolsillo a nivel hospitalario. Por su parte, Brasil, Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela se encuentran en un tránsito entre una estructura de jerarquías en la definición de estrategias y metas del sector -manteniendo centralmente la concentración financiera-, hacia un estilo más autónomo.

para la prestación de servicios privados y el cobro de aranceles no oficiales, desvirtuando las metas de cobertura y equidad en la prestación, como en el caso boliviano, entre otros.

- En oportunidades, no existe articulación entre la instancia de asignación de fondos al interior del sistema y aquellas que definen las metas y controlan su cumplimiento, limitando su efectividad, siendo el sistema de salud pública de Guyana un ejemplo de ello.

En resumen, a fin de evitar laxitud en la organización pública, coaliciones burocráticas y pérdida de recursos escasos, el proceso de descentralización de los sistemas de salud debe rápidamente crear o redefinir instrumentos de regulación y monitoreo de los servicios, y establecer reglas organizativas claras en cuanto a la toma de decisiones al interior de la estructura pública.

V.4.- Conclusiones.

Los sistemas prestadores de servicios de salud en América Latina y el Caribe presentan diferencias sustanciales al interior de la región. Status sanitarios disímiles en términos de resultados están asociados no sólo a la capacidad productiva del país y su asignación de fondos al sector, sino también a sus estructuras de organización y perfiles de necesidades de los usuarios. Este trabajo, sin pretender dejar de lado la importancia de la falta de financiamiento de la salud en algunas naciones, busca contribuir a la discusión del funcionamiento de los sistemas prestadores desde el enfoque de la organización de los servicios. Desde este punto de vista, las conclusiones más importantes resultan las siguientes:

- El funcionamiento de los mercados de salud involucra fuertes asimetrías de información entre participantes y otras fallas que hacen necesaria la intervención desde la política pública. Sin embargo, la provisión directa de servicios por parte del Estado no siempre resulta ser satisfactoria. Ello requiere de un mayor énfasis en la generación de mecanismos adecuados que permitan al Estado cumplir con sus objetivos. Asimismo, es necesario cubrir funciones que hoy no se desarrollan, tales como la definición y monitoreo de normas, mecanismos de regulación y coordinacion entre prestadores, etc.

- Los sistemas de incentivos en los sectores público y de seguridad social -conjuntamente con limitaciones de financiamiento en algunos casos- permiten caídas en la calidad y la cobertura de servicios. La falta de un mecanismo de precios y/o de controles adecuados genera un desconocimiento sobre costos del sistema, y por ende de la efectividad de la prestación.

- El sector privado es altamente diversificado en la región. Su nivel de desarrollo entre países, como así también su modo de organización, financiamiento y cobertura de enfermedades y riesgos de los consumidores, definen mecanismos de precios y resultados en la prestación de servicios que difieren marcadamente entre naciones.

- El trabajo resalta que no sólo son relevantes las características propias de cada prestador en cuanto a sus objetivos y posibilidades sino también el componente estratégico, que explica el comportamiento de los prestadores de servicios de salud en función de las acciones del resto de los participantes del mercado. La configuración de bloques regionales subraya este elemento, que combina los aspectos de organización interna de cada grupo de prestadores, con los mecanismos de reacción ante otros oferentes de servicios de salud.

- Los mercados de atención de la salud nos entregan en general una visión poco coordinada en cuanto a su funcionamiento desde la provisión de servicios y a la capacidad de satisfacción de las necesidades de la demanda, dejando al paciente en estado de "desprotección". Ejemplos sobre ello abundan: superposición en la oferta de servicios entre el sector público y de seguridad social, al tiempo que existen demandas insatisfechas en otras regiones, fundamentalmente rurales; sobreprestación de servicios privados de acuerdo a las "necesidades de amortización de equipamiento", problemas de selección adversa, etc. La satisfacción de las demandas de la población en términos de cuidado de la salud requieren de un mayor análisis -y en ocasiones de la complementación- de las posibilidades privadas y publicas en la prestación de servicios.

- La información es una herramienta básica para conseguir una transformación de los sistemas de salud de la región. Tanto la ampliación real de la cobertura de los servicios, como la mejora en la calidad y la efectividad de los fondos invertidos en salud dependen de ella. Con ese fin se requiere de mecanismos de control, normatización y generación de registros y bases de datos. Es en esta dirección en que la separación entre el financiamiento y la operación del sistema -donde la descentralización y el desarrollo de proveedores de servicios de salud son algunas de las herramientas disponibles- surge como tema clave en la agenda de trabajo en el sector.

VI.- Referencias Bibliográficas

Aedo, C. y Larrañaga, O. (1993), "Sistemas de entrega de los servicios sociales: La experiencia chilena", Documento de Trabajo no. 152, Departamento de Desarrollo Económico y Social, Banco Interamericano de Desarrollo.

Banco Interamericano de Desarollo. (1995). "Advancing Health Care Reform in Ecuador. Analysis of Current Options", Economic and Sector Study Series. Region 3, Enero.

Banco Interamericano de Desarrollo/ Organización Panamericana de la Salud. (1996), "Caribbean Regional Health Study", Caribbean Group for Cooperation in Economic Development.

Banco Mundial (1993), "World Development Report. Investing in Health". Washington, D.C.

Banco Mundial (1995a). "Chile: The Adult Health Policy Challenge". Washington, D.C.

Banco Mundial (1995b), "World Development Report. Workers in an Integrating World". Washington, D.C.

Barnum, H., Kutzin, J., y Saxenian, H. (1995), "Incentives and Provider Payment Methods", Human Capital Development and Operations Policy Working Paper Serie no.51. Banco Mundial.

Bicknell, W. (1994), "Jamaican Health Sector Assessment: Policy Implications and Recommendations", mimeo, Septiembre.

Bitrán, R. (1995a), "Barbados: Health Sector Overview", Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo, Marzo.

Bitrán, R. (1995b), "Argentina. Estudio de financiamiento del sector salud. Encuesta urbana de hogares sobre seguros públicos y privados de salud", Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo, Septiembre.

Bloom, E. (1995), "Health and Health Care in México", Documento de trabajo, División de Economía, No.49. México.

Castagnino, E. (1995), Reforma sectorial y financiamiento del sector salud: Algunas observaciones sobre experiencias recientes en América Latina y el Caribe. Mimeo.

CEPAL (1994), "El gasto social en América Latina: un exámen cuantitativo y cualitativo", Cuadernos de la CEPAL no.73.

CEPAL, BIRF, BID, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID (1995). "Special Meeting on Health Sector Reform".

Consejo Nacional de Población. México. (1995), "The Demand for Health Care in México. An Econometric Analysis", Septiembre. México.

Development Group, The (1991), "Perú Health Sector Assessment", mimeo, Enero.

Dranove, D. (1988), "Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship", Economic Inquiry, vol.26, April.

Ellis, R. y Mc Guire, T. (1990), "Optimal Payment Systems for Health Care", Journal of Health Economics, 9.

Flood, C., Harriague, M., Lerner, L, y Montiel, L. (1994), "Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura", Documento de Trabajo GP/04. Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Buenos Aires, Argentina.

Florez, y Mendez. (1995) >Estimaciones de Mortalidad Infantil en Colombia=: Centro de Estudios de la Realidad Economica, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

Frenk, J. (1995), >Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform= , Health Policy, vol.32.

Frenk, J., Bobadilla, J.L. y Lozano, R. (1996), >The Epidemiológica Transition in Latin America=, en Adult Mortality in Latin America, Timaeus Ian M., Chaquiel J. and Ruzinka Lado eds., Claredon Press Oxford.

Fundación Mexicana para la Salud. (1995), >Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México=. México.

Govindaraj, R., Murray, C. y Chellaraj, G. (1995), >Health Expenditures in Latin América=, World Bank Technical Paper no. 274.

Harvard University School of Public Health. (1996), >Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan=, mimeo, Marzo.

Homedes, N. (1994), >Guyana, Health Strategy Paper', mimeo.

Ii, Masako. (1996), >The Demand for Medical Care. Evidence from Urban Areas in Bolivia=, Living Standards Measurement Study. Working Paper no. 123, Banco Mundial.
Instituto Centroamericano de Administracion Pública. (1995), >Ajuste económico, políticas de salud y modelos de atención en Centroamerica=. San Jose de Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. (1992), AEncuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992', Lima, Perú, Septiembre.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Economía. Argentina. (1995), >Statistical Yearbook. Republic of Argentina=. Buenos Aires, Argentina.

Iunes, R. (1995), >Health Care Financing in Paraguay=, Primera Versión, mimeo, Deciembre.

Katz, J.y Muñoz, A. (1988), >Organización del sector salud. Puja distributiva y equidad. Centro Editor para América Latina, Buenos Aires. Argentina.

Labadie, G. (1996), >Regulación y desempeño comparado de dos subsistemas privados de salud en el Uruguay=, Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo, Marzo.

La Forgia, G. (1993), >Belize Health Sector Assessment=, Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo, Abril.

La Forgia, G. (1994), >Stepping into Health Sector Reform through Redirecting Financial Flows: a Review of Reform Proposals in two Latin American Coutries=, mimeo, Marzo.

La Forgia, G. y Balareso, J. (1993), >Cost Recovery in Public Sector Hospitals in Ecuador=, Health Financing and Sustainability Project. Technical Note 28.

La Forgia, G. Y Griffin, C. (1993), >Health Insurance in Practice. Fifteen Case Studies from Developing Copuntries=, Health Financing and Sustainability Project. Abt Associates Inc. Small Applied Research Paper no.4, Marzo.

La Forgia, G., Griffin, C. y Bovbjerg, R. (1993), >Extending Coverage and Benefits of Social Financing Systems in Developing Countries. Phase I=, Health Financing and Sustainability Project. Abt Associates Inc., Marzo.

La Forgia, G. Levine, R., Brenzel, L. y Couttolenc, B. (1993), Health Policy Reform in Latin America. Framework and Guidelines for Health Sector Assessment". The Urban Institute, mimeo, Junio.

Lee, H. y Bobadilla, J. (1994), "Health Statistics for the Americas", World Bank Technical Paper no.262.

Londoño de la Cuesta, J. (1996). Is there a Health Gap in Latin America? Technical Department for Latin America, Banco Mundial, mimeo, Abril.

Londoño de la Cuesta, J. y Frenk J. (1996), Structured Pluralism: a New Model for Health Reform in Latin America. Technical Department for Latin America, Banco Mundial, mimeo, Abril.

Medici, A. (1994), "Economia e Financiamento do Setor Saude no Brasil" AdSAUDE-Serie Tematica. Facultade de Saude Pública. Universidade de Sao Paulo. Brazil.

Medici, A. y Czapski, C. (1995), "Evolucao e perspectivas dos gastos públicos com saude no Brasil", Brazil. Noviembre.

Mesa-Lago, C. (1989), "Financiamiento de la atención a la salud en America Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social", Instituto para el Desarrollo Económico. Banco Mundial.

Ministerio de Salud, Chile. (1992), "La salud en Chile. Informe Nacional del Diagnóstico de la Salud" Documento 1. Programa MINSAL.BID. Serie Herramientas de Trabajo. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Uruguay. (1994), "Programas prioritarios de salud". Montevideo, Uruguay.

Musgrove, P., Editor (1988), "Crisis economica y salud. La experiencia de cinco países Latinoamericanos en los años ochenta", Organización Panamericana de Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1993a), "Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay. Estudios de casos y modelo histórico-evolutivo de organización y comportamiento sectorial", Cuaderno técnico no. 36.

Organización Mundial de la Salud (1993b), "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services", WHO Technical Report Series 829, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1994a), "Pobreza y salud en Bolivia".

Organización Mundial de la Salud, (1994b), "Health Conditions in the Americas", Vol. I y II.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (1992), "Haiti 1992. Health Situation Analysis", mimeo, Mayo.

PNUD. (1994), Human Development Report. Oxford.

Programa de Inversion Social, Uruguay. (1994), "Diagnóstico Sectorial: Salud. Parte I y II". Montevideo, Uruguay.

Santana, I. (1996), "La Organización Industrial de la Prestación de Servicios de Salud en la República Dominicana". ECOCARIBE-BID. Proyecto Red de Centros.

Santana, I. y Rathe, M. (1993),"Sistema de servicios sociales en la República Dominicana: una agenda para la reforma", Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de trabajo No.150, Departamento de Desarrollo Económico y Social.

Suárez, R., Henderson, P., Barillas, E. y Vieira, C. (1995) "Gasto en salud y financiamiento: América Latina y el Caribe. Desafíos para la década de los noventa", Organización Panamericana de la Salud.

UNICEF. (1995a), "Statistics for Latin America and the Caribbean", Mayo.

UNICEF. (1995b), "Mortalidad en la Niñez. Una base de datos actualizada en 1995. América Latina".

Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe

Daniel Maceira

Banco Interamericano de Desarrollo
Oficina del Economista Jefe

Diciembre 1996

El autor agradece los comentarios y sugerencias de Bill Savedoff, y de los participantes en presentaciones de versiones preliminares de este trabajo dentro del Banco Interamericano de Desarrollo. Se guarda entera responsabilidad por lo aqui expresado.