



NOVIEMBRE DE 1989

“  
Financiamiento  
de la Atención a la Salud  
en América Latina y el  
Caribe, con Focalización  
en el Seguro Social”

---

Carmelo Mesa-Lago



DOCUMENTO DE LA SERIE DE ESTUDIOS DE SEMINARIOS DEL IDE  
NÚMERO 42

Financiamiento de la Atención a la Salud  
en América Latina y el Caribe,  
con Focalización en el Seguro Social

**Carmelo Mesa-Lago**

Banco Mundial  
Washington, D.C.

Copyright © 1989  
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/BANCO MUNDIAL  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433, EE.UU.

Reservados todos los derechos  
Hecho en los Estados Unidos de América  
Primera impresión: noviembre de 1989

El Instituto de Desarrollo Económico (IDE) fué establecido por el Banco Mundial en 1955 para capacitar a los funcionarios que se ocupan de la planificación para el desarrollo, la formulación de las políticas, el análisis de las inversiones y la ejecución de proyectos en los países en desarrollo que son miembros del Banco. Actualmente, se da mayor importancia en la labor del IDE esencialmente al análisis de las políticas económicas sectoriales y macroeconómicas. Por medio de diversos cursos, seminarios y cursillos, la mayoría de los cuales se ofrecen en el exterior en cooperación con instituciones locales, el IDE trata de aguzar la capacidad analítica requerida para el análisis de las políticas y ayudar a comprender mejor la experiencia de los países en materia de desarrollo económico. Los seminarios sobre políticas, además de fomentar los objetivos pedagógicos del IDE, constituyen un foro en el que los funcionarios encargados de formular políticas, los académicos y el propio personal del Banco pueden intercambiar puntos de vista sobre cuestiones, propuestas y prácticas del momento relacionadas con el desarrollo. Aunque las publicaciones del IDE se elaboran para sus propias actividades didácticas, muchas de ellas son de interés para un público mucho más numeroso. El material del IDE, con inclusión de cualquier tipo de resultados, interpretaciones y conclusiones, es de entera responsabilidad de los autores y no debe atribuirse de manera alguna al Banco Mundial, a sus organismos afiliados o a los miembros de su Directorio Ejecutivo o los países que representan.

Debido a que esta serie no es oficial y con el fin de disponer de la publicación con la mayor prontitud posible, el texto escrito a máquina no se ha preparado y revisado tan cabalmente como sería el caso de un documento más oficial, y el Banco Mundial no se hace responsable de ningún error.

La lista de publicaciones del Banco Mundial aparece en el *Index of Publications* (índice de publicaciones) anual, que se puede obtener dirigiéndose a Publications Sales Unit, The World Bank, 1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433, Estados Unidos, o a Publications, Banque mondiale, 66, Avenue d'Iéna, 75116 Paris, Francia.

Carmelo Mesa-Lago es catedrático distinguido de Economía y Estudios Latinoamericanos en la Universidad de Pittsburgh.

Edición en español:  
ISSN 1014-6903  
ISBN 0-8213-1365-7

**Library of Congress Cataloging-in-Publication Data**

Mesa-Lago, Carmelo, 1934-

Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el seguro social / Carmelo Mesa-Lago.

p. cm. — (Documento de la serie de estudios de seminarios del IDE ; no. 42)

Includes bibliographical references.

ISBN 0-8213-1365-7

1. Medical care—Latin America—Finance. 2. Medical care--Caribbean Area—Finance. I. Title. II. Series EDI seminar paper (Washington, D.C. : 1988) ; no. 42.

RA395.L3M47 1989

338.4'33621'098—dc20

89-28100

---

## Indice

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2. Estructura Administrativa</b>	<b>2</b>
a. Sectores Público, de Seguro Social y Privado	2
b. Tipos de Organización de Servicios de Salud en la Región	3
c. Integración o Coordinación de los Servicios	6
<b>3. Cobertura Poblacional</b>	<b>8</b>
a. Cobertura Legal	8
b. Cobertura Estadística y Tendencias en la Extensión	11
c. Desigualdades en la Cobertura	15
d. Barreras Estructurales a la Extensión de la Cobertura del Seguro Social	17
<b>4. Financiamiento</b>	<b>20</b>
a. Fuentes de Financiamiento del Seguro Social	20
b. Financiamiento y Distribución del Ingreso	22
c. Vías No-Convencionales de Financiar la Extensión de la Cobertura	24
d. El Déficit en el Seguro de Enfermedad: Causas y Remedios	25
e. Fuentes de Financiamiento del Sector Público	27
f. La Asignación de Recursos de Salud entre los Sectores Público y de Seguro Social	28
g. El Impacto de la Crisis Económica en el Financiamiento	29
<b>5. Niveles, Servicios y Prestaciones de Salud</b>	<b>31</b>
a. Niveles y Servicios de Salud en la Región	31
b. Desigualdades en los Servicios y Niveles de Salud	31
c. El Impacto Redistributivo de las Prestaciones	36

## **6. El Costo Creciente de la Atención de la Salud y sus Causas 40**

- a. El Gasto de Salud: Magnitud, Distribución por Sectores y Tendencias 40
- b. Causas del Incremento del Gasto de Salud 44
  - i. Demografía y perfil patológico 44
  - ii. Extensión de la cobertura 44
  - iii. Inflación 45
  - iv. Prestaciones generosas 45
  - v. Predominio de la medicina curativa 47
  - vi. Altos gastos administrativos 49
  - vii. Costos de personal y medicamentos 49
  - viii. Ineficiencia hospitalaria 50
  - ix. Otras causas 50
  - x. Análisis globales de las determinantes del gasto de salud 51
- c. El Costo de Universalizar la Cobertura 52

## **7. Recomendaciones 54**

- a. Mejoras en la Organización 55
- b. Ampliación de la Cobertura Poblacional 56
- c. Aumento en los Ingresos 57
- d. Reducción de Costos 58
- e. Investigación y Educación 59

## **Bibliografía 61**

### **Listado de Cuadros**

1. Distribución Porcentual de las Camas Hospitalarias por Sector de Salud en Países Seleccionados de América Latina y el Caribe: Circa 1985 4
2. Cobertura Legal de Prestaciones de Salud por el Sistema Nacional de Salud y/o el Seguro Social en América Latina y el Caribe: 1985 9
3. Población Total y Economicamente Activa Cubierta por el Seguro de Enfermedad-Maternidad en América Latina: 1960, 1970, 1980 y 1985 13
4. Distribución Porcentual Estimada de la Cobertura de Atención a la Salud de la Población Total por Sector Protector en Países Latinoamericanos Seleccionados: Circa 1985 14
5. Disparidades en la Cobertura de Salud por el Seguro Social entre Ramas Económicas de la PEA en Países Seleccionados de América Latina: Circa 1980 16
6. Distribución Porcentual de la Fuerza Laboral en América Latina: Circa 1980 18

7. Cotizaciones Legales al Programa del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad y a Todos los Programas de Seguro Social en América Latina: 1986 21
8. Distribución Porcentual de los Ingresos de Seguridad Social por Fuente en América Latina y el Caribe: 1980 23
9. Distribución Porcentual del Ingreso del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad, por Fuente, en Países Latinoamericanos Seleccionados: Entre 1974 y 1985 24
10. Comparación de la Distribución Porcentual de Cobertura e Ingresos de Salud entre el Ministerio y el Seguro Social en Países Seleccionados de América Latina: Circa 1980 29
11. Gasto per Capita del Gobierno Central en Salud Pública, Excluyendo Seguridad Social en América Latina y el Caribe: 1970-84 30
12. Servicios y Niveles de Salud en América Latina y el Caribe: Entre 1980 y 1985 32
13. Distribución Porcentual de los Gastos de Salud por Sector en Países Seleccionados de América Latina: Entre 1980 y 1986 33
14. Distribución de los Servicios de Salud entre Instituciones Protectoras en Algunos Países de América Latina: Entre 1980 y 1984 34
15. Disparidades Geográficas en Cobertura y Servicios de Salud en Países Latinoamericanos Seleccionados: Entre 1979 y 1984 35
16. Impacto del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad sobre la Distribución del Ingreso en Varios Países de América Latina: Entre 1979 y 1978 37
17. Impacto del Gasto Público de Salud (Subsidios) sobre la Distribución del Ingreso en Varios Países de América Latina: 1980 y 1982 39
18. Gastos de Salud (Por Sector y Totales) como Porcentaje del PIB en Países Seleccionados de América Latina: Entre 1980 y 1986 41
19. Porcentaje del Gasto de Prestaciones de Seguro Social Asignado a Enfermedad-Maternidad en América Latina: 1970-1980 43
20. Condiciones Legales de las Prestaciones del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad en América Latina y el Caribe: 1985 46
21. Indicadores de Eficiencia Administrativa del Seguro Social en América Latina y el Caribe: Entre 1980 y 1985 48
22. Indicadores Gruesos de Eficiencia Hospitalaria en Algunos Países de América Latina: Entre 1979 y 1985 51
23. Porcentaje del Gasto Total de Seguro Social sobre el PIB, en 1980, y Extrapolado con Base a Cobertura Universal en América Latina 52





---

## 1. Introducción

El presente estudio se basa en una revisión global de la literatura y estadísticas disponibles (tanto en fuentes secundarias como primarias) sobre el financiamiento de la atención de la salud en América Latina y el Caribe. Se ha realizado un esfuerzo significativo para reunir y normalizar los datos, así como para sistematizar el análisis del tema. La intención del trabajo es proporcionar una visión actual y comparativa del financiamiento de la salud en la región, sus principales problemas y las soluciones posibles.

El término atención de la salud en este estudio comprende los sectores público, de seguro social y privado. La mayor parte de la información hoy disponible se concentra en el sector público así que este estudio profundiza en el sector del seguro social que, a pesar de su importancia, ha sido objeto de menor atención. Aquí empleamos el término seguro social, en vez de seguridad social, porque el primero es el modelo existente en prácticamente toda la región. Seguridad social sólo se usa aquí como un término de vasto significado que incluye los seguros sociales, la asistencia pública, los servicios de salud pública, las asignaciones familiares y otros programas. El sector privado es el que recibe la menor atención en este trabajo debido tanto a la escasez de información sobre el mismo como al porcentaje pequeño de la población que cubre.

Una primera versión, en inglés, de este estudio se preparó en 1983 por encargo de la División de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial (Mesa-Lago, 1983b). Una segunda versión, en español, con pequeñas modificaciones, fue presentada al Seminario "Modelos y Estrategias Financieras" efectuado en 1985 en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en Ciudad México (Mesa-Lago, 1985a). La presente versión, que pone al día y amplía al doble el estudio original, se hizo por encargo del Instituto de Desarrollo Económico (EDI) del Banco Mundial para el Seminario "Financiamiento del Sector Salud en América Latina", celebrado en Brasilia en 1987.

---

## 2. Estructura Administrativa

En América Latina y el Caribe la atención de salud es administrada por múltiples proveedores: ministerio de salud, seguro social, sociedades caritativas o beneficencias, fuerzas armadas, sindicatos, mutualidades o cooperativas, empleadores y el sector privado. Los seguros de grupo o individuales privados no son muy importantes (excepto en algunos países como Chile y Uruguay) pero están creciendo.

### *a. Sectores Público, de Seguro Social y Privado*

El sector público está usualmente representado en su mayoría por el ministerio de salud. En algunos países (vr.gr., la Argentina) los estados, provincias o departamentos, así como los municipios, operan servicios propios separados de los del gobierno central o federal. En todos los países latinoamericanos (con excepción de Costa Rica), las fuerzas armadas tienen sus propios servicios de salud y, en algunos países, esto es cierto también de algunas instituciones autónomas. Por último, las beneficencias (vr.gr., en Perú), pudieran incluirse en el sector público. En 20 de 28 países de la región sobre los que existe información, la mayoría de los servicios de salud son proporcionados por el sector público principalmente por el ministerio de salud.

El seguro social se ha convertido en el segundo proveedor de servicios de salud, mayormente a través del programa de enfermedad y maternidad y en menor grado mediante los programas de riesgos profesionales y asignaciones familiares. En algunos países el programa de enfermedad-maternidad del seguro social no está unificado sino fragmentado por categorías de la fuerza laboral (por ejemplo, empleados y obreros) o incluso por rubros ocupacionales (vr.gr., funcionarios públicos, ferrocarrileros, petroleros, electricistas, bancarios). En ocho países de América Latina, el seguro social tiene una cobertura poblacional mayor que la del ministerio de salud aunque sólo en dos de dichos países el seguro social provee directamente la mayoría de los servicios de salud.

El sistema de provisión directa de atención médico-hospitalaria es el más común en la región, de tal forma que la agencia administrativa posee los hospitales y demás instalaciones y contrata a los médicos. Este sistema implica una inversión inicial más alta, pero da mayor control a la agencia administrativa y debería disminuir los costos de operación. En el sistema indirecto (que raramente aparece en estado puro en América Latina) la agencia administrativa firma convenios con otros proveedores; los usuarios pueden pagar a estos últimos y recibir un reembolso de la agencia, o ésta paga a los proveedores de acuerdo con cuotas de servicio preestablecidas o una cantidad fija por persona; este sistema brinda poco control a la agencia administrativa, pero no requiere una inversión considerable; sin embargo, normalmente son más

altos los costos de operación (AISS, 1982). En un buen número de países latinoamericanos existe una combinación de provisión directa e indirecta de servicios debido a que la agencia administrativa, además de utilizar sus propias instalaciones, contrata o reembolsa los servicios de otros proveedores públicos o privados. El Cuadro 1 ofrece cifras sobre la distribución de los servicios de salud (camas hospitalarias) entre los tres sectores, en varios países de la región.

#### *b. Tipos de Organización de Servicios de Salud en la Región*

La variedad notable de organización de los servicios de salud en América Latina y el Caribe resiste una clasificación estricta pero los países puede agruparse en tres grandes tipos (Castellanos, 1985): (a) países con sistema nacional de salud básicamente operados por el ministerio de salud (Caribe no latino, Cuba y Nicaragua); (b) países en que el seguro social (unificado o fragmentado) cubre a la mayoría de la población, ya sea con servicios propios o contratados y el ministerio de salud cubre sólo a los no asegurados y realiza otras funciones, vr.gr., preventivas, de supervisión, etc. (Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, pero sólo en Costa Rica y México el seguro social provee directamente la mayoría de los servicios); y (c) países en que la mayoría de la población está a cargo del ministerio de salud (cuyos servicios son insuficientes) mientras que el seguro social cubre menos de la cuarta parte de la población (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana). A continuación se hace un resumen de la organización de los servicios dentro de los tres grupos y por países.

En los países de habla inglesa del Caribe (con excepción de Bermudas) existe un sistema nacional de salud unificado con servicios propios operados por el ministerio de salud; hay además un pequeño sector privado; el seguro social sólo otorga prestaciones en efectivo (subsidios por enfermedad y maternidad), no obstante Bahamas está considerando un seguro nacional de salud (Mesa-Lago, 1987b). Bermudas sigue el sistema indirecto que permite a los residentes elegir la atención en cualquier instalación disponible, la cual es reembolsada ya sea por el empleador, un seguro privado o la comisión de seguro hospitalario. Cuba tiene también un sistema nacional de salud único con todos sus servicios unificados y operados por el ministerio de salud; no existe un sector privado; las prestaciones en efectivo son administradas por un comité estatal centralizado (CETSS) a cargo de asuntos laborales y de seguro social (Mesa-Lago, 1985b; Peñate, 1985). En Nicaragua funciona igualmente un sistema nacional único de salud que integra el sector público (el cual incluye servicios separados para las fuerzas armadas y el sector privado; el ente gestor es el ministerio de salud pero el seguro social (INSSB) cobra las cotizaciones (que transfiere al ministerio) y paga las prestaciones en efectivo (Betanco, 1985).

En Costa Rica prácticamente toda la población (asegurada e indigente) es atendida por servicios cada vez más integrados del seguro social (CCSS) y el ministerio de salud; el primero se ocupa esencialmente de la medicina curativa (y opera todos los hospitales) y el segundo está a cargo de la preventiva y de las poblaciones marginales (Jaramillo, 1984; Jaramillo y Miranda, 1985; Mesa-

**Cuadro 1.** Distribución Porcentual de las Camas Hospitalarias por Sector de Salud en Países Seleccionados de América Latina y el Caribe: Circa 1985

<i>Países</i>	<i>Ministerio de salud y otros<sup>a</sup></i>	<i>Seguro social</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>
Argentina	63	6 <sup>c</sup>	31	100
Bahamas	85 <sup>d</sup>	0	15	100
Brasil	-----25-----		75	100
Colombia <sup>b</sup>	72	7	21	100
Costa Rica	0 <sup>e</sup>	98	2	100
Cuba	100	0	0	100
Ecuador	71	10	19	100
Jamaica	95	0	5	100
México	30	67	3	100
Panamá	54	46	n.d.	100
Perú	64	16	20	100
República Dominicana	81	9	n.d.	100
Uruguay	65	22 <sup>c</sup>	13	100

- a. Incluye hospitales de las fuerzas armadas y en algunos países beneficencias.  
 b. Distribución de hospitales y clínicas en vez de camas hospitalarias.  
 c. Incluye mutualidades, colectividades, obras sociales.  
 d. Distribución del uso de servicios de tercer nivel; en el primer nivel la distribución es 55% público y 45% privado.  
 e. El ministerio de salud no tiene camas hospitalarias (sólo emergencia) y no hay fuerzas armadas).

*Fuentes:* Acuña y otros, 1987; Banco Mundial, 1987b; Brasil, 1987; Mesa-Lago, 1984, 1985a, 1987a, 1987b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; Meerhoff, 1986; República de Colombia, 1985; Rodríguez, 1986; Tamburi, 1982b; Zschock, 1988.

Lago, 1987a). Panamá también sigue un proceso de integración (aunque estancado desde hace algunos años) con los servicios distribuidos por mitad entre el seguro social (CSS) y el ministerio de salud. En ambos países opera también un pequeño sector privado, mayor en Panamá que en Costa Rica (Isuani y Mesa-Lago, 1981; La Forgia, 1985).

En Chile los cubiertos por el seguro social, que constituyen la mayoría de la población, pueden escoger entre los servicios públicos o los de seguros de grupo privado previsional autorizados (ISAPRES). El Fondo Nacional de Salud (parte del ministerio de salud) recauda tanto las cotizaciones del seguro social de enfermedad como el aporte estatal. Los servicios públicos de salud son suministrados—a asegurados e indigentes—por el sistema nacional de servicios de salud, también bajo la supervisión del ministerio, que consiste en una red de

hospitales regionales; los servicios de atención primaria están a cargo de los municipios. Las ISAPRES cobran directamente las cotizaciones de los asegurados que optan por esta afiliación (más una cuota adicional); pocos de estos seguros tiene servicios propios, así que la mayoría contrata los servicios del sector privado (De Geynd, 1987; Scarpaci, 1988).

En México la mayoría de la población es atendida por los servicios propios de los múltiples seguros sociales (un instituto general para trabajadores asalariados—IMSS—y otros separados para funcionarios del gobierno federal—ISSSTE—petroleros, electricistas, etc.); en algunas zonas del país, el seguro social no tiene servicios propios y contrata los servicios de proveedores públicos o privados. Dentro del IMSS existe un régimen especial para campesinos (COPLAMAR). La población no asegurada está a cargo del ministerio de salud excepto la que utiliza los servicios privados (Mesa-Lago, 1985b).

En Brasil el ministerio de seguro y asistencia social opera tanto el seguro social (que paga las prestaciones en efectivo) como el sistema de salud (INAMPS); este último abarca al grueso de la población y sigue el modelo de provisión indirecto: el asegurado puede escoger entre los servicios propios del seguro o servicios públicos contratados (con el gobierno federal, los estados, los municipios, las universidades), también puede ser remitido a los servicios privados contratados (que son mayoría); además hay servicios suministrados por sindicatos y empresas. En 1986 el 80% de los servicios hospitalarios de los asegurados fue otorgado por servicios contratados privados (Brasil, 1987).

En Argentina, la mayoría de la población está afiliada y contribuye al seguro social u "obras sociales" (seguros de grupo administrados por sindicatos, organismos estatales, municipios, empresas, etc.); la mayoría de las obras sociales no tiene servicios propios y subcontrata con el sector privado. El sector público comprende servicios a nivel nacional, provincial y municipal (más las fuerzas armadas) y, aunque tiene la mayoría de las instalaciones, cubre a una minoría de la población: los no asegurados que no tienen recursos para pagar servicios privados (Isuani y Mercer, 1986).

En Uruguay el seguro social recauda las cotizaciones y las transfiere a seguros de grupo privado (IAMC: mutualidades, cooperativas y otras asociaciones colectivas) que proveen los servicios de salud a poco menos de la mitad de la población. El ministerio de salud supervisa el sistema y provee servicios al resto de la población excepto la que se atiende en el sector privado (Acuña y otros, 1987; Arán, 1986; Meerhoff, 1986).

En Venezuela el instituto de seguro social general (IVSS) cubre algo más de la mitad de la población con servicios propios, pero también reembolsa gastos en aquellas regiones donde no tiene servicios propios. Existen además otros seguros sociales que cubren a sectores minoritarios de la población. El ministerio de salud se ocupa de los no asegurados y de los servicios de previsión.

En Bolivia la mayoría de los servicios de salud son operados por el ministerio de salud pero los servicios de los seguros sociales (CNSS y otras instituciones) le siguen de cerca; los últimos contratan con otros servicios públicos o privados sólo cuando no tiene propios. En el resto de los países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana) el ministerio de salud tiene la gran mayoría de los servicios de salud mientras que los del seguro social fluctúan entre 10% y 20%

(Tamburi, 1982b; Castellanos, 1982). En varios de estos países el seguro social es muy fragmentado, por ejemplo, en Colombia funcionan 36 seguros de enfermedad (los dos mayores son un instituto general—ISS—y otro para funcionarios públicos—CAJANAL) más 70 programas de asignaciones familiares que también suministran servicios de salud y todos juntos cubren sólo el 16% de la población (Mesa-Lago y De Geyndt, 1987). En Perú, los empleados cubiertos por el seguro social (pero no los obreros) pueden elegir entre los servicios propios del seguro o usar otros servicios y recibir un reembolso en base a una tarifa (Mesa-Lago, 1988). Haití promulgó hace 20 años una ley de seguro social de enfermedad pero no se la ha puesto en vigor, de forma que este país sólo tiene servicios del sector público más un pequeño sector privado.

En resumen, el sector público (principalmente representado por el ministerio de salud) se circunscribe cada vez más a la atención de la población no asegurada y a los indigentes (los grupos de más bajo ingreso que son atendidos bajo el concepto de asistencia pública), así como a la medicina preventiva. Excepciones a esta tendencia son los pocos países que tienen sistemas nacionales de salud. El seguro de enfermedad-maternidad exhibe una tendencia creciente y cubre a la población de ingreso medio y bajo-superior la cual reclama un "derecho" a la atención. Parece existir una tendencia, dentro del seguro social, a apartarse de la provisión directa de los servicios y moverse hacia la indirecta, o sea, contratación de servicios principalmente con el sector privado (Tamburi, 1985). Los seguros de grupo y el sector privado muestran una tendencia creciente en varios países y proporcionan atención a la población de ingreso medio-superior y alto.

### *c. Integración o Coordinación de los Servicios*

La multiplicidad de proveedores de atención a la salud en la región (especialmente en los sectores público y de seguro social) y su falta de coordinación, así como la separación entre servicios preventivos y curativos es uno de los problemas más importantes en este campo (OPS, 1981; Diéguez, 1980; AISS, 1982; McGreevey, 1984; Mesa-Lago, 1985b; Ugalde, 1986). Desde 1959 varias organizaciones internacionales y regionales, así como asociaciones vinculadas con la seguridad social y el sector público de atención a la salud (OIT, OMS, OPS, AISS, CPISS, OISS, OEA) han planteado este problema en numerosas conferencias, congresos y mesas redondas donde se ha recomendado la "integración" o la "coordinación".

Existen tres niveles en el camino a la integración de los servicios de salud. El más alto está representado por los países con sistemas nacionales de salud unificado (Caribe de habla inglesa, Cuba y Nicaragua). El intermedio es la alta coordinación entre el ministerio de salud y el seguro social, con integración de ciertos servicios y división del trabajo entre ambos organismos (Costa Rica, Panamá). El más bajo es el uso de sistemas normativos y de planificación uniformes por todas las instituciones (Colombia, Ecuador, Honduras). Algunos expertos señalan que la integración por sí sola no es la solución ya que la misma requiere un cambio en favor de la atención primaria y mayor eficiencia (Ugalde, 1986). Recientemente Tamburi (1982b, 1986) ha sugerido abandonar la dicotomía coordinación versus integración puesto que no es precisa, no refleja la

completa variedad existente de situaciones y políticas, y acentúa el conflicto entre entes gestores de la salud. Por otra parte Castellanos (1985) ha apuntado que en la década de 1970 ocurrió un cambio de preferencia de la integración hacia la coordinación pero, desde 1981, hay un nuevo enfoque que enfatiza los resultados (cobertura universal) más que el método o proceso para lograrlo.

En la primera mitad del decenio de 1980 ha ocurrido un proceso de acercamiento entre la OIT y la OPS (que se ha reflejado también entre las instituciones de seguro social y los ministerios de salud) para coordinar sus actividades y promover una estrategia coherente para el desarrollo de los programas de salud especialmente en relación a la atención primaria. Dos reuniones celebradas respectivamente en México (en 1982) y en Medellín (en 1985) entre ambos organismos (y el CPISS) han pasado revista a los avances, estudios y resoluciones relacionados con este tema (OIT/OPS/CPISS, 1986). Sin embargo, uno de los documentos claves presentados a la reunión de 1985 plantea que: (a) aunque la mayoría de los países ha promulgado legislación para establecer sistemas nacionales de salud, el progreso efectivo ha sido muy lento y la coordinación entre el seguro social y el ministerio de salud es (salvo pocas excepciones) incipiente y continúa siendo objeto de debate; (b) la política de coordinación no ha logrado aún una incorporación de ambos organismos al proceso real de la toma de decisiones y en la provisión de los servicios; y (c) subsisten factores restrictivos al proceso de coordinación, tales como las clientelas separadas, los medios de financiamiento diferentes y las resistencias de las burocracias de ambos organismos (Castellanos, 1985). En un documento presentado a la reunión de la OPS en 1987 se ratifican estos problemas y se dice que aunque hay consenso sobre los beneficios de la coordinación, no hay unidad de criterio respecto a los mecanismos adecuados para alcanzar esa meta (OPS, 1987). Con lo que se replantea el problema de los medios, que se intentó soslayar a principios de la década.

---

### 3. Cobertura Poblacional

En la atención de la salud podemos distinguir entre la cobertura poblacional "legal" y la "estadística". La primera se prescribe por la ley pero no siempre se ejecuta mientras que la segunda se refiere a estimados sobre la población cubierta. Pudiéramos referirnos también a la cobertura "real" pero no existe información precisa y comparativa a nivel regional que mida el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

#### *a. Cobertura Legal*

El Cuadro 2 proporciona una panorámica comparativa del tiempo en que se inició la cobertura legal y su alcance actual (las personas legalmente protegidas). El cuadro separa los países con seguro social y con sistema nacional de salud porque, en los primeros, el seguro social otorga prestaciones monetarias y médico-hospitalarias, mientras que en los segundos el sistema nacional de salud suministra las prestaciones médico-hospitalarias y el seguro social las monetarias. El cuadro no incluye la cobertura del sector público (ministerio de salud) en países en que no existe un sistema nacional de salud puesto que en estos no hay generalmente un "derecho" a las prestaciones.

Roemer (1964, 1973) y Tamburi (1982b, 1986) han descrito la evolución histórica de los servicios de atención a la salud en América Latina. Analizando la primera columna del Cuadro 2, se pueden distinguir tres grupos de países con base en el período en que se introdujo la cobertura legal: (i) Bajo la influencia de la ley de seguro social de enfermedad del Canciller Bismarck, introducida en Alemania en 1883, siete países latinoamericanos pusieron en vigor leyes semejantes: en la década de 1920 Chile (seguro de enfermedad-maternidad para obreros) y Brasil (seguro de enfermedad para ferrocarrileros), y en la década de 1930 Ecuador y Perú (seguro de enfermedad para obreros) y Argentina, Colombia y Cuba (seguro de maternidad para trabajadoras). (ii) En parte como efecto demostrativo de los países pioneros, pero también bajo la influencia de la OIT y del informe Beveridge, en la década de 1940 once países latinoamericanos promulgaron leyes sobre el seguro de enfermedad incluyendo maternidad (Venezuela, Costa Rica, Panamá, México, Paraguay, Argentina—maternidad solo—Colombia, Guatemala—enfermedad sólo—República Dominicana, El Salvador y Bolivia), seguidos en la década de 1950 por otros tres países latinos de la región (Honduras, Nicaragua y Uruguay—este último no promulgó leyes de enfermedad hasta la década de 1960). (iii) En las décadas de 1960 y 1970 las naciones caribeñas recientemente independizadas, la mayoría de las cuales pertenecían a la Mancomunidad Británica, promulgaron leyes que reglamentaron las prestaciones monetarias de enfermedad (como parte del seguro social), pero adoptaron el modelo británico del sistema nacional de salud.



**Cuadro 2. Cobertura Legal de Prestaciones de Salud por el Sistema Nacional de Salud y/o el Seguro Social en América Latina y el Caribe: 1985**

Países	Ley inicial <sup>b</sup>	Personas legalmente cubiertas <sup>a</sup>					Sistemas especiales <sup>g</sup>
		Todos los residentes	Todos los empleados <sup>c</sup>	Parte de los empleados <sup>d</sup>	Cuenta propia <sup>e</sup>	Depend. <sup>f</sup>	
<i>Seguro Social</i>							
Argentina	1934, <sup>M</sup> 1944 <sup>E</sup>		X			X	X
Bolivia	1949			X		X	X
Brasil	1923, <sup>E</sup> 1931 <sup>E</sup>			X	X	X	X
Colombia	1938, <sup>M</sup> 1946 <sup>E</sup>			X		X	X
Costa Rica	1941		X			X	
Chile	1924		X			X	X
Ecuador	1935		X				X
El Salvador	1949			X		X	X
Guatemala	1946, <sup>E</sup> 1953 <sup>M</sup>		X <sup>h</sup>			X	
Haití	1967 <sup>j</sup>						
Honduras	1952			X <sup>h</sup>		X	
México	1943		X			X	X
Panamá	1941		X			X	
Paraguay	1943		X			X	X
Perú	1936		X			X	
República Dominicana	1947			X		X	
Uruguay	1958, <sup>M</sup> 1960-66 <sup>E</sup>			X	X	X	X
Venezuela	1940		X <sup>h</sup>			X	X
<i>Sistema Nacional de Salud</i>							
Antigua- Barbuda	1973	X	X				
Bahamas	1972	X	X		X		
Barbados	1966	X	X		X		
Belize	1979	X	X				
Bermuda	1970	X					
Cuba	1934, <sup>M</sup> 1963 <sup>E</sup>	X	X				
Dominica	1975	X	X				
Granada	1983	X	X				
Guayana	1969	X	X		X		
Jamaica	1979 <sup>M</sup>	X		X <sup>i</sup>			
Nicaragua	1955	X	X			X	
S. Cristóbal y Nevis	1971	X	X				
Santa Lucía	1978 <sup>j</sup>	X					
San Vicente		X					
Suriname		X					
Trinidad y Tobago	1971	X	X				

- a. En Cuba, Nicaragua y el Caribe no latino (excepto Bermuda) existe un sistema nacional de salud; en estos países la cobertura de todos los residentes indicada en el cuadro se refiere a las prestaciones médico-hospitalarias; con respecto a las prestaciones monetarias por enfermedad-maternidad, estos países generalmente tienen un seguro social que cubre a todos los empleados (excepto Bermuda, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y Suriname); en cuatro países también se otorgan prestaciones monetarias a los trabajadores por cuenta propia. En el resto de los países, existe un sistema de seguro social y la cobertura de empleados (total o parcial) y por cuenta propia se refiere tanto a las prestaciones médico-hospitalarias como a las monetarias.
- b. Indica la primera ley promulgada que puede haber cubierto solo parte de la población. En el Caribe no latino la ley es la del seguro social y se refiere sólo a prestaciones monetarias. M = maternidad y E = Enfermedad
- c. Excluye a los trabajadores sin paga para un familiar y a los temporales en: Antigua-Barbuda; Barbados (también excluye a diplomáticos extranjeros); Belize (también a los domésticos y militares); Ecuador (también a los a domicilio); Guayana (también a los permanentes por debajo de cierto salario); Panamá (en cuanto a los temporales sólo excluye a los agrícolas); y Venezuela.
- d. Normalmente cubre a los empleados permanentes en industria, comercio, minería, transporte y comunicaciones, servicio civil y servicios públicos, y excluye a la agricultura y el servicio doméstico, así como a los trabajadores temporales y a domicilio.
- e. Indica cobertura obligatoria. En varios países (vr.gr., Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú) se ofrece cobertura voluntaria.
- f. Se refiere a cobertura de prestaciones médico-hospitalarias. En el Caribe no latino, Cuba y Nicaragua todos los dependientes, si son residentes, están cubiertos. En el resto de los países la cobertura generalmente incluye sólo a la esposa del asegurado y sus hijos menores (en Costa Rica, México y Panamá los padres están cubiertos). En Colombia (excepto una minoría), El Salvador, Honduras, Perú y República Dominicana la esposa sólo recibe atención por maternidad. En Colombia y República Dominicana sólo se cubre a los hijos menores de un año por atención pediátrica, en Guatemala entre 2 y 5 años, en Honduras hasta 5 años y en Perú hasta 14 años (todo menos hospitalización).
- g. Usualmente el servicio civil y las fuerzas armadas, en algunos países también ferrocarriles, bancos, petróleo, etc.
- h. Cobertura limitada geográficamente a la ciudad capital y algunas áreas urbanas.
- i. Sólo a las trabajadoras domésticas y por maternidad.
- j. No en vigor.

*Fuentes:* Compilado por el autor basado en U.S. Social Security Administration 1985, e información adicional de varios países.

En este período Haití fue el último país latinoamericano que legisló sobre el seguro de enfermedad pero la ley no se ha puesto aún en vigor. Con pocas excepciones, los países más desarrollados y urbanizados, con sindicatos más poderosos, fueron los primeros en aprobar estas leyes, mientras los menos desarrollados y urbanizados fueron los últimos. En Argentina, Cuba y Uruguay la introducción del seguro de enfermedad se retrasó debido a que en estos países la atención médica se desarrolló temprano mediante sociedades mutualistas, sindicatos y cooperativas.

El resto de las columnas del cuadro 2 identifica, a grandes rasgos, el segmento de la población legalmente protegido. En los 16 países con sistema nacional de salud (el Caribe no latino, más Cuba y Nicaragua) todos los residentes están cubiertos por prestaciones médico-hospitalarias. En once de dichos países el seguro social cubre a todos los empleados con prestaciones

monetarias (en tres países se excluye al menos a los trabajadores sin paga para un familiar y a los temporales); en Jamaica sólo los trabajadores domésticos son elegibles y limitados al subsidio por enfermedad; en Bermuda, San Vicente y Surinam no existen prestaciones monetarias; y en Santa Lucía la ley no se ha puesto en vigor.

Dentro de los 17 países con sistema de seguro social en vigor, en diez la ley cubre a todos los empleados (pero en varios países se excluye a los trabajadores temporales y en Guatemala y Venezuela la cobertura geográfica se limita a la capital y zonas urbanas). En los restantes siete países, la cobertura legal se limita a parte de los empleados, generalmente se excluye a los empleados en la agricultura, el servicio doméstico, y los temporales (en Honduras, la cobertura se limita a la capital y zonas urbanas). En Haití, la ley de enfermedad-maternidad no se ha puesto en vigor.

Sólo en cinco países la ley otorga cobertura obligatoria a los trabajadores por cuenta propia y en otros seis existe la forma voluntaria. En todos los países excepto Ecuador se cubre legalmente a la esposa e hijos menores por prestaciones médico-hospitalarias pero con limitaciones en al menos seis países (vr.gr., solo atención de maternidad a la esposa, o sólo pediátrica a infantes). Normalmente también se protege a los pensionados. Además todos los trabajadores tienen derecho a prestaciones médico-hospitalarias y de rehabilitación por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y las trabajadoras (así como las esposas de los trabajadores) a la atención por maternidad.

En un trabajo anterior he demostrado (Mesa-Lago, 1978) que en muchos países latinoamericanos la cobertura legal del seguro de enfermedad-maternidad se ha otorgado en forma gradual y estratificada, sobre todo como resultado del poder divergente de los grupos de presión. Se han creado servicios separados y autónomos para las fuerzas armadas y la policía, los funcionarios públicos, el transporte, la banca, la marina mercante, la industria, el comercio, el petróleo, la electricidad, etc. Argentina y Uruguay fueron casos extremos de esta estratificación. En otros países (por ejemplo, Perú y Chile) se crearon servicios separados que cubrieron tres grupos; las fuerzas armadas, los empleados públicos y privados, y los obreros. En México dos instituciones principales dan atención médica a los funcionarios públicos, y a los empleados privados y obreros, en tanto que hay hospitales separados o programas especiales para las fuerzas armadas y los trabajadores petroleros, ferrocarrileros, electricistas y azucareros. Durante las décadas de 1960 y 1970 se registró un proceso de unificación en muchos países pero, como aparece en el Cuadro 2, todavía a mediados de la década de 1980 existían programas o servicios especiales (separados) de atención médica en diez países (esto sin tener en cuenta a las fuerzas armadas, que tienen servicios separados de salud en toda América Latina excepto en Costa Rica—en que no hay militares—y en Cuba).

#### *b. Cobertura Estadística y Tendencias en la Extensión*

La cobertura estadística del seguro social de enfermedad-maternidad en América Latina aparece en el Cuadro 3; sin embargo, debe observarse que el cuadro no incluye la cobertura del ministerio de salud pública y que las cifras frecuentemente se basan en cálculos aproximados. El cuadro excluye a los países

del Caribe no latino pero la cobertura poblacional de los mismos en materia de prestaciones médico-hospitalarias se estima como universal, y la cobertura en prestaciones monetarias de la PEA es muy alta, por ejemplo, 93% en Jamaica, 86% en Bahamas, 81% en Barbados (Mesa-Lago, 1987b). En América Latina la cobertura de la PEA se extendió con rapidez en varios países entre 1960 y 1980: unas cuatro veces en Brasil y Venezuela, y tres veces en Costa Rica, México y Panamá. Aunque no hay un estimado preciso para Cuba a fines de la década de 1950 (las cifras del cuadro muestran la cobertura de pensiones) información diversa indica que la cobertura de salud aumentó en cinco o seis veces en el período referido. Pero en el resto de los países, a pesar de algunos avances, en 1980 la cobertura de la PEA era solo de una tercera parte o menos.

El Cuadro 3 muestra que en 1980 el 61% de la población total de América Latina estaba cubierta. Pero si se excluye a Brasil (que concentraba en 1980 más de la mitad de los asegurados de América Latina) la cobertura caía al 43% y en la mitad de los países era inferior al 25%. Hay diferencias notables de cobertura entre los países: del 75% al 100% están cubiertos en Cuba, Brasil, Costa Rica y Argentina; del 50% al 74% en Uruguay, Chile, México, Panamá y Venezuela; del 25% al 49% en Bolivia; del 10% al 24% en Paraguay, Perú, Colombia y Guatemala; y 9% o menos en Nicaragua, Ecuador, Honduras, El Salvador y República Dominicana.

La escasa información disponible para 1985 indica que en Nicaragua se acelerará la extensión de la cobertura; en algunos países ha continuado la extensión de la cobertura al mismo ritmo (Ecuador, Costa Rica, Panamá, Perú, Venezuela) y otros países han recuperado el nivel de cobertura que tenían y habían aparentemente perdido (Chile). En otros países la tendencia no es clara pues hay contradicciones entre la cobertura de la PEA y la población total (Argentina, Colombia, México). Por último, hay algunos países en que parece haber una caída en el porcentaje de cobertura (Guatemala, Uruguay—aunque en el último puede ser resultado de la eliminación de duplicaciones). La crisis económica de la década en curso puede haber provocado un desaceleramiento en el ritmo de expansión de la cobertura e incluso una caída en la cobertura debido al aumento del desempleo, la evasión y la ocupación en el sector no informal.

El Cuadro 4 añade información gruesa sobre la distribución porcentual de la población cubierta entre los sectores público, del seguro social y privado. En Argentina, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay la mayoría de la población está cubierta por el seguro social. En Brasil y Chile es difícil separar el seguro social del sector público pues ambos se confunden. En Colombia, Cuba, Ecuador, Perú y la República Dominicana la mayoría de la población está a cargo del sector público que es insuficiente con la excepción de Cuba. Aunque no existe información sobre el resto de los países, estos son (con excepción de Venezuela) los menos desarrollados y los que tienen cobertura del seguro social inferior al 25%, por lo que el sector público es el que tiene la responsabilidad de cubrir a tres cuartas partes de la población o más y probablemente no tiene la capacidad de hacerlo.

**Cuadro 3. Población Total y Económicamente Activa Cubierta por el Seguro de Enfermedad-Maternidad en América Latina: 1960, 1970, 1980 y 1985**  
(en porcentajes)

<i>Países</i>	<i>Población</i> <i>1960</i>	<i>Económicamente</i> <i>1970</i>	<i>Activa</i> <i>1980</i>	<i>1985</i>	<i>Población</i> <i>1980</i>	<i>Total</i> <i>1985</i>
Argentina	55.2 <sup>g</sup>	68.0 <sup>g</sup>	69.1 <sup>g</sup>	79.1 <sup>f</sup>	78.9	74.3 <sup>f</sup>
Bolivia	8.8 <sup>b</sup>	9.0	18.5	n.d.	25.4	n.d.
Brasil	23.1	27.0	87.0	n.d.	96.3	n.d.
Colombia	8.0	22.2	30.4	30.2	15.2	16.0
Costa Rica	25.3	38.4	68.3	n.d.	81.5 <sup>i</sup>	84.6 <sup>i</sup>
Cuba	62.6 <sup>a</sup>	88.7 <sup>j</sup>	93.0 <sup>d,j</sup>	n.d.	100.0 <sup>j</sup>	n.d.
Chile	70.8	75.6	61.2	70.0	67.3	n.d.
Ecuador	11.0	15.8 <sup>c</sup>	21.3	23.4 <sup>e</sup>	9.4	11.1 <sup>e</sup>
El Salvador	4.4	8.4	11.6	n.d.	6.2	n.d.
Guatemala	20.6	27.0	33.1	26.8	14.2	12.9
Honduras	3.7	4.2	14.4	12.8 <sup>f</sup>	7.3	10.3 <sup>f</sup>
México	15.6	28.1	42.0	41.7 <sup>e</sup>	53.4	59.7 <sup>e</sup>
Nicaragua	5.9	14.8	18.9	31.5	9.1	37.5
Panamá	20.6	33.4	52.3	56.4 <sup>f</sup>	49.9	58.1 <sup>f</sup>
Paraguay	8.0	10.7	14.0	n.d.	18.2	n.d.
Perú	24.8 <sup>b</sup>	35.6 <sup>c</sup>	37.4	38.0	16.6	8.6
Rep. Dominicana	n.d.	8.9	n.d.	11.3	n.d.	5.9
Uruguay	109.0 <sup>g,h</sup>	95.4 <sup>g,h</sup>	81.2 <sup>g,h</sup>	72.4 <sup>e,g</sup>	68.5	67.0 <sup>e</sup>
Venezuela	11.9	24.4	49.8	54.3	45.2	49.9 <sup>e</sup>
América Latina	n.d.	n.d.	61.2	n.d.	61.2	n.d.

a. 1958

b. 1961

c. 1969

d. 1981

e. 1983

f. 1984

g. Cobertura en pensions.

h. Sobrecobertura debida a protección múltiple.

i. Incluye cobertura de indigentes.

j. Estimado basado en la cobertura legal y censos de población.

*Fuentes:* Mesa-Lago 1978, 1983a, 1983b, 1984, 1985b, 1986a, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; e información adicional de Betanco, 1985; CCSS, 1987; CSSP, 1986; IGSS, s.f.; IHSS, s.f.; IVSS, s.f.

**Cuadro 4.** Distribución Porcentual Estimada de la Cobertura de Atención a la Salud de la Población Total por Sector Protector en Países Latinoamericanos Seleccionados: Circa 1985

<i>Países</i>	<i>Ministerio de salud y otros<sup>a</sup></i>	<i>Seguro social</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>
Argentina	23	74 <sup>c</sup>	3	100
Brasil	-----87-----		13	100
Colombia	74	16	10	100
Costa Rica	14	81	5	100
Cuba	100	0	0	100
Chile	-----85-90 <sup>b</sup> -----		10-15	100
Ecuador <sup>f</sup>	84	10	6	100
México <sup>e</sup>	30	60	10	100
Panamá <sup>f</sup>	42	58	n.d.	100
Perú <sup>d</sup>	55	17	28	100
República Dominicana	64	6	30	100
Uruguay	43	44 <sup>c</sup>	13	100

a. Incluye fuerzas armadas y en algunos países a las beneficiencias.

b. FONASA es un organismo público al que contribuyen los asegurados.

c. Incluye mutualidades, colectividades, obras sociales.

d. 1982

e. 1983

f. 1984

*Fuentes:* Acuña y otros, 1987; Brasil, 1987; De Geyndt, 1987; Isuani y Mercer, 1986; Mesa-Lago 1983b, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987.

Los datos que se emplearon en los anteriores cálculos a menudo son de exactitud dudosa. Por ejemplo, un informe de la OIT sobre Brasil (OIT/PNUD, 1981) reconoció que no dispuso de cifras fidedignas sobre el número de asegurados y que la información disponible era tan especulativa que imposibilitaba calcular el margen de error. Esto se debía a la falta de un registro de asegurados y a que no podían usarse como sustitutos del registro los informes sobre contribuciones porque estaban distorsionados por errores importantes. En los países donde hay gran multiplicidad de proveedores de atención de la salud es muy difícil o imposible calcular la cobertura total; normalmente se dispone de ciertas cifras con respecto a las instituciones que protegen a los segmentos de población más amplios, pero no sobre las más pequeñas. Por ejemplo, en México es relativamente fácil obtener datos estadísticos del IMSS (la caja general) y, en menor medida, del ISSSTE (trabajadores al servicio del Estado), pero es más difícil conseguir dichas cifras de las instituciones y hospitales que sirven a las fuerzas armadas, empresas de

servicio público y otros grupos minoritarios. La información sobre cobertura publicada por organizaciones internacionales y regionales a menudo se refiere a las principales instituciones de seguro social y, por lo tanto, subestiman la cobertura total. (En el Cuadro 3, la cobertura de Bolivia, Paraguay y Venezuela se refiere sólo a la de la institución principal.) Es sumamente difícil obtener datos sobre la cobertura de sociedades mutualistas y hospitales privados; en los casos de Argentina y Uruguay este vacío obstaculiza el cálculo de la cobertura total. Por otra parte esta tarea se simplifica en los países que tienen sistemas relativamente unificados como Costa Rica. Sin embargo, Cuba que tiene un sistema totalmente unificado no publica estadísticas de cobertura de forma que los estimados de este estudio se basan en la cobertura legal. Por último, la cobertura de los dependientes, importantísima pues es la cohorte mayor, se calcula en muchos países usando una razón estimada de dependientes/asegurado; cambios pequeños en esa razón pueden producir notables bajas o alzas en la cobertura. Así pues la cobertura de la PEA es generalmente más confiable que la de la población total.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, celebrada en Alma-Atá en 1979, se estableció como meta lograr la cobertura universal de la atención de la salud para el año 2000 (OMS, 1978). Aunque la inexactitud de los datos presentados anteriormente impide afirmaciones perentorias, parece que América Latina está más cerca de esa meta que la mayoría de los países en desarrollo en Africa y Asia. En la década del 70, muchos países de la región aumentaron rápidamente su cobertura y en la actualidad, a pesar del efecto negativo de la crisis, la mayoría de los países han alcanzado el objetivo de Alma-Atá o están cerca de hacerlo: los países del Caribe no latino, más Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá y Uruguay. Por otra parte, aunque México y Venezuela han logrado una expansión de cobertura importante, debido a sus recursos abundantes e ingreso per capita relativamente alto, pudieran haber alcanzado la cobertura universal en la pasada década; hoy se les hace más difícil lograr esa meta debido a la caída en los precios del petróleo. El resto de los países latinoamericanos todavía tienen que recorrer un largo camino para alcanzar la meta puesto que la mayoría de sus poblaciones no está cubierta por el seguro social y el ministerio de salud no tiene recursos adecuados para cubrirla.

### *c. Desigualdades en la Cobertura*

No sólo la cobertura del seguro social de enfermedad-maternidad es muy baja en muchos países de América Latina sino que, además, es muy desigual. El Cuadro 5 muestra las diferencias en la cobertura entre ramas económicas de la PEA en seis países: 64% a 100% (a veces más debido a cobertura múltiple) en electricidad, gas y agua; 39% a 90% en manufactura; 32% a 71% en transporte (excepto Ecuador); 28% a 66% en comercio (excepto Perú); pero sólo 4% a 6% en la mayoría de los países en agricultura (en Costa Rica y Chile los porcentajes son más altos pues ambos países se aproximan a la universalidad). En países donde la minería es muy importante (vr.gr., cobre en Chile) el porcentaje de cobertura es también muy alto en esta rama. Los servicios financieros o el gobierno tienen

**Cuadro 5. Disparidades en la Cobertura de Salud por el Seguro Social entre Ramas Económicas de la PEA<sup>a</sup> en Países Seleccionados de América Latina: Circa 1980**

Países	Agricultura, ganadería y pescadería	Minería	Manufac- tura	Cons- trucción	Electri- cidad, gas, agua	Trans- porte, comunica- ciones	Comercio, restaurantes, hoteles	Servicios
Colombia	4.6	11.0	45.0	19.6	67.7	32.3	28.4	38.8
Costa Rica	30.4	-----68.7-----		44.5	-----71.9-----		66.6 <sup>b</sup>	79.9
Chile	58.6	162.0 <sup>h</sup>	89.9	105.8	109.4 <sup>h</sup>	71.0	50.8	46.0 <sup>c</sup>
Ecuador	4.3	49.8	42.6	29.6	64.4	14.8	28.9	{ 23.4 <sup>g</sup> { 143.8 <sup>d</sup>
México	5.7	21.3	56.0	4.9	96.0	45.2	37.7	{ 37.3 <sup>e</sup> { 67.7 <sup>f</sup>
Perú (1984)	5.5	68.0	39.2	33.6	83.5	43.7	18.7	{ 49.1 <sup>e</sup>

- a. Porcentaje de cobertura en cada rama.  
 b. Incluye finanzas y seguros  
 c. Mezcla servicios financieros y de seguros, con sociales y personales.  
 d. Gobierno.  
 e. Otros servicios.  
 f. Finanzas y seguros.  
 g. Servicios personales, sociales y domésticos.  
 h. Cobertura múltiple.

Fuentes: Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987.

una cobertura muy alta (vr.gr., en México y Perú) pero los servicios personales tienen una cobertura baja (vr.gr., Ecuador y México). Las ramas económicas con la cobertura mayor son las urbanas y de mayor importancia, donde los trabajadores están más sindicalizados y pueden paralizar el país o afectar seriamente la producción. Por lo contrario la cobertura es menor en las ramas no estratégicas, donde los trabajadores son poco sindicalizados y tienen menos poder.

El Cuadro 15 muestra las desigualdades en la cobertura de la población total entre la región (o estado/provincia/departamento) peor y mejor cubierto en nueve países latinoamericanos. El rango fluctúa entre 17% y 100% en México, 39% y 95% en Chile, 11% y 75% en Panamá, 17% y 69% en Uruguay, 15% y 34% en Costa Rica, 2% y 27% en Perú, 3% y 24% en Colombia, y 3% y 20% en Ecuador. Invariablemente la unidad geográfica mejor cubierta es la más desarrollada (más urbana, industrializada, sindicalizada, con mayor porcentaje de asalariados en la PEA y el ingreso per capita más alto) mientras que la peor cubierta es la menos desarrollada (más rural, agrícola, menos sindicalizada, con mayor porcentaje de trabajadores por cuenta propia, e ingresos más bajos). Con la excepción de Chile (donde la mayor cobertura se registra en



Magallanes—centro petrolero) la unidad geográfica mejor cubierta es donde radica la ciudad capital.

En resumen, los grupos más poderosos y las regiones más desarrolladas tienen la cobertura más alta del seguro social. Más aún, en muchos países de la región el grupo relativamente pequeño de asegurados ha recibido más y más beneficios en vez de utilizarse esos recursos para ir extendiendo la cobertura básica de salud a toda la población. Los grupos más necesitados o bien no tienen protección del seguro social o sufren la cobertura más baja. Estos grupos quedan pues a cargo del sector público de salud que—como se verá más adelante—generalmente tiene los servicios más pobres y recibe una proporción pequeña de los ingresos de salud. Es posible extender la cobertura del seguro social a estos sectores?

#### *d. Barreras Estructurales a la Extensión de la Cobertura del Seguro Social*

Arroba (1979) fue el primero en señalar que el modelo Bismarckiano del seguro social, copiado en América Latina, no ha podido funcionar adecuadamente—aún con las reformas introducidas—en esta región, porque en los países desarrollados de Europa la mayoría de la fuerza laboral era y es asalariada-urbana, mientras que en muchos países de América Latina la mayoría de la PEA es por cuenta propia o trabaja sin paga para un familiar o trabaja en la agricultura. El modelo Bismarckiano se financia con cotizaciones del empleador y del empleado, con base en el salario del último, pero en América Latina el trabajador por cuenta propia tiene que suplir la cotización del empleador y el trabajador agrícola recibe un salario muy bajo, está disperso y tiene poca estabilidad en el trabajo. En parte esto explica por qué en muchos países de la región el porcentaje de la población cubierta ha permanecido reducido durante décadas y generalmente confinado a las áreas urbanas.

Como ilustran las tres primeras columnas del Cuadro 6, en los países más desarrollados de la región hay un alto porcentaje de la fuerza laboral dedicada al trabajo asalariado: entre el 63% y el 89% en Cuba, Costa Rica, Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Venezuela y Panamá. Además el porcentaje de la fuerza laboral agrícola es muy pequeño en estos países. Por el contrario, en los países menos desarrollados de la región la fuerza laboral asalariada fluctúa entre 17% y 47% (Haití, Paraguay, Bolivia, Honduras, Guatemala, Perú, Ecuador) mientras que la mayoría de la fuerza laboral trabaja por cuenta propia o sin paga para un familiar. En estos países del 40% al 60% de la fuerza laboral se dedica a la agricultura. No debe sorprendernos, por tanto, que son dichos países los que tienen la menor cobertura poblacional de la región.

Las posibilidades de extender la cobertura en estos países se han reducido en la década de 1980 debido a la contracción del sector formal y el crecimiento del informal (los trabajadores empleados en el segundo generalmente no están cubiertos por el seguro social). Entre 1950 y 1980, en el área urbana, el sector formal creció en más del 14% pero el informal aumentó en un 6%, el empleo en el área rural disminuyó en un 20% (PREALC, 1981; Isuani, 1986). Pero en 1980-1985 el sector formal se contrajo en 6% mientras que el informal creció otro 4% (BID, 1987).

**Cuadro 6.** Distribución Porcentual de la Fuerza Laboral en América Latina: Circa 1980

<i>Países</i>	<i>Por categoría ocupacional<sup>a</sup></i>			<i>Por sectores<sup>b</sup></i>			
	<i>Asalariada</i>	<i>Cuenta propia</i>	<i>Familiar sin pago</i>	<i>Urbano</i>		<i>Rural</i>	
				<i>Formal</i>	<i>Informal</i>	<i>Moderno</i>	<i>Tradicional</i>
Argentina	71.2	25.1	3.2	65.0	19.4	8.8	6.3
Bolivia	38.2	48.9	9.2	17.9	23.2	5.2	50.9
Brasil	65.3	27.0	5.1	45.2	16.9	9.8	27.6
Colombia	53.5	42.5		42.6	22.3	15.8	18.7
Costa Rica	75.2	19.6	3.9	52.9	12.4	19.6	14.8
Cuba	88.8	5.4	0.3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	66.7	25.3	3.6	54.1	20.1	14.0	8.8
Ecuador	47.6	37.3	5.8	22.7	25.4	13.7	37.9
El Salvador	59.2	28.2	10.9	28.6	18.9	22.3	30.1
Guatemala	46.9	42.2	6.7	26.7	17.8	22.3	33.1
Haití	16.6	59.4	10.4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Honduras	45.4	33.3	14.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
México	c	c	c	39.5	22.0	19.2	18.4
Panamá	63.3	23.2	3.6	45.3	20.9	9.1	24.6
Paraguay	36.7	41.2	11.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Perú	45.1	49.1	5.8	35.0	23.8	8.0	32.0
R.Dominicana	51.3	36.5	3.3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Uruguay	69.4	23.8	2.0	63.3	19.0	9.5	8.0
Venezuela	64.1	26.5	3.1	62.6	16.4	4.4	15.1

a. Excluye trabajadores no clasificados. Los años no corresponden a 1980 en: Bolivia (1976), Cuba (1979), Chile (1983), Ecuador (1982), Guatemala (1981), Haití (1982), Honduras (1977), Paraguay (1982), Perú (1982) y Uruguay (1975).

b. Excluye un porcentaje muy pequeño en minería.

c. Los resultados del censo de 1980 no son confiables y dan un porcentaje muy alto (22%) de no clasificados.

*Fuentes:* Mesa-Lago 1986b y 1988, información actualizada con ILO 1985b.

La OPS (1977) condujo un estudio, con cifras de 1975, en 16 países latinoamericanos y encontró que la cobertura poblacional por el seguro social de enfermedad estaba positivamente correlacionada con el PIB per capita. Para analizar más a fondo las determinantes de la cobertura extendimos el estudio a todos los países latinoamericanos, consideramos cuatro variables independientes y utilizamos cifras más recientes (Cruz-Saco, Mesa-Lago y Zamalloa, 1988). Los ejercicios de correlación indicaron que la variable individual más significativa era el porcentaje de la PEA asalariada, seguida por el PIB per capita, el grado de urbanización y el porcentaje del PIB no

agrícola (por ese orden). Estos estudios confirman los puntos planteados anteriormente.

El análisis anterior pudiera crear la impresión de que mantengo que la cobertura del seguro social sólo puede ser extendida en forma paralela al desarrollo y que no hay forma de romper la barrera estructural (PEA asalariada) que confronta el modelo Bismarckiano. Sin embargo, en algunos de mis trabajos he sostenido, al igual que otros autores (Mesa-Lago, 1978; Rosenberg, 1976; Malloy, 1979) que la voluntad política de los gobiernos ha sido crucial en varios países de la región para reformar dicho modelo y extender la cobertura más allá de lo que sería posible de acuerdo con su respectivo nivel de desarrollo. De hecho, en el estudio de correlación citado arriba encontramos que la combinación de dos variables, la PEA asalariada y el nivel de "compromiso político", es la que mejor explica el grado de cobertura del seguro social en América Latina. El "compromiso político" fue definido como el papel decisivo del gobierno en extender significativamente la cobertura y, en algunos casos, alcanzar la universalidad; esto se encontró, entre otros países, en Argentina, Brasil, Cuba, Costa Rica y Uruguay. Nótese que, en el Cuadro 3, Venezuela tiene porcentajes de PEA asalariada y del sector urbano-formal similares a los de dichos países y, sin embargo, el porcentaje de cobertura del seguro social en Venezuela es muy inferior a los de aquéllos. Esto se explica por la decisión política que dichos países tomaron de acelerar la extensión de la cobertura con fuentes no tradicionales de financiamiento: en Costa Rica, el seguro social cubrió a los indigentes con financiamiento estatal; en Chile también tradicionalmente el seguro social cubría a los indigentes en parte con subsidio estatal y también con transferencias de parte del sector cubierto; y en Brasil el seguro social cubrió al sector rural de bajo ingreso mediante transferencias de cotizaciones del sector urbano. Países con cobertura intermedia (México) y baja (Ecuador) están intentando desde hace algunos años extender la cobertura a los campesinos a través del seguro social y mediante el aporte estatal, transferencias del sector cubierto (solidaridad) y el aporte nominal y/o de trabajo comunitario de los campesinos (Ver sección 3,C). Otro modelo de extender la cobertura en la región ha sido el del sistema nacional de salud que funciona en países relativamente desarrollados como los del Caribe no latino y Cuba, así como en países de menor desarrollo como Nicaragua.

---

## 4. Financiamiento

En esta sección primero se analiza, en detalle, el financiamiento del seguro social de enfermedad-maternidad para luego revisar brevemente el financiamiento del sector público y la relación entre ambos sectores.

### *a. Fuentes de Financiamiento del Seguro Social*

El Cuadro 7 muestra las cotizaciones porcentuales sobre el salario o ingreso del asegurado, establecidas por Ley para el programa de enfermedad-maternidad del seguro social en América Latina. El cuadro excluye a los países con sistema nacional de salud, así como a cuatro países (Brasil, Ecuador, Paraguay y la República Dominicana) en que la ley no determina cuáles son las cotizaciones específicas para el programa de enfermedad-maternidad pero sólo la cotización total para el seguro social (también se excluye del cuadro a Haití en que la ley del seguro social no se ha puesto en vigor). En el Caribe no latino y Cuba, el sistema nacional de salud se financia a través del presupuesto estatal, pero las prestaciones monetarias por enfermedad-maternidad se financian por la cotización general (en Cuba las empresas pagan una cotización única del 10% para todas las prestaciones monetarias). En los 14 países del cuadro, el porcentaje de la cotización para enfermedad-maternidad sobre la cotización total del seguro social (última columna) fluctúa entre 16% y 71%. Si se eliminan tres países pioneros (Argentina, Chile y Uruguay) en que el grueso de la cotización va al programa de pensiones, la proporción de enfermedad-maternidad aumenta de 40% a 71%, con un promedio general no ponderado de 52% de la cotización total. Si suponemos que este promedio es representativo de todos los países podemos concluir que aproximadamente la mitad de la cotización total al seguro social va a la atención de la salud.

La cotización total al programa de enfermedad-maternidad fluctúa (excluyendo a Chile) de 6% en Guatemala al 16% en Costa Rica, pero si se eliminan estos dos países, la variación se reduce a 7%-10% y el promedio de los 14 países es del 9%, relativamente alto a nivel internacional. Con la excepción de los casos extremos (Guatemala y Costa Rica) en que el porcentaje de cotización total está relacionado positivamente con el porcentaje de cobertura poblacional, no parece existir esa relación entre el resto de los países. En Honduras y Bolivia, donde la cobertura poblacional es respectivamente el 10% y el 25%, la cotización total es del 10%, la más alta después de Costa Rica que tiene cobertura casi universal.

Los cotizantes al seguro social son los asegurados, los empleadores y, en algunos países, el Estado. Con una sola excepción, en todos los países el porcentaje de cotización del empleador es mucho más alto que el del asegurado (en Chile, el empleador no contribuye nada). La proporción promedio entre las cotizaciones del empleador y del asegurado asalariado es de 2.6 a 1. El

**Cuadro 7. Cotizaciones Legales al Programa del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad y a Todos los Programas de Seguro Social en América Latina: 1986<sup>a</sup>**  
(Como porcentaje del salario de los asegurados)

	----- Asegurados -----		Empleador	----- Gobierno -----			----- Total -----		
	Asalariados	Trabajadores por cuenta propia		% sobre salario	Impuestos	Cubre todo o parte del déficit	Otros subsidios	Enfermedad maternidad <sup>b</sup>	Todo el seguro social
Argentina	30		45				75	458	164
Bolivia	20		80				10.0	25.0	40.0
Colombia	2.33-4.0	7.0	4.67-8.0				7.0-12.0	19.0-24.0	37.0-50.0
Costa Rica	5.5	5.5-12.25	9.25	0.75	X		15.5	31.7	48.9
Chile	7.0	7.0	0			X	7.0	24.9	28.1
El Salvador	2.23-2.5		5.57-6.25				7.8-8.75	11.3-12.25	69.0-71.0
Guatemala	2.0		4.0				6.0	14.5	41.4
Honduras	2.5		5.0	2.5			10.0	14.0	71.4
México	2.25		6.75				9.0	16.94	53.1
Nicaragua	2.25		6.0	0.25			8.5	15.5	54.8
Panamá	1.0		8.0	0.8 <sup>c</sup>	X		9.8	21.2	46.2
Perú	3.0	9.0	6.0				9.0	22.0	40.9
Uruguay	3.0		4.0				7.0	19.31	36.2
Venezuela	2.0		4.25-6.25	1.5 <sup>c</sup>			7.75-9.75	12.75-14.5	61.0-67.0

a. Excluye a los países con sistema nacional de salud, así como cuatro países con seguro social que no tienen separada la cotización de enfermedad-maternidad de la total (Brasil, Ecuador, Paraguay, y República Dominicana).

b. Suma del porcentaje de cotización del asegurado asalariado, el empleador y el gobierno.

c. Contribución no sólo a enfermedad-maternidad sino a todo el seguro social.

Fuentes: Compilado por el autor con base en U.S. Social Security Administration 1985 e información adicional de varios países.

porcentaje de las cotizaciones pagadas por los trabajadores por cuenta propia es igual a la suma de los porcentajes que pagan los asalariados y los empleadores. Esto explica en parte por qué es tan difícil extender la cobertura a este grupo, puesto que el porcentaje de cotización es muy alto. En cinco países la contribución estatal se establece como porcentaje del salario y es menor (salvo en un caso) que el porcentaje pagado por el asegurado (hasta 1986, en México, el Estado cotizaba pero su parte se transfirió al empleador). En otros países el Estado paga todos los costos o cubre parte del déficit o fija impuestos especiales como aporte u otorga otros subsidios. En resumen, según la ley, se espera que el asegurado financie aproximadamente un tercio o menos del seguro de enfermedad-maternidad, y que el empleador y el Estado sufraguen el resto. De ahí que el planteo de que los asegurados tienen "derecho" a los beneficios del seguro social porque pagan por aquéllos es cuestionable.

### *b. Financiamiento y Distribución del Ingreso*

El Cuadro 8 presenta la distribución porcentual del ingreso actual por fuente (o sea, asegurado, empleador, Estado, inversión), de todos los programas de seguro social en 18 países latinoamericanos y caribeños para los que hay información disponible. De acuerdo con el cuadro, en 1980, en 15 países el empleador contribuyó con más de la tercera parte de los ingresos y en 8 países con la mitad o más de los ingresos. Por lo contrario, en 15 países el asegurado contribuyó menos de un tercio de los ingresos y en 10 países contribuyó un cuarto del ingreso o menos. En 5 países el Estado contribuyó con más del 30% de los ingresos; ésto ocurrió en el Caribe no latino donde el Estado financia el sistema nacional de salud, así como en Chile y Uruguay donde el Estado subsidia el seguro de enfermedad-maternidad. En sólo 7 países, la renta de las inversiones generó más del 10% de los ingresos; este fue el caso de países con sistemas relativamente nuevos que aún están en proceso de capitalización. Una comparación de la distribución porcentual de ingresos de la seguridad social entre 1974 y 1980 muestra que la contribución del asegurado aumentó en 15 países y la del empleador en 10 países, mientras que la del Estado se redujo en 13 países. O sea, que la contribución del asegurado en 1980 era relativamente mayor que en 1974 (OIT, 1979, 1985a).

Sólo disponemos de cifras sobre la distribución del ingreso actual por fuente específica en el seguro de enfermedad-maternidad para siete países y no ha sido posible conseguir información reciente en muchos de ellos, pero la existente confirma lo dicho para todo el sistema de seguro social (véase Cuadro 9). Alrededor de dos tercios del ingreso procede de los pagos combinados de empleadores y Estado (excepto Chile) y menos de un tercio procede del asegurado. Si se excluye a Chile, un promedio del 58% corre por cuenta de los empleadores (casi el doble del asegurado) y sólo un 10 por ciento corresponde al Estado.

En prácticamente todos los países el porcentaje de contribución del asegurado es fijo (no aumenta con el ingreso) y en un buen número de ellos está limitado por un tope el cual disminuye sustancialmente la carga de las capas más altas de ingreso. De acuerdo con la literatura, la contribución del empleador puede pagarla él mismo o transferirse: hacia "atrás" (la paga realmente el asegurado

**Cuadro 8.** Distribución Porcentual de los Ingresos de Seguridad Social por Fuente en América Latina y el Caribe: 1980

<i>Países</i>	<i>Asegurado</i>	<i>Empleador</i>	<i>Estado e impuestos<sup>a</sup></i>	<i>Inversión</i>	<i>Otros</i>	<i>Total</i>
Argentina	38.4	49.4	10.2	2.0	0	100.0
Barbados	22.7	28.8	31.0	17.5	0	100.0
Bolivia	28.7	53.6	6.2	7.9	3.6	100.0
Brasil <sup>b</sup>	36.9	53.9	5.0	0.1	3.6	100.0
Colombia	16.0	49.8	16.2	6.4	11.6	100.0
Costa Rica	27.6	45.9	20.4	5.2	0.9	100.0
Chile	20.5	38.3 <sup>c</sup>	34.2	2.0	5.0	100.0
Ecuador	37.0	43.0	0.1	19.9	0	100.0
El Salvador	23.4	63.0	0.9	11.8	0.9	100.0
Guatemala	31.6	53.1	8.2	6.9	0.2	100.0
Jamaica	17.2	20.7	36.8	25.1	0.2	100.0
México <sup>b</sup>	24.0	50.3	19.7	2.5	3.5	100.0
Nicaragua	21.2	58.0	16.2	2.5	2.1	100.0
Panamá	28.6	45.1	4.3	9.6	12.4	100.0
Suriname	25.4	32.0	42.6	0	0	100.0
Trinidad & Tobago	18.2	36.0	26.9	18.9	0	100.0
Uruguay	25.1	34.0	38.3	1.5	1.1	100.0
Venezuela	26.8	53.5	6.8	12.7	0.2	100.0

a. Incluye financiamiento de la salud pública en países con sistemas nacionales de salud.

b. 1974.

c. A partir de 1981 el empleador no contribuye.

*Fuentes:* Basado en OIT 1979, 1985a.

o hacia "adelante" (se carga a los precios). Existe gran debate sobre este tema (Musgrove, 1986b) pero parece que en los países menos desarrollados la contribución del empleador frecuentemente se carga al costo de producción o servicio, por lo que puede transferirse al consumidor (Mesa-Lago, 1985b). La contribución estatal es financiada por impuestos, a veces de naturaleza regresiva. En 1980, los empleadores y el Estado pagaron juntos más del 60% del ingreso total del seguro social (excluimos de este cálculo a los países del Caribe no latino) mientras el asegurado pagó un 33%, por lo que es probable que el consumidor, en vez del asegurado, tenía la carga más pesada. Cuando un país ha logrado la cobertura universal (o está cercano a ella) la anterior situación es menos importante, pero en los países donde sólo una pequeña proporción de la población está protegida, aumenta la regresividad de la estructura de financiamiento. Por ejemplo, en El Salvador, la cotización combinada del empleador y el Estado era del 64% en 1980, pero sólo estaba protegido el 6% de la población (cuadro 3), por lo que mediante mecanismos impositivos y de precios, 94% de la población no asegurada es probable que financiase en gran medida al

**Cuadro 9.** Distribución Porcentual del Ingreso del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad, por Fuente, en Países Latinoamericanos Seleccionados: Entre 1974 y 1985

Países	Cotizaciones		Contribución del Estado	Ingresos por Inversiones		Total
	Asegurado	Empleador		Otros		
Colombia (1971)	28.4	54.4	16.7	0	0.5	100.0
Costa Rica (1985)	36.8	46.7	3.0	0	13.5	100.0
Chile (1981)	27.9	0	48.7	6.5	16.9	100.0
El Salvador (1974)	26.8	66.9	3.8	1.4	1.1	100.0
Guatemala (1974)	36.8	63.2	0	0	0	100.0
México (1974)	24.5	62.0	11.0	0.2	2.3	100.0
Venezuela (1974)	26.6	53.2	20.1	0	0.1	100.0

Fuentes: AISS, 1982; ISSS, s.f.; CCSS, 1987.

6% de la población cubierta. Esta situación era similar en Guatemala y Colombia que tenían respectivamente el 14% y 15% de sus poblaciones cubiertas, y los empleadores y el Estado contribuían el 64% y 66% de los ingresos del seguro social. Por lo contrario, en Costa Rica la contribución del empleador más la estatal sumaba también 66% del ingreso pero 80% de la población estaba cubierta.

### *c. Vías No-Convencionales de Financiar la Extensión de la Cobertura*

En la sección 2d se discutió como la baja proporción de asalariados en la fuerza laboral es una barrera a la extensión del seguro social Bismarckiano en los países menos desarrollados. En la sección 3a hemos visto que la falta de la cotización del empleador (que proporcionalmente es mayoritaria en los ingresos del seguro social) fuerza al trabajador por cuenta propia a pagar una cotización equivalente a la suma de la del asegurado y la del empleador. El bajo ingreso de la mayoría de los integrantes de este grupo y su complejo control hacen difícil su cobertura. En algunos países de la región se ha intentado romper esta barrera estructural mediante nuevas formas de financiamiento. En Brasil, el programa FUNRURAL, creado al principio de la década de 1970, extendió rápidamente la cobertura de la atención primaria al sector rural y pequeños pueblos mediante un impuesto que pagan los empleadores urbanos (así como otro impuesto a la producción agrícola) y una red de pequeños hospitales, policlínicas y puestos. Sin embargo, a fines de la década pasada y durante la actual este programa sufrió un déficit creciente, evasión, falta de coordinación y deterioro de los servicios (McGreevey y otros, 1984). En México, el programa COPLAMAR, creado en 1973 y absorbido en 1983 por el IMSS, extendió la cobertura durante ese decenio a 11 millones de habitantes del sector rural duplicando la cobertura poblacional del IMSS. El programa se basa en postas rurales para el nivel primario, pequeños hospitales para el secundario y la estructura del IMSS para el nivel terciario. Se financia con un 60% del gobierno federal y el 40% restante por el IMSS; los



campesinos aportan una suma nominal y trabajo comunitario. Pero la crisis de la década de 1980 ha reducido la contribución del gobierno federal y el programa se ha estancado (COPILAMAR, 1983; Mesa-Lago, 1985b). En Ecuador, el Seguro Social Campesino comenzó a fines de la década de 1968, con notables crecimientos en 1973 y 1981; en 1983 cubría a 200,000 campesinos (un 9% de la población rural) con un modelo de atención primaria de bajo costo. Se financia con una cotización sobre el salario de los asegurados y empleadores cubiertos por el IESS más el equivalente de un 1% del salario mínimo, pagado por los campesinos. La cuota de estos últimos se duplicó en 1985, y la falta de coordinación con el ministro de salud y la deuda del Estado al IESS afectó al programa en la década en curso (Mesa-Lago, 1984; Ecuador, 1987).

*d. El Déficit en el Seguro de Enfermedad:  
Causas y Remedios*

El sistema financiero que se emplea en el seguro social de enfermedad-maternidad en América Latina es el de reparto simple anual de gastos (Roemer, 1973; AISS, 1982; Castro, 1982). En este sistema, se fijan las contribuciones para uno o dos años, de tal manera que aquéllas cubran los gastos planeados para ese período más una reserva para imprevistos. La última es pequeña y debe tener gran liquidez, por lo que su rendimiento es insignificante. El cuadro 8 mostró que el ingreso por concepto de inversión es muy bajo con respecto a todo el sistema de seguro social (que incluye importantes reservas del programa de pensiones) mientras que el cuadro 9 indicó que el rendimiento de inversión en el seguro de enfermedad es casi nulo.

Por causas que se explicarán en la sección 5, el gasto del seguro social de enfermedad-maternidad exhibe una tendencia creciente y aumenta más rápidamente que el ingreso, lo que determina un déficit financiero en la mayoría de los países. En México, durante los primeros 40 años de funcionamiento del programa (1943-1983) hubo déficit en 37 años. En Perú, durante los 11 años del período 1975-1985, hubo déficit en 9 años generándose un déficit acumulativo de \$162 millones de dólares (el promedio anual del déficit como porcentaje del ingreso fue de 14%). En Ecuador, en los 8 años del período 1980-1987 hubo déficits en 7 años para un déficit acumulativo de \$35 millones de dólares (el promedio anual del déficit como porcentaje del ingreso fue de 10%). En Costa Rica, en el período 1977-1981, el déficit acumulativo fue de \$44 millones de dólares (al cambio en 1981); en Uruguay el déficit acumulativo fue de \$17 millones de dólares en 1982-1986 (al cambio de 1986); y en Colombia el déficit acumulativo en 1980-1985 fue de \$13 millones de dólares—al cambio de 1985 (Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y DeGeyndt, 1987; República del Uruguay, 1987; Rochwerger, 1987). De acuerdo con el Director de la División de Seguridad Social de la OIT, el déficit del seguro de enfermedad-maternidad es mayor de lo que aparece pues, en el cálculo del sistema de reparto simple que se usa en este programa, sólo se toman en cuenta los gastos de operación pero no los necesarios gastos de capital, vr.gr., compra de terrenos, construcción de hospitales, reemplazo de planta física y equipo (Tamburi, 1980).

Hay varias razones que explican el déficit del lado del ingreso (el análisis del gasto se hace en la sección 5). En primer lugar la cotización para el

programa de enfermedad-maternidad es insuficiente para cubrir los gastos. Por ejemplo, en México se estimó en 1977 que la cotización total de este programa en el IMSS tendría que aumentarse de 6% a 10% para equilibrar el programa a fines de siglo y esto sin amortizar los préstamos del fondo de pensiones (a este efecto la contribución total debía ser del 13%). En algunos países la cotización en vigor ya es muy alta (vr.gr., 16% en Costa Rica) por lo que se hace difícil aumentarla. A menudo la cotización se fija por ley y una reforma legal confronta la resistencia fuerte de empleadores y trabajadores sindicalizados (Arroba, 1979).

Otro problema es que el ingreso recaudado—con la cotización en vigor—es menor que el ingreso potencial. El salario que se usa como base para la cotización frecuentemente es el mínimo y excluye prestaciones adicionales (que en algunos países pueden ser substanciales). Además es una práctica común que el empleador declare un salario por debajo del salario realmente pagado. En Costa Rica, el sistema de facturas preparado de antemano por el seguro social con base al salario regular usualmente subestima el salario real. El tope a las cotizaciones también reduce significativamente el ingreso potencial del programa.

El registro, control e inspección de los asegurados y empleadores es a menudo inadecuado lo que induce una evasión importante. El proceso de informalización del mercado laboral que está ocurriendo en la década actual, promueve la evasión puesto que empleadores y trabajadores del sector informal o no están cubiertos o no se registran en el seguro social y, por tanto, no pagan cotizaciones. Las altas tasas de inflación (especialmente en la década actual) son un incentivo para que los empleadores demoren no sólo el pago de sus cotizaciones sino además las retenidas a sus trabajadores. La multa por mora (donde existe) unida al interés por la suma adeudada puede ser inferior a la tasa de inflación por lo que la mora patronal resulta entonces un negocio lucrativo. En 1981 la AISS estimó que en algunos países latinoamericanos, los niveles de evasión podrían elevarse hasta más de 20% de la partida que debería ingresar por este concepto (Moles, 1985) pero la crisis actual parece haber incrementado dicho porcentaje. En 1985 la mora de los empleadores privados en Colombia ascendió a \$135 millones de dólares; en Perú se calculaba que un 65% de los empleadores o evadía totalmente sus obligaciones o estaba en mora; y en la República Dominicana la evasión sola se estimaba entre un 30% y un 35% (Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; Mesa-Lago, 1986c, 1988).

En varios países de América Latina el Estado ha incurrido en una deuda substancial con el seguro social, no sólo por dejar de pagar su contribución tripartita sino también por evadir el pago de su cotización como empleador o no transferir las recaudaciones por impuestos específicos para el seguro social o violar el acuerdo de reembolsar al seguro social los costos incurridos por prestar servicios de salud a los indigentes (Brenes, 1974). La deuda acumulativa del Estado ascendía en Costa Rica a \$73 millones de dólares en 1985, en la República Dominicana a \$95 millones de dólares en 1980, en Perú a \$194 millones de dólares en 1985 y en Ecuador a \$500 millones de dólares en 1984. En algunos países el Estado ha concertado convenios de pago de la deuda con el seguro social pero el abono se hace con moneda devaluada y sin interés, de modo que en términos reales reduce notablemente su aporte. Por ejemplo, yo he estimado que

por esa razón, en 1968-1985, la deuda estatal al seguro social en Perú se redujo (contabilizada en dólares) de \$278 millones a \$90 millones (Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1986a, 1988).

Así pues a pesar de la importante asignación de recursos al programa de enfermedad-maternidad del seguro social y la pesada carga salarial que implica, usualmente su situación financiera es precaria. Los crecientes déficits generalmente se abordan, a corto y mediano plazo, de dos maneras. La solución temporal más común ha consistido en tomar préstamos del fondo de reserva del programa de pensiones, sobre todo en los países donde dicho programa se introdujo tardíamente y, por lo tanto, el número de pensionados es bajo y las reservas relativamente altas. En 1981, el 31% de la inversión total del fondo de pensiones en Perú estaba en el programa de enfermedad-maternidad; en 1985, sin las transferencias del fondo de pensiones del ISS en Colombia, el seguro de enfermedad hubiera tenido un déficit de 13 millones de dólares, sólo en ese año. Sin embargo, a largo plazo, el seguro de enfermedad no puede restituir el adeudo al fondo de pensiones y éste, a su vez con el proceso de madurez, confronta serios problemas para cumplir sus obligaciones con los asegurados (Arroba, 1979; AISS, 1982). A principios de la década en curso, el seguro social en Colombia, Costa Rica y Perú prohibió al fondo de pensiones hacer préstamos al programa de enfermedad-maternidad (Mesa-Lago, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987).

En el pasado, en algunos países el Estado rescató temporalmente al seguro de enfermedad cubriendo el déficit. Pero ésto a veces se hizo sacrificando los recursos para la atención de salud a otras instituciones que cubren al resto de la población (Brenes, 1974; Arroba, 1975, 1979). La crisis económica actual hace imposible el rescate del seguro de enfermedad por el Estado. La única alternativa que ha quedado en algunos países es reducir el gasto, ya sea administrativo o de beneficios, aspecto que se discute en la siguiente sección. Pero a largo plazo la única solución es una completa reorganización del sistema de atención de salud de acuerdo con los lineamientos sintetizados en la sección 6 de este estudio.

#### *e. Fuentes de Financiamiento del Sector Público*

Las fuentes de financiamiento del sector público de salud son: (a) el presupuesto estatal, (b) ventas de servicios a personas con ingresos, (c) contribuciones de o cobros a los usuarios y (d) ayuda exterior. El presupuesto estatal se nutre de los impuestos generales y, en algunos casos, de loterías y otros ingresos. En Barbados, existe un impuesto sobre los salarios (health levy) que cobra el seguro social y transfiere al ministerio de salud. En casi todos los países de la región los hospitales públicos tienen salas para pacientes privados donde se carga por los servicios. Además en aquellos países en que los servicios se proveen gratuitamente solo a las personas de bajo ingreso (pasando una prueba o chequeo), las personas que tienen recursos deben de pagar por dichos servicios. Los ingresos generados por venta de servicios son, en general, muy pequeños en relación con el gasto.

En la década en curso se ha extendido el uso de cobros a los usuarios de los servicios públicos a veces incluyendo a los usuarios de bajo ingreso. Cuando estos cobros son pequeños no afectan negativamente a la distribución y pueden

reducir el consumo innecesario de los servicios pero no contribuyen significativamente al financiamiento del sector. Por otra parte cuando los cobros son mayores pueden constituir una fuente importante de ingresos y ayudar a mantener y mejorar los servicios pero crean problemas de distribución y administración. En este sentido debería eximirse de su pago a los grupos de más bajo ingreso de lo contrario esos cobros tendrían un impacto regresivo. Con respecto a cuáles servicios deberían ser cobrados, se ha sugerido que los de profilaxis en masa, saneamiento, etc., deberían ser eximidos, mientras que los servicios ambulatorios y de hospitalización, así como los medicamentos deberían estar sujetos al cobro (de Ferranti, 1986).

Varios organismos internacionales y regionales (vr.gr., la AID, el BID, la OMS/OPS) otorgan préstamos y asistencia técnica en materia de salud generalmente al ministerio del ramo (una excepción es Costa Rica, donde la ayuda externa se ha concentrado en el seguro social pero éste opera todos los hospitales). Sin embargo, esta fuente de ingreso no es substancial en casi todos los países (Zschock, 1980).

En la mayoría de los países del Caribe no latino, el acceso a los servicios de salud es gratuito al menos para las personas de muy bajo ingreso así como para algunos servicios o ciertos grupos etarios independientemente de su ingreso (vr.gr., en Bahamas, los niños menores de 14 años que asisten a la escuela y las personas mayores de 65 años y, en Jamaica, la atención primaria, el diagnóstico de enfermedades contagiosas y la atención de la mujer embarazada son siempre gratuitos). En casi todos estos países existe una prueba de falta de ingresos que debe ser pasada para tener acceso gratuito, pero al menos en Barbados y en Cuba no se requiere esta prueba. En varios de estos países existen cobros a los usuarios, vr.gr., en Bahamas y en Jamaica. Por último, en Bahamas, en 1985, se creó un fondo especial (nutrido con transferencias de los programas de prestaciones de corto plazo y riesgos profesionales del seguro social) para mejorar el sistema público de salud y establecer un seguro nacional de salud.

#### *f. La Asignación de Recursos de Salud entre los Sectores Público y de Seguro Social*

En la mayoría de los países de América Latina, la única atención disponible para el grueso de la población es proporcionada por el ministerio de salud en vez de por el seguro social, de ahí que es importante estudiar la asignación de fondos entre estos dos proveedores. Desgraciadamente se dispone de pocas cifras (y no muy exactas) que aparecen en el Cuadro 10. Este presenta distribuciones porcentuales tanto de la población cubierta como de los ingresos entre el seguro social y el ministerio de salud (se excluye el resto de los proveedores). En Colombia, Ecuador, Perú y la República Dominicana la desproporción entre lo que se le asigna a los asegurados versus los casos asistenciales es enorme. Por ejemplo, la razón ingresos/cobertura en la República Dominicana es 5.22 para el seguro social y 0.58 para el ministerio de salud. La asignación más equitativa se registra en Costa Rica, donde la razón en el seguro es 0.92 y en el ministerio es 1.47; también en Panamá, donde las razones son respectivamente 1.18 y 0.76. Por lo tanto, la planta física, el equipo y suministro de las instalaciones del seguro social son significativamente mejores que las del ministerio de salud pública.

Varios especialistas han señalado (Castellanos, 1978; Arroba, 1979; McGreevey, 1984; Zschock, 1982) que en muchos países los ministerios de salud pública no cuentan con los fondos suficientes a pesar de tener la responsabilidad de proporcionar atención de la salud a la mayoría de la población. Zschock (1980) ha indicado que el seguro social recibe una creciente parte de los fondos para atención de la salud, pero en muchos países se muestra renuente a cubrir a los grupos de bajos ingresos. Veronelli (1980) ha advertido que existe una brecha creciente en cuanto a la calidad de la atención médica entre los asegurados y la población no cubierta.

*g. El Impacto de la Crisis Económica en el Financiamiento*

La situación descrita se ha agravado en la década en curso debido a los efectos nocivos de la prolongada crisis económica. Cifras comparativas del gasto per capita (en dólares de 1982) en salud pública de los gobiernos centrales en 24 países de la región en 1978-1984 (Cuadro 11) muestran que: (a) en 12 países el gasto per capita alcanzó su punto más alto en 1980-1981 y luego cayó; (b) en cuatro países, el gasto más alto ocurrió en 1983 y disminuyó en 1984; (c) en cuatro países el gasto cayó desde 1978 o 1979; y (d) en sólo dos países el gasto exhibió una tendencia creciente. Las medidas estabilizadoras y de recorte del gasto público han afectado a los servicios públicos, especialmente los de salud. La

**Cuadro 10.** Comparación de la Distribución Porcentual de Cobertura e Ingresos de Salud entre el Ministerio y el Seguro Social en Países Seleccionados de América Latina: Circa 1980

<i>Países</i>	<i>Ministerio</i>			<i>Seguro</i>		
	<i>Cobertura</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Razón</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Razón</i>
Colombia	82	38	0.46	18	62	3.44
Costa Rica	15	22	1.47	85	78	0.92
Ecuador	89	59	0.66	11	41	3.72
Panamá	45	34	0.76	55	65	1.18
Perú	76	50	0.66	24	50	2.08
República Dominicana	91	53	0.58	9	47	5.22

*Fuentes:* Basado en Cuadro 4; Rochwerger, 1987; Zschock, 1979, 1980.

inversión en nuevas instalaciones y equipos está prácticamente paralizada y ésto eventualmente tendría un efecto negativo en los niveles de salud.

La crisis no sólo ha provocado una caída en los gastos de salud pública sino que además probablemente ha incrementado la demanda por dichos servicios. El aumento del desempleo, la expansión del sector informal y el incremento de la evasión parecen haber reducido la cobertura del seguro social. Además, los programas del seguro social para extender la cobertura (al menos de la atención primaria) a las zonas rurales y urbano-marginales (vr.gr., en Brasil, Ecuador,

México) están estancados o en declive, o sus servicios se han deteriorado. De forma que la población a cargo del sector público de salud probablemente ha crecido y, con el corte presupuestal del mismo, la calidad de los servicios de salud ha empeorado (Musgrove, 1986a). La necesidad de reorganizar el sistema de salud es pues más urgente que nunca.

**Cuadro 11. Gasto per Capita del Gobierno Central en Salud Pública, Excluyendo Seguridad Social en América Latina y el Caribe: 1970-1984**  
(US dólares de 1982)

<i>Países</i>	<i>1970</i>	<i>1978</i>	<i>1980</i>	<i>1981</i>	<i>1982</i>	<i>1983</i>	<i>1984</i>
Argentina	7.98	11.47	11.38	8.56	6.03	8.27	9.80
Bahamas	n.d.	257.19	220.71	231.34	210.43	215.27	224.38
Barbados	127.46	188.65	151.16	147.06	115.47	113.65	118.98
Bolivia	5.82	7.33	10.94	5.91	2.44	n.d.	n.d.
Brasil	10.66	23.34	23.89	24.07	27.34	n.d.	n.d.
Colombia	6.04	8.22	8.34	9.18	7.89	8.73	n.d.
Costa Rica	13.61	20.88	29.16	18.09	16.76	15.80	24.34
Chile	21.16	21.61	27.08	28.49	25.99	21.12	20.64
Ecuador	2.83	10.67	12.69	16.07	14.70	11.95	13.16
El Salvador	n.d.	12.47	12.90	12.70	10.81	9.22	8.72
Guatemala	n.d.	14.50	22.47	15.71	18.34	8.89	9.38
Haití	2.44	3.03	2.70	2.62	3.81	2.98	n.d.
Honduras	8.97	15.42	15.44	15.27	15.74	15.99	13.09
Jamaica	49.72	60.18	64.63	65.10	64.10	59.53	52.70
México	n.d.	8.24	8.16	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicaragua	10.13	27.27	39.59	44.99	38.01	39.55	n.d.
Panamá	n.d.	20.65	33.46	32.86	34.97	37.70	n.d.
Paraguay	3.83	6.18	6.36	8.63	13.51	13.52	10.83
Perú	n.d.	12.18	10.96	13.08	n.d.	18.58	17.58
República Dominicana	14.78	20.08	24.07	25.44	14.09	13.74	12.87
Suriname	n.d.	n.d.	10.30	8.26	8.28	5.75	n.d.
Trinidad y Tobago	n.d.	42.89	41.58	47.65	80.15	81.58	70.41
Uruguay	n.d.	20.79	25.69	22.47	21.52	22.25	n.d.
Venezuela	34.93	48.93	32.31	40.05	38.22	31.32	n.d.

*Fuentes:* Musgrove, 1986a.

---

## 5. Niveles, Servicios y Prestaciones de Salud

### *a. Niveles y Servicios de Salud en la Región*

Los niveles de salud de América Latina y el Caribe son los más altos en el Tercer Mundo. En 1980 el promedio regional de mortalidad infantil era de 66 por 1,000, la esperanza de vida femenina al nacer era de 64 años y la masculina de 60 años. Estos promedios aventajaban notablemente a los de Africa, Asia y el Medio Oriente, así como a los promedios mundiales, y sólo eran superados por los de los países de mediano desarrollo en Europa y por los países industrializados (cálculos del autor basados en ONU, 1984).

El Cuadro 12 compara 24 países de la región en cuanto a servicios de salud (camas hospitalarias y médicos por habitantes) y niveles de salud (mortalidad infantil y esperanza de vida). En general, los países latinoamericanos más desarrollados (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay, Venezuela) así como varios países del Caribe no latino (no necesariamente al mismo nivel de desarrollo) son los que tienen los mejores servicios y los niveles de salud superiores. Por lo contrario, los países menos desarrollados de la región (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana), sufren los servicios peores y tienen los niveles de salud inferiores. Sin embargo, hay excepciones importantes, por ejemplo, Argentina y en menor grado Brasil, se colocan entre los países con servicios mejores y relativamente buenos respectivamente, pero tienen una mortalidad infantil relativamente alta y muy alta. En un nivel intermedio, Perú tiene un suministro de médicos promedio pero está entre los tres o cuatro países con los peores niveles de salud. Por lo contrario, Costa Rica tiene relativamente pocas camas de hospital pero se coloca entre los tres países con niveles más altos de salud.

### *b. Desigualdades en los Servicios y Niveles de Salud*

Es necesario pues estudiar otras variables, por ejemplo, como se distribuyen los servicios de salud, pues los mismos pueden no estar asignados de acuerdo con las necesidades mayores de la población pero respondiendo a otros factores. El Cuadro 13 muestra la distribución de los gastos de salud entre los sectores público, de seguro social y privado. De la misma forma que con los ingresos (Cuadro 10) se comprueba que en países (vr.gr., Colombia, Ecuador, Perú) en que el seguro social solo cubre entre el 7% y el 16% de la población, éste gasta entre el 38% y el 54% del gasto total de salud. En 1984, la razón del gasto per capita entre el seguro social y el ministerio de salud fue de 7 a 1 en Colombia, y de 5 a 1 en Ecuador y Perú. Nótese que los asegurados tienen ingresos y niveles de vida superiores a los atendidos por la asistencia pública. Más aún, el grueso de la

**Cuadro 12.** Servicios y Niveles de Salud en América Latina y el Caribe: Entre 1980 y 1985

<i>Países</i>	<i>Camas hospital x 1,000 hab. (1980-1985)</i>	<i>Médicos x 10,000 hab. (1980-1985)</i>	<i>Mortalidad infantil (1985)</i>	<i>Esperanza de vida (1985)</i>
Argentina	5.4	25.7	34	70
Bahamas	4.3	10.0	27 <sup>c</sup>	69
Barbados	8.7	8.5	17 <sup>c</sup>	72 <sup>c</sup>
Bolivia	1.8	5.1	117	53
Brasil	4.2	7.8	67	65
Colombia	1.7	5.8	55	65
Costa Rica	3.3	10.0	18	74
Cuba	4.6	20.8	17	74
Chile	3.5	9.7	20	69
Ecuador	1.7	8.8	54 <sup>c</sup>	63
El Salvador	1.2	3.2	65	64
Guatemala	1.6	4.1	65	60
Haití	0.9 <sup>a</sup>	1.2	123	54
Honduras	1.3	4.0	76	62
Jamaica	2.8	3.4	27 <sup>c</sup>	71
México	1.2	9.0	39 <sup>c</sup>	67
Nicaragua	1.6	6.7	69	59
Panamá	3.2	10.3	25	72
Paraguay	1.0	6.2	43	66
Perú	1.7	8.7	95	60 <sup>c</sup>
Rep. Dominicana	2.6 <sup>b</sup>	4.1	70	64
Trinidad-Tobago	4.5 <sup>b</sup>	7.4	22	69
Uruguay	6.0	19.9	30 <sup>c</sup>	72
Venezuela	2.7	12.0	37	70

a. Sólo en el Ministerio de Salud.

b. 1975.

c. 1984.

*Fuentes:* Compilado por el autor en base a Banco Mundial, 1987a; CEPAL, 1986a; Mesa-Lago, 1984, 1987b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; República de Cuba, 1986.

población cubierta y de la asignación del gasto del seguro social de enfermedad va a la población en edad productiva, la cual tiene una incidencia de enfermedad menor que la población materno-infantil. Por ejemplo, en 1985 el 30% de toda la población peruana en edad productiva estaba cubierta por el



seguro, pero sólo el 1.4% de la población menor de 14 años. En Colombia, en 1984, las proporciones eran respectivamente 15% y 3.6% (Mesa-Lago, 1988; Mesa-Lago y Geyndt, 1987). No existe información sobre países aún menos desarrollados (como Bolivia, Honduras, El Salvador, Guatemala) pero es muy probable que confronten una situación similar o peor a la de los tres países analizados. En todos estos países la tasa de mortalidad infantil es muy alta y esto incide en la baja esperanza de vida al nacer. Un cambio en la asignación de los recursos de salud, dando una proporción mayor al sector público y poniendo énfasis en la atención materno-infantil, el saneamiento, la vacunación y la educación de la salud, reduciría notablemente la mortalidad infantil y aumentaría la esperanza de vida en dichos países.

**Cuadro 13.** Distribución Porcentual de los Gastos de Salud por Sector en Países Seleccionados de América Latina: Entre 1980 y 1986

<i>Países</i>	<i>Sector público<sup>a</sup></i>	<i>Seguro social</i>	<i>Sector privado</i>	<i>Total</i>
Argentina (1985)	29.6	36.6	33.8	100.0
Brasil (1982)	30.7	31.2	38.1	100.0
Colombia (1985)	41.3	54.3	4.4	100.0
Costa Rica (1985)	19.3	80.7	n.d.	100.0
Ecuador (1986)	62.2	37.8	n.d.	100.0
México (1981)	15.0	85.0	n.d.	100.0
Perú (1982)	59.0	41.0	n.d. <sup>c</sup>	100.0
Uruguay (1986)	33.2	7.7	59.1 <sup>b</sup>	100.0
Venezuela (1980)	25.0	75.0	n.d. <sup>c</sup>	100.0

a. Incluye ministerio de salud, fuerzas armadas, organismos autónomos, etc.

b. Incluye gastos de mutualidades, cooperativas y otros organismos colectivos.

c. De Ferranti (1985) reporta 53% (Perú) y 58% (Venezuela).

*Fuentes:* Acuña y otros, 1987; Banco Mundial, 1987; Brasil, 1987; Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; Rochwerger, 1987.

Otras desigualdades notables en la asignación de servicios de salud entre instituciones que cubren a diversos grupos de la población pueden apreciarse en el Cuadro 14. Con una sola excepción, el ministerio de salud tiene servicios muy inferiores a los del seguro social. Más aún las fuerzas armadas tienen los mejores servicios: entre 3 y 4 veces más médicos y camas de hospital por personas cubiertas que el ministerio de salud. El sector privado tiene en dos países los mejores servicios y en un caso servicios sólo superados por las fuerzas armadas.

Por último, el Cuadro 15 muestra disparidades extremas geográficas en los servicios de salud por regiones político-administrativas (estados, provincias o departamentos) en varios países latinoamericanos. En cada país se han tomado

dos regiones, las que tienen los mejores y peores servicios; estas disparidades están positivamente correlacionadas con el grado de cobertura del seguro social ya analizado. Debe advertirse que diferencias en el tamaño de las regiones, definiciones y años, impiden hacer comparaciones acuciosas entre las cifras. El cuadro muestra las relaciones extremas; por ejemplo, en Ecuador, la provincia de Pichincha (donde está Quito) tenía 3.6 veces más médicos por habitante que la provincia de Morona. Las relaciones extremas de médicos varían entre 2.5 (Chile) y 63 (Perú), mientras que las de camas de hospital fluctúan entre 1.5 (Chile) y 8.2 (México). Debe advertirse que a pesar de las desigualdades, en algunos países, la región peor atendida puede tener niveles muy altos a nivel regional (este es el caso, por ejemplo, de Argentina y Cuba). Sistemáticamente la región más desarrollada (sede de la ciudad capital) tiene población cubierta y de la menos desarrollada (aislada, rural, con concentración de población indígena) tiene los peores servicios. Como ya se ha visto, la cobertura del seguro social se concentra en las zonas urbanas y más desarrolladas, mientras que el ministerio tiene a su cargo el grueso de la población rural y las regiones menos desarrolladas. Parte de estas disparidades pueden ser justificadas por la necesaria concentración de los servicios a nivel terciario en la ciudad capital, pero las desigualdades son muy notables y responden en gran medida a factores políticos y económicos. Por ejemplo, en 1983, la ciudad de Lima tenía el 31% de la población del país, pero concentraba el 70% de los médicos, entre el 68% y el 75% de las enfermeras y técnicos de salud, el 61% de las consultas médicas y el 67% de los análisis de laboratorio. Estudios de correlación conducidos en varios países, entre el nivel de desarrollo de las regiones y los servicios de salud en las mismas, ratifican una relación positiva y muy significativa entre ambas variables (Mesa-Lago, 1978, 1985b, 1988). Una deconcentración geográfica modesta de los gastos y servicios de salud mejoraría los niveles de salud de las regiones menos desarrolladas y con mayores necesidades (las tasas de mortalidad infantil más altas, las esperanzas de vida más bajas).

**Cuadro 14.** Distribución de los Servicios de Salud entre Instituciones Protectoras en Algunos Países de América Latina: Entre 1980 y 1984

Sectores o Grupos	Colombia (1984)	Ecuador (1981)	México (1980)		Perú(1982)	
	Camas hosp. <sup>a</sup>	Camas hosp. <sup>a</sup>	Camas hosp. <sup>a</sup>	Médicos <sup>a</sup>	Camas hosp. <sup>a</sup>	Médicos <sup>a</sup>
Seguro Social	14	21	1.2-1.4 <sup>b</sup>	11.8-24.9 <sup>b</sup>	1.6	11.1
Ministerio Salud	12	15	1.1	6.7	1.8	5.1
Fuerzas Armadas	n.d.	5.1	4.1	23.8	2.3	20.4
Privadas	5.6	6.1	n.d.	n.d.	1.1	70.8

a. Camas de hospital por 1,000 personas cubiertas en cada institución y médicos por 10,000 cubiertos.

b. IMSS, ISSSTE, Petróleo.

Fuentes: Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987.

**Cuadro 15. Disparidades Geográficas en Cobertura y Servicios de Salud en Países Latinoamericanos Seleccionados: Entre 1979 y 1984**

<i>Países</i>	<i>Cobertura población total (%)</i>	<i>Médicos por 10,000 habitantes</i>	<i>Camas hospital por 1,000 habitantes</i>
Argentina (1980)			
Capital Federal	123.9 <sup>a</sup>	46.8	8.4
Formosa	6.0 <sup>a</sup>	8.1	4.3
Colombia (1984)			
Atlántico	24.7	n.d.	n.d.
Chocó	2.7	n.d.	n.d.
Costa Rica (1979)			
San José	33.9 <sup>b</sup>	12.4	5.7
Guanacaste	15.2 <sup>b</sup>	1.9	1.1
Cuba (1982)			
La Habana	n.d.	41.2	11.2
Granma	n.d.	7.2	4.1
Chile (1980)			
Magallanes	95.0 <sup>c</sup>	5.3	4.8
La Araucanía	39.3 <sup>c</sup>	2.1	3.2
Ecuador (1979)			
Pichincha	19.8	14.4	2.8
Morona	2.6	4.0	1.6
México (1980)			
Distrito Federal	100.4	21.1 <sup>d</sup>	3.3 <sup>d</sup>
Oaxaca	17.2	2.4 <sup>d</sup>	0.4 <sup>d</sup>
Panamá(1984)			
Panamá	75.2	10.7	5.2
Darién	10.8	4.0	2.7
Perú (1981)			
Lima	26.7	19.0	3.0
Apurímac	2.5	0.3	0.6
Uruguay (1984)			
Montevideo	68.7 <sup>d</sup>	35.4	3.8
Rivera	17.0 <sup>d</sup>	6.5	1.8

a. 1960

b. Excluye a los dependientes

c. PEA

d. 1970

e. Afiliados a instituciones colectivas, 1986.

*Fuentes:* Acuña, 1983; Banco Mundial, 1987b; COPLAMAR, 1983; CSSP, 1986; Mesa-Lago, 1979, 1984, 1985b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; República Oriental del Uruguay, 1985.

Una alta estratificación de los servicios de salud (con un gran número de proveedores cubriendo grupos de la población diversos) parece generar notables

desigualdades en dichos servicios y en los niveles de salud. Por lo contrario, los sistemas de salud integrados o altamente coordinados tienden a reducir dichas desigualdades. Varios de los países del Caribe no latino han logrado niveles de salud excepcionalmente altos, aunque no tienen economías desarrolladas. Parte de la explicación puede estar en el pequeño tamaño de estos países y el fácil acceso de su población a los servicios, pero sus sistemas nacionales de salud parecen haber jugado un papel importante en ese resultado.

*c. El Impacto Redistributivo de las Prestaciones*

Varios especialistas concuerdan que, dentro del seguro social, el efecto de las prestaciones médico-hospitalarias sobre la distribución del ingreso es probablemente más progresivo que el impacto de las pensiones (Rezende, 1974; Green, 1977; Mesa-Lago, 1983a). La razón es que las prestaciones médico-hospitalarias son básicamente iguales (mientras que las pensiones y las prestaciones monetarias por enfermedad-maternidad se fijan de acuerdo con el ingreso), aunque en los sistemas estratificados hay diferencias en la disponibilidad y calidad de los servicios. Además, los asegurados de ingresos más bajos sufren una mayor incidencia de enfermedad (debido a sus niveles inferiores de nutrición, sanidad, etc.) y como no pueden disponer de medicina privada por su alto costo, este grupo utiliza los servicios médico-hospitalarios del seguro social con mayor frecuencia que los asegurados de ingresos más altos. Estos últimos, aún estando asegurados, prefieren utilizar los servicios de médicos y hospitales privados (para evitar demoras) y sólo usan los servicios de salud del seguro social en casos extremos. Sin embargo, por el mismo razonamiento, los gastos de salud pública deberían tener un efecto más progresivo en la distribución que los gastos del seguro social de enfermedad porque los primeros generalmente benefician a los grupos más pobres de la población. Así en los países en que existe un sistema nacional de salud éste debería tener un efecto marcadamente progresivo en la distribución. La evaluación es más difícil en los países en que operan conjuntamente el seguro social y el ministerio de salud.

En los últimos trece años se han realizado varios estudios sobre el impacto distributivo de las prestaciones de salud, tanto del sector público como del sector de seguro social, pero pocas combinando ambos. El Cuadro 16 resume los resultados de tres estudios pioneros: uno sobre Brasil que comprendió todo el seguro social urbano, y otros sobre Chile y Costa Rica que abarcaron el sector de salud nacional no privado. El efecto más progresivo se registró en Brasil donde dentro del sector urbano cubierto, los dos grupos asegurados de menor ingreso recibieron prestaciones (de enfermedad-maternidad y pensiones) superiores en 23% a lo que contribuyeron, mientras que los dos grupos de mayor ingreso contribuyeron 21% más de lo que recibieron. Este análisis no tuvo en cuenta el programa asistencial (FUNRURAL) que cubre al sector rural y que en gran medida se financia con una contribución del sector urbano (lo que debía tener un efecto marcadamente progresivo) pero tampoco incluyó a las fuerzas armadas y funcionarios públicos (que probablemente recibieron más de lo que contribuyeron). Es probable que el efecto neto del sistema brasileño haya sido

**Cuadro 16:** Impacto del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad sobre la Distribución del Ingreso en Varios Países de América Latina: Entre 1969 y 1978

<b>Brasil (1973)</b>		
<i>Unidades de salario mínimo legal</i>	<i>Distribución porcentual de cotizaciones</i>	<i>Distribución porcentual de prestaciones de salud</i>
Menos de 1	17.2	32.4
1-1.9	14.2	22.2
2-2.9	21.1	22.5
3-3.9	12.9	9.5
4-8.9	23.1	10.1
9 y más	11.5	3.3
	100.0	100.0

  

<b>Chile (1969)</b>		
<i>Unidades de salario mínimo legal</i>	<i>Distribución porcentual de cotizaciones</i>	<i>Distribución porcentual de prestaciones de salud</i>
Menos de 1	29.8	33.4
1-1.9	31.6	35.0
2-2.9	17.6	15.7
3-4.9	11.9	9.5
5 y más	9.1	6.5
	100.0	100.0

  

<b>Costa Rica (1978)</b>		
<i>Porcentaje de personas en cada estrato de ingreso</i>	<i>-----Porcentaje de Ingreso Familiar-----</i>	
	<i>Antes de las prestaciones de salud</i>	<i>Después de las prestaciones de salud</i>
20 (más pobre)	2.8	4.0
20	8.0	8.7
20	13.0	13.4
20	21.2	21.0
20 (más rico)	55.0	52.9
100	100.0	100.0

*Fuentes:* Basado en Arellano, 1976; Briceño-Méndez, 1982; Rezende, 1974; y Rezende-Mahar, 1974.

progresivo. El estudio de Chile se limitó al sector salud y comprendió a las dos instituciones principales del seguro social, al ministerio de salud y a otros organismos, por lo que fue más comprensivo. Los resultados muestran que los dos grupos de más bajo ingreso recibieron 7% más de lo que contribuyeron, lo cual constituyó una transferencia de los tres grupos de más alto ingreso. Sin embargo, al desagregar el efecto redistributivo dentro de cada una de las dos

instituciones de seguro social, se encontró que era aún más progresivo dentro del grupo obrero pero regresivo en el de empleados (Arellano, 1976). El primer estudio realizado en Costa Rica en 1973 (no incluido en el cuadro) se limitó al seguro social de enfermedad-maternidad y mostró un efecto ligeramente progresivo (Green, 1977). El segundo estudio comprendió además al ministerio de salud y al programa de asignaciones familiares y se realizó en 1978 cuando el seguro social había ampliado notablemente su cobertura, eliminado los topes salariales e incorporado el programa de asistencia a los indigentes. Los resultados, presentados en el Cuadro 16, indican que el efecto progresivo se amplió: hubo una transferencia de 2% desde el 20% más rico principalmente hacia el 40% más pobre.

El Cuadro 17, compara los resultados de cinco estudios elaborados por ECIEL sobre el impacto del gasto público de salud (subsidios) en el ingreso familiar, de Argentina, Costa Rica, Chile, República Dominicana y Uruguay. En base a la distribución del subsidio (primera columna del cuadro) el mayor efecto progresivo pareció ocurrir en Argentina (donde el quintil más pobre recibió el 51% del subsidio) seguido por la República Dominicana (donde el quintil más pobre recibió el 41%). Sin embargo, una comparación de la distribución del ingreso antes y después de recibir el subsidio altera esa primera impresión. El impacto más progresivo tuvo lugar en Costa Rica donde ocurrió una transferencia de 2.5% del quintil más rico hacia los dos quintiles más pobres. Después sigue Chile donde se transfirió 2.2% del quintil más rico hacia los dos quintiles más pobres. No obstante, se ha probado que si bien en Chile la asignación del gasto público mejoró la distribución del ingreso, la combinación de los sectores público, de seguro social y privado produjo una relación positiva entre el ingreso y la atención de salud, y que éstos dos últimos sectores determinaron las mayores desigualdades (Rodríguez Grossi, 1985). Por último están la Argentina, la República Dominicana y Uruguay, donde tuvo efecto una transferencia de aproximadamente un 1% del quintil más rico al quintil más pobre, por lo que el efecto fue ligeramente progresivo.

En resumen, estos estudios sugieren que en los países donde hay programas de seguro social bastante unificados, con un componente de asistencia y cobertura universal (vr.gr., Brasil y Costa Rica) es donde ocurre un efecto progresivo mayor. En la República Dominicana, donde el sector público cubre a la mayoría de la población, hay también un efecto progresivo aunque menor pero, si se añadiera al seguro social (que cubre un pequeño sector pero recibe ingresos relativamente mayores) probablemente el efecto global sería regresivo.

Los tres países restantes tienen cobertura casi universal pero sistemas de salud altamente estratificados. Los estudios de Argentina y Uruguay se limitan al sector público que en el primero cubre al 23% de la población y recibe el 30% del gasto de salud, mientras que en el segundo cubre al 43% de la población pero recibe solo el 33% del gasto (en ambos el efecto es ligeramente progresivo). Si se añadiera en ambos países el sector de obras sociales y organismos colectivos, esto posiblemente neutralizaría el ligero efecto progresivo del sector público. Por último, el sistema de salud global de Chile antes de la reforma tenía un efecto progresivo, pero al desagregarse por grupos cubiertos ese efecto variaba. Después de la reforma, el sector público continúa teniendo un efecto progresivo marcado pero si se añadiera el sector de las ISAPRES (organismos previsionales privados

que cubren el 9% de la población, con ingresos relativamente altos) dicho efecto se reduciría y quizás se revertiría (Arellano, 1987).

**Cuadro 17: Impacto del Gasto Público de Salud (Subsidios) sobre la Distribución del Ingreso en Varios Países de América Latina: 1980 y 1982**

<i>Porcentaje de familias en cada estrato de ingreso</i>	<i>Distribución porcentual del subsidio de salud</i>	<i>Distribución porcentual ---del ingreso familiar---</i>	
		<i>Antes del subsidio</i>	<i>Después del subsidio</i>
<b>Argentina (1980)</b>			
20 (más pobre)	51.2	7.5	8.5
20	17.4	11.7	11.8
20	18.8	16.1	16.1
20	8.3	22.5	22.1
20 (más rico)	4.3	42.3	41.5
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Costa Rica (1982)</b>			
20	30.0	6.1	7.9
20	19.0	11.2	11.8
20	20.9	14.9	15.3
20	16.9	21.4	21.1
20	13.2	46.4	43.9
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Chile (1982)</b>			
20	22.3	3.3	4.2
20	29.0	7.1	8.1
20	21.5	10.4	10.9
20	15.9	18.1	18.0
20	11.3	61.0	58.8
Total	100.0	100.0	100.0
<b>República Dominicana (1980)</b>			
20	41.3	5.1	6.2
20	16.1	9.1	9.3
20	20.1	13.4	13.6
20	13.5	19.7	19.5
20	9.0	52.6	51.4
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Uruguay (1982)</b>			
20	34.0	7.2	8.1
20	29.7	11.8	12.4
20	16.1	14.8	14.9
20	8.4	19.9	19.5
20	11.8	46.3	45.2
Total	100.0	100.0	100.0

*Fuentes: Petrei, 1987; Rodríguez, 1986.*

---

## 6. El Costo Creciente de la Atención de Salud y sus Causas

### *a. El Gasto de Salud: Magnitud, Distribución por Sectores y Tendencias*

Existen contadísimos estudios sobre el costo total de la salud (incluyendo los tres sectores) en la región. La mayor parte de la información existente se refiere a los gastos de salud de la seguridad social y, en menor medida, al gasto del sector público (de hecho al ministerio de salud). El Cuadro 18 presenta estimados gruesos del gasto de salud, como porcentaje del PIB, en nueve países de América Latina, principalmente de los sectores público y del seguro social, así como del sector privado en cuatro casos en que hay cifras disponibles. Los porcentajes totales más altos corresponden a Argentina y Costa Rica (7%), Uruguay, Colombia, Cuba y Brasil (de 5% a 4%), con excepción de Colombia, estos son los países más desarrollados. El porcentaje de Chile es sorprendentemente bajo (menos de 3%) aunque el cuadro excluye el gasto privado; información fragmentaria sugiere que en los últimos años el gasto público en Chile ha disminuido proporcionalmente mientras que el privado ha aumentado. Perú y Ecuador, países de un nivel intermedio de desarrollo tienen porcentajes respectivos del 3% y 2%. Información de otros países latinoamericanos sugiere que, con excepción de Panamá, el resto de los países tiene porcentajes del 2% o inferiores (Zschock, 1979, 1980; de Ferranti, 1985; Tamburi, 1986; OMS, 1987). En tres de los países del cuadro (Argentina, Colombia y Costa Rica) el gasto mayor es el del seguro social; en otros tres (Cuba, Ecuador, Perú) es el del ministerio de salud--pero nótese que en Cuba el ministerio imparte toda la atención de salud mientras que el seguro sólo paga las prestaciones monetarias. En Brasil y Uruguay el gasto mayor es en el sector privado (los porcentajes del seguro y el sector privado en Argentina son muy parecidos), esto se debe a la subcontratación que en estos países hace el seguro social o los organismos colectivos (mutualidades, obras sociales) con el sector privado (y también con el público).

La tendencia histórica del gasto de salud como porcentaje del PIB es aún más difícil de trazar debido a la escasez de cifras y cambios en definiciones y metodologías. La OIT ha compilado por muchos años una serie del costo de la seguridad social que incluye los gastos de salud del seguro social (prestaciones monetarias y médico-hospitalarias) y de los "servicios públicos de salud". Estas cifras aunque valiosas no llenan por completo el vacío existente porque es difícil estimar la suma del gasto de salud de ambos sectores. La OIT publica tres series relacionadas con este tema: (1) La distribución del gasto total de seguridad social entre prestaciones (médico-hospitalarias, otras en especie y monetarias),



**Cuadro 18.** Gastos de Salud (por Sector y Totales) como Porcentaje del PIB en Países Seleccionados de América Latina: Entre 1980 y 1986

<i>Países</i>	<i>Sector público</i>	<i>Seguro social</i>	<i>Sector privado</i>	<i>Total</i>
Argentina (1985)	2.1	2.6	2.4	7.1
Brasil (1982)	1.2	1.3	1.5	4.0
Colombia (1985)	1.9	2.5	0.2 <sup>a</sup>	4.6
Costa Rica (1985)	2.1 <sup>b</sup>	4.8	n.d.	6.9
Cuba (1980)	3.6	0.7 <sup>c</sup>	0	4.3
Chile (1985)	----- 2.6 -----		n.d.	2.6
Ecuador (1986)	1.2	0.7	n.d. <sup>e</sup>	1.9
Perú (1982)	1.8	1.2	n.d.	3.0
Uruguay (1986)	1.8	0.4	3.2 <sup>d</sup>	5.4

a. Excluye sector privado no institucionalizado (que es la mayoría dentro del sector privado).

b. Incluye alcantarillado y seguro de riesgos profesionales.

c. Sólo prestaciones monetarias.

d. Incluye organismos colectivos (mutualidades, cooperativas, etc.).

e. En 1983 se reportó que el 47.2 del gasto total de salud fue privado.

*Fuentes:* Acuña y otros, 1987; Banco Mundial, 1987; Brasil, 1987; Ecuador, 1987; Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988; República de Colombia, 1985; Rochwerger, 1987.

gastos administrativos y otros gastos; aquí se incluye el gasto sumado de prestaciones médico-hospitalaria de ambos sectores pero no se desagrega el gasto de las prestaciones monetarias del seguro de enfermedad-maternidad. (2) La distribución del gasto de prestaciones de la seguridad social entre todos los programas (incluyendo seguros sociales y servicios públicos de salud, así como otros); esta serie no desagrega las prestaciones médico-hospitalarias de las monetarias, dentro del total de las prestaciones de los seguros sociales. (3) La distribución de los gastos de prestaciones sólo de los seguros sociales y asignaciones familiares, que desagrega dentro del primero a las prestaciones médico-hospitalarias y monetarias, pero excluye el gasto de los servicios públicos de salud. Para complicar aún más el cálculo, a partir de 1978 la OIT suprimió de las series el gasto de la atención de salud del sector público (por razones de comparabilidad entre países) pero ha mantenido estos gastos en los países en que hay servicios nacionales de salud (a menudo contributivos) que son parte del seguro social. Esto ha creado problemas de comparabilidad en las series antes y después de 1978. Más aún, en la región hace imposible analizar el gasto de salud de los países del Caribe no latino puesto que éstos tienen un sistema de salud público que no es parte del seguro social, de forma, que a partir de 1978 los gastos de las prestaciones médico-hospitalarias no se contabilizan (OIT, 1985a). Teniendo en cuenta estos problemas, la serie histórica de la OIT del porcentaje del gasto de salud de la seguridad social sobre el PIB en 1960-1980, para diez países latinoamericanos, indica una clara tendencia creciente en todos menos

uno y en dos países (Costa Rica y Panamá) aumentos de cinco o seis veces en el gasto (Tamburi, 1986). Y debe notarse que la substracción, a partir de 1978, del gasto público de salud subestima el crecimiento de esa tendencia.

Los gastos de salud de América Latina son relativamente altos a niveles internacionales y exhiben una tendencia creciente. Los porcentajes del gasto de salud sobre el PIB de Argentina, Costa Rica y Uruguay son semejantes al del Reino Unido que tiene uno de los sistemas nacionales de salud más comprensivos en el mundo. Sin embargo, debe subrayarse que mayores porcentajes del PIB dedicados a la atención de salud no necesariamente significan mejores condiciones sanitarias y, ciertamente, los niveles de salud en el Reino Unido están por encima de los registrados en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños. Para evitar distorsiones en las comparaciones internacionales del gasto de salud habría que homologar una serie de factores o al menos controlar las diferencias existentes, por ejemplo: en la deflación de los precios de los bienes y servicios, en la composición y calidad de los servicios, en las variaciones en el entorno (vr.gr., clima, polución), en las relaciones de substitución (vr.gr., entre los sectores público, de seguro social y privado), etc. (Zschock, 1979; Musgrove, 1987).

El Cuadro 19 está basado mayormente en la tercera serie de la OIT explicada anteriormente y muestra el porcentaje del gasto de las prestaciones de los seguros sociales (más asignaciones familiares) que se dedicó a las prestaciones de salud (monetarias y no monetarias) en 17 países de América Latina en 1970-1980. Aunque el cuadro no lo muestra, las prestaciones monetarias constituyen una pequeña fracción (una décima parte o menos) del total. En siete países se observa en el cuadro una tendencia creciente del porcentaje asignado a las prestaciones de salud mientras que en los diez restantes la tendencia es decreciente. Esto último se debe en parte a la substracción del gasto de salud pública a partir de 1978 pero nótese que la tendencia declinante ya se observaba en un buen número de países en 1975. La razón de esta tendencia es que, al principio del establecimiento del seguro social, casi todo el gasto de prestaciones iba a salud pues el programa de pensiones aún no había madurado y había pocos pensionados. A medida que ha envejecido el programa y crecido el gasto de pensiones, se ha reducido el porcentaje que va a salud. Es por ésto que los países que tienen los programas de pensiones más antiguos (Uruguay, Argentina, Chile, Brasil) son los que tienen el porcentaje más bajo asignado a salud, mientras que los países con los programas de pensiones más recientes (El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Venezuela) son los que tienen los porcentajes más altos asignados a salud. La caída en la proporción del gasto de seguro social asignado a salud y el correspondiente crecimiento del gasto de pensiones ha tenido un efecto desequilibrador en muchos países pues el fondo de pensiones había financiado la inversión (y a veces los gastos corrientes) del seguro de enfermedad. Como se apuntó en la sección 3<sup>d</sup>, en varios casos esto ha provocado la decapitalización del fondo de pensiones y su incapacidad de cumplir con las obligaciones cuando madura el programa. De ahí que varios países han prohibido los préstamos del fondo de pensiones al programa de enfermedad agravando la situación financiera del último.

**Cuadro 19. Porcentaje del Gasto de Prestaciones de Seguro Social<sup>a</sup> Asignado a Enfermedad-Maternidad en América Latina: 1970-1980**

<i>Países</i>	<i>1970</i>	<i>1975</i>	<i>1980</i>
Argentina	n.d.	14.5	24.1
Bolivia	58.0	56.0	56.6
Brasil	47.2	40.0	37.9
Colombia	56.5	65.2	55.4
Costa Rica	78.4	77.4	79.8
Cuba <sup>c</sup>	37.7	40.6	42.3
Chile	19.9	25.1	24.0
Ecuador	n.d.	37.5	32.7
El Salvador	88.9	91.0	87.9
Guatemala	50.3	51.2	49.6
México	71.8	68.0	69.3
Nicaragua	85.2	81.9	74.8
Panamá	58.1	54.2	55.3
Perú <sup>b</sup>	n.d.	40.2	52.5
República Dominicana	66.6	72.0	73.2
Uruguay	3.6	6.1	6.3
Venezuela	94.7	72.0	65.8

a. Incluye gasto de seguros sociales y asignaciones familiares; se refiere a prestaciones en especie y monetarias.

b. Sólo el IPSS (seguro social).

c. Incluye sistema nacional de salud.

*Fuentes:* OIT, 1985a; excepto Cuba, Ecuador y Perú que es de Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1988.

Los países del Caribe no latino se excluyeron del Cuadro 19 por las razones metodológicas ya explicadas. Debido a que en estos países el seguro social sólo paga prestaciones monetarias de enfermedad-maternidad (ya que la atención de la salud se hace por el ministerio), el porcentaje que aparece dedicado a las prestaciones en el programa de enfermedad-maternidad es muy pequeño (entre 13% y 22% en cuatro países en 1980) a pesar de que el Caribe no latino fue el último en introducir el seguro social en la región. Sin embargo, si se usa la primera o la segunda serie de la OIT explicadas arriba, las cuales incluyeron el gasto de salud del sector público hasta 1977, el porcentaje del gasto total de

prestaciones de seguridad social dedicado a las prestaciones médico-hospitalarias aumenta a dos tercios o más: Barbados 64%, Guayana 76%, Jamaica 70%, Trinidad y Tobago 68% (basado en OIT, 1981).

### *b. Causas del Incremento en el Gasto de Salud*

El aumento creciente de los gastos de atención a la salud en América Latina y el Caribe (así como los déficits del seguro de enfermedad-maternidad) pueden ser explicados por causas de tipo universal pero también por peculiaridades de la región. Los factores que inciden en los costos son externos (demográficos, inflación) e internos (filosofía de la salud, nivel de cobertura poblacional, régimen legal de prestaciones, altos gastos administrativos, ineficiencia hospitalaria, subcontratación de servicios).

I. DEMOGRAFIA Y PERFIL PATOLOGICO. Los países más desarrollados de la región con tasas bajas de crecimiento demográfico, población en proceso de envejecimiento y esperanza de vida alta (vr.gr., Argentina, Cuba, Uruguay y varios países del Caribe no latino) tienen características comunes a las de los países industrializados: la población anciana--en rápido incremento--consume servicios de salud por períodos más largos y demanda un tratamiento más sofisticado y costoso. El perfil patológico de estos países se asemeja también al de los países industrializados: las principales causas de muerte son las "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, tumores malignos, accidentes de tráfico) complejas, difíciles de tratar y de costosa atención. Este perfil es tópico también de Costa Rica que tiene una población relativamente joven pero con altos niveles de salud (De Jardin, 1972, 1974; Clement, 1974; Siren, 1980). Pero en la mayor parte de América Latina el problema aún radica en un crecimiento demográfico muy alto que se proyecta provocará una duplicación en la demanda de los servicios médicos en las próximas dos décadas (Castellanos, 1978; Malloy y Borzutzky, 1982). Por otra parte, estos países tienen poblaciones jóvenes y su perfil patológico se caracteriza por el predominio de las "enfermedades del subdesarrollo" (perinatales, desnutrición, de los aparatos digestivos y respiratorios, inmuno-prevenibles). Estas enfermedades pueden ser tratadas eficientemente con técnicas más simples y menos costosas como inmunización, saneamiento, educación de la salud y suplementos nutricionales. Así pues el costo relativo del tratamiento de la salud debía ser inferior en estos países pero, como se verá más adelante, el seguro social—que absorbe una proporción considerable de los recursos—enfatisa la medicina curativa y se concentra en la población productiva y la pasiva, por lo que sus gastos son muy altos.

II. EXTENSION DE LA COBERTURA. El proceso de expansión de la cobertura del seguro social es otro factor de incremento del gasto de salud (y de generación de déficits) pues una vez cubierto el sector urbano-asalariado (con niveles de ingreso y salud altos) se incorpora gradualmente a la población rural-cuentapropista que tiene ingresos y niveles de salud inferiores. Hemos visto que este grupo contribuye relativamente poco pero utiliza regularmente los servicios del seguro. En aquellos países en que el seguro social se hace cargo de los

indigentes (Costa Rica, Chile) o parcialmente financian programas para el sector rural o urbano-marginal (Brasil, México), los gastos de atención son mayores que las contribuciones sumadas al aporte estatal (cuando éste se materializa).

III. INFLACION. La inflación ha sido otro factor en el aumento de los costos de atención de la salud, ya que afecta a los salarios del personal, la construcción de edificios y el abastecimiento de equipo y medicinas. Las altísimas tasas de inflación experimentadas en América Latina a fines de la década pasada y en la actual han agravado este problema. Los avances tecnológicos en el equipo médico-hospitalario y la farmacopea y el hecho de que los mismos son generalmente importados a altos precios refuerza la tendencia creciente en el costo.

IV. PRESTACIONES GENEROSAS. Las prestaciones del seguro de enfermedad en América Latina, así como sus condiciones de adquisición, tienden a ser generosas. El Cuadro 20 muestra que, en ocho países, no se exige ni período de espera ni cotización para recibir el subsidio de enfermedad (y en dos países tampoco se requiere para maternidad), basta tan sólo estar asegurado y tener empleo; mientras que en otros seis países sólo se requiere entre seis y ocho semanas para recibir el subsidio. Más aún, en tres países se paga un subsidio de enfermedad equivalente al 100% del salario y en otros siete países entre 70% y 90% del salario (en diez países el subsidio de maternidad equivale al 100% del salario). Algunos países que ofrecen condiciones y beneficios excepcionalmente generosos (por ejemplo, la Argentina) tienen una cotización global para el seguro de enfermedad que es muy inferior a la del promedio regional. Debe notarse que los países del Caribe no latino tienen condiciones de adquisición mucho más estrictas y sus subsidios promedian 60% del salario (en dos países no existe esta prestación). Por último, en la mayoría de los países latinoamericanos (y en casi todos los del Caribe no latino) no hay período de espera para recibir las prestaciones médico-hospitalarias. Estas condiciones constituyen un incentivo para fingir enfermedad y cobrar el subsidio, y de hecho se reporta este problema en varios países, lo que aumenta significativamente los costos. En los países donde solo se exige estar asegurado o el pago de unas pocas semanas de cotización, los evasores frecuentemente tienen acceso a tratamientos costosos mediante el simple registro o el pago de una pequeña suma, aunque dejen de cotizar después (OIT/PNUD, 1981). Debe también recordarse que en casi todos los países de América Latina, los dependientes del asegurado (cónyuge e hijos menores) tienen derecho a las prestaciones médico-hospitalarias. Por último, algunos países otorgan (u otorgaron hasta hace poco tiempo) prestaciones muy costosas como lentes de contacto y ortodoncia, así como el costo de viaje y del tratamiento en el extranjero cuando no existe dicho tratamiento en el país, por ejemplo, en Ecuador, en Costa Rica hasta 1982 y en Colombia hasta 1986 (Mesa-Lago, 1984, 1985b; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987). En Perú, en 1982, el costo de tratar a 131 asegurados en el exterior ascendió a US\$5 millones, o US\$38,168 por cabeza (Mesa-Lago, 1988).

**Cuadro 20. Condiciones Legales de las Prestaciones del Seguro Social de Enfermedad-Maternidad en América Latina y el Caribe: 1985**

Países	Prestaciones Monetarias						Prestaciones Médico-	
	Enfermedad			Maternidad			Hospitalarias	
	Semanas de cotización	% del salario	Duración (semanas)	Semanas de cotización	% del salario	Duración (semanas)	Semanas de cotización	Duración (semanas)
<b>América Latina</b>								
Argentina	a	100	26	42	100	12	a	
Bolivia	9	75	26	17	75	12	4 <sup>E,17</sup> M	26
Brasil	52	70-90	g	a	100	12	13	
Colombia	4	50-66.6	26-52	12	100	8	4	26-52
Costa Rica	4	50	26	26	50	8	4 <sup>E,26</sup> M	52
Cuba	a	50-90		11	100	18	b	
Chile <sup>d</sup>	26	100		26	100	12	a	
Ecuador	26	66-75	26	26	75	8	26	
El Salvador	8 <sup>e</sup>	75	52	12	75	12	8 <sup>e</sup>	26-52
Guatemala	a	66	26	a	100	11	a	
Honduras	5	50-66	26-52	11	66	12	a	
México	6	60	52-78	30	100	12	a	52-104
Nicaragua	8	60	26-52	16	60	12	a	
Panamá	26	70	26-52	39	100	14	a	26
Paraguay	6	50	26-52	6	50	9	a	26-52
Perú	13	100	49	39	100	13	13	52
República Dominicana	6	50	26	30	50	12	1 <sup>E,15</sup> M	26
Uruguay	13	70	52-104	a	100	12		
Venezuela	a	50-66.6	52	a	66.6	12	a	52
<b>Caribe</b>								
Antigua-Barbuda	26	60		26	60	13	b	
Bahamas	40	60	26	50	60	13	b	
Barbados	13	66.6	26	30	100	12	b	
Belize	50	60	11	50	60	12		
Bermuda	h	h	h	h	h	h	c	
Dominica	13	60	26	26	60	12	b	
Granada	a	60	26	30	60	12	b	
Guayana	50	60	26	15	60	13	b	
Jamaica	h	h	h	f	f	f	b	
San Cristóbal	26	60	26	39	60	13	b	
Santa Lucía	a	60	26	30	60	13	b	
Trinidad-Tobago	10	66.6	52	10	60	13	b	

E = Enfermedad M = Maternidad

- Sólo se requiere estar asegurado o tener trabajo en ese momento.
- No suministrados por el seguro social sino por el sistema nacional de salud o sector público. Usualmente el único requisito es la residencia (a veces ciudadanía).
- Residentes con un período de espera de 39 semanas.
- Sistema antiguo. En el nuevo sistema se permite que el asegurado elija libremente al proveedor; las condiciones y prestaciones varían significativamente.
- Para desempleados. No se exigen condiciones para los que están empleados.
- Sólo para servicio doméstico.
- Por todo el tiempo que sea necesario.
- No existe este beneficio.

Fuente: Compilación del autor basada en Social Security Administration, 1985.

V. PREDOMINIO DE LA MEDICINA CURATIVA. Ya se observó que en la región, la medicina preventiva de bajo costo se sacrifica en favor de la medicina curativa de alto costo. El énfasis en servicios intensivos de capital y alta tecnología es ilustrado por el hecho de que se hace hincapié en la atención hospitalaria sobre la ambulatoria, así como en el uso de equipo, cirugía, pruebas de laboratorio y tratamientos cada vez más complejos y costosos (por ejemplo, diálisis renal, quimioterapia, trasplantes de órganos, operaciones de derivación coronaria, exploración CAT, medicina nuclear). El presupuesto brasileño de 1979 asignó más fondos a estos servicios de alta tecnología para 10,000 personas residentes sobre todo en las regiones desarrolladas del sureste y del sur, que a servicios de salud básica para 41 millones que viven en las áreas subdesarrolladas del norte y noroeste (McGreevey, 1984). En Costa Rica el programa de salud rural informa que, con un presupuesto pequeño, ha hecho más para disminuir la mortalidad y la morbilidad que los servicios de capital intensivo del seguro social (CCSS, 1981). El costo exorbitante que representa añadir nuevas y sofisticadas prestaciones de atención médica para unos cuantos, a menudo imposibilita la extensión de servicios básicos para todos.

La distribución de gastos entre medicina preventiva y curativa puede constituir un indicador de la eficiencia de la administración de la salud, especialmente cuando la relación entre la asignación a la curativa sobrepasa varias veces la asignación a la preventiva: en 1978, la relación en Costa Rica era de 4 a 1; en 1982 en Brasil era de 6 a 1; en 1980 en México era de 9 a 1; y en 1981 en Chile era de 15 a 1 (Castellanos, 1978; Zschock, 1980; Wilson, 1981; McGreevey y otros, 1984, 1987; Mesa-Lago, 1985b). Sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos sufre problemas de salud como resultado de nutrición inadecuada, salubridad deficiente, falta de agua potable, propagación de enfermedades transmisibles, poca educación higiénica, etc. La medicina curativa se limita a tratar los síntomas sin ocuparse de las causas, por lo que un mayor énfasis en la medicina preventiva reduciría los costos y sería más eficiente a largo plazo.

VI. ALTOS GASTOS ADMINISTRATIVOS. Los gastos de administración de la seguridad social en América Latina se ordenan entre los más altos del mundo. Desgraciadamente no existen estadísticas específicas sobre los gastos y empleomanía de los programas de salud así que la primera columna del Cuadro 21 se refiere al total de la seguridad social; sin embargo debe notarse que, dentro de aquélla, el programa de enfermedad-maternidad es el que tiene los mayores gastos de administración. El porcentaje del gasto administrativo fluctuaba en 1980: del 4% al 8% en Argentina, Barbados, Panamá, Costa Rica, Chile y Uruguay; del 10% al 12% en Jamaica, Perú, Nicaragua, Guatemala, Brasil y Colombia; y del 13% al 27% en Trinidad y Tobago, El Salvador, Venezuela, Ecuador, Bolivia, México, Bahamas y la República Dominicana. Y debe tenerse en cuenta que algunos países han manipulado su contabilidad disfrazando los gastos administrativos como gastos de prestaciones (Wolfe, 1976). En contraste,

**Cuadro 21.** Indicadores de Eficiencia Administrativa del Seguro Social en América Latina y el Caribe: Entre 1980 y 1985

<i>Países<sup>a</sup></i>	<i>% del Gasto administrativo en gasto total (1980)</i>	<i>Empleados por 1,000 asegurados (1980-1986)</i>
Argentina	4.4	n.d.
Barbados	5.0 <sup>b</sup>	2.4 <sup>g</sup>
Panamá	5.4	11.7 <sup>h</sup>
Costa Rica	6.9	10.5 <sup>b</sup>
Chile	7.5	n.d.
Uruguay	7.7	n.d.
Jamaica	10.4 <sup>b</sup>	0.6 <sup>g</sup>
Perú	11.5 <sup>c</sup>	8.1 <sup>h</sup>
Nicaragua	11.6	4.5 <sup>e</sup>
Guatemala	11.7	7.1 <sup>j</sup>
Brasil	12.1 <sup>d</sup>	n.d.
Colombia	12.4	7.4 <sup>b</sup>
Trinidad y Tobago	13.6	n.d.
El Salvador	14.0	13.5 <sup>j</sup>
Venezuela	14.0	4.1 <sup>j</sup>
Ecuador	17.4 <sup>e</sup>	13.2 <sup>e</sup>
Bolivia	19.3	6.7 <sup>e</sup>
México	19.5 <sup>f</sup>	7.5-10.4 <sup>i</sup>
Bahamas	21.8 <sup>b</sup>	3.8 <sup>b</sup>
República Dominicana	27.0 <sup>g</sup>	20.5 <sup>b</sup>

a. Ordenados de acuerdo con menor a mayor porcentaje del gasto administrativo.

b. 1985

c. 1981, excluye gastos de personal.

d. 1977

e. 1982

f. 1983, en IMSS

g. 1986

h. 1984

i. 1982; 7.5 en IMSS y 10.4 en ISSSTE.

j. 1980

*Fuentes:* Basado en IBSS, s.f.; IGSS, s.f.; IHSS, s.f.; INSSB, 1985; ISSS, s.f.; IVSS, s.f.; Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1986a, 1986c, 1987b, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; OIT, 1985a.



los porcentajes de gasto administrativo en los países industrializados de Norteamérica, Europa y Asia fluctuaban entre 2% y 3% en 1980. En los países en que el seguro social se introdujo recientemente (como en Bahamas y Trinidad y Tobago) el alto porcentaje del gasto administrativo se debe en parte a que un mínimo de personal, equipo y planta física es necesario para operar el sistema y, al principio, los gastos en prestaciones son bajos (principalmente en pensiones); a medida que aumentan los últimos se reduce proporcionalmente el costo de operación. Sin embargo, esto no explica todo, puesto que Jamaica y Barbados también introdujeron tarde el seguro social y tienen un porcentaje de gasto administrativo mucho menor; por lo contrario, el seguro social en Ecuador se estableció en la década de 1930 y este país tiene uno de los costos administrativos más altos de la región.

VII. COSTOS DE PERSONAL Y MEDICAMENTOS. La segunda columna del Cuadro 21 presenta la relación entre empleados por 1,000 asegurados. La frondosa burocracia en la República Dominicana (20.5), El Salvador y Ecuador (13.5 y 13.2) y México (7.5-10.4) explica el alto costo administrativo en estos países. Nótese también que las relaciones de Jamaica (0.6) y Barbados (2.4) son inferiores a las de Bahamas (3.8) lo que puede explicar los costos administrativos más bajos de los dos primeros. Por último, las relaciones de Panamá (11.7) y Costa Rica (10.5) son de las más altas y el seguro social se introdujo en ambos países el mismo año (1941) por lo que el relativo bajo costo administrativo en estos dos países pudiera ser explicado por una mayor eficiencia en otros aspectos de la administración.

En los presupuestos, tanto del seguro social como de los ministerios de salud, el rubro más alto es siempre el de personal especialmente los médicos. No sólo éstos tienen altos salarios sino también disfrutaban de beneficios marginales excepcionales a menudo obtenidos mediante huelgas. En algunos países el personal del seguro social tiene un régimen de prestaciones (por convenio colectivo) superior al de los asegurados y está exento de cotización al programa de enfermedad. Más aún en algunos países hay un excedente de médicos y éstos ejercen presión para ser empleados, en vez de paramédicos, a fin de prestar servicios que los últimos podrían realizar con un salario menor (Arroba, 1975; Castellanos, 1978; AISS, 1982; Zschock, 1982; McGreevey, 1984). En Brasil, 53% de los costos de salud en 1976 fueron en personal, y una encuesta sobre los salarios de los médicos, efectuada en Sao Paulo, indicó que eran 50% más altos que los de países desarrollados (Rezende y otros, 1982; McGreevey, 1984). En Costa Rica, el costo de personal en el ministerio de salud descendió del 62% en el presupuesto de 1982 al 48% en 1985, mientras que en el seguro social de enfermedad aumentó del 53% al 57% en el mismo período (Rochwarger, 1987). En Perú el costo del personal de salud en el seguro social también aumentó del 38% al 50% en 1982-1985 (Mesa-Lago, 1988). En Uruguay el renglón de personal en el ministerio de salud descendió del 61% en 1983 al 55% en 1984 (Acuña y otros, 1987). Información del presupuesto del ministerio de salud de cuatro países centroamericanos entre 1980 y 1984 muestra que tres aumentaron el porcentaje del rubro personal y sólo uno (Panamá) tuvo una ligera disminución pero en 1984 era de 76.6% (Musgrove, 1986a).

Después del personal, generalmente el gasto mayor en los presupuestos de salud es materiales y suministros: entre 22% y 34% (en Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y Uruguay). Dentro de este rubro, el gasto mayoritario es por medicamentos cuyo costo se ha incrementado debido a la creciente sofisticación, la diversificación innecesaria y los precios en aumento de los medicamentos importados. Esta escalada también se debe a las promociones de ventas que inducen a los usuarios a solicitar medicamentos específicos, nuevos descubrimientos que crean existencias de medicinas obsoletas, abuso en la obtención de medicamentos para personas no aseguradas y prescripción exagerada de medicamentos, sobre todo antibióticos (Roemer, 1973; AISS, 1982).

VIII. INEFICIENCIA HOSPITALARIA. La ineficiencia hospitalaria es otra razón de altos costos. La falta de planeación y coordinación entre los distintos entes de salud, especialmente el seguro y el ministerio, con frecuencia provoca duplicación de instalaciones y de equipo costoso. El porcentaje de ocupación hospitalaria varía notablemente entre regiones geográficas y niveles de salud. A menudo los servicios a nivel primario y secundario no están equipados ni abastecidos adecuadamente, así que los usuarios (especialmente de consulta externa) se saltan estos niveles y abarrotan los servicios del nivel terciario. El Cuadro 22, aunque se basa en cifras gruesas que no siempre son comparables, indica que en tres países el porcentaje de ocupación hospitalaria fue inferior al 60% y en otros dos inferior al 70%; sólo en Costa Rica, Cuba y Uruguay (Montevideo) sobrepasó el 80%. Pero obsérvese que, con excepción de Costa Rica, en los países con los porcentajes más altos de ocupación también hay un promedio de días de estada anormalmente alto. Por ejemplo, en Uruguay, el porcentaje de ocupación en Montevideo (81.8%) hubiera descendido al 41% si el promedio de días de estada se hubiera reducido de 13.3 a 6.6; además, en el Interior del Uruguay el porcentaje de ocupación era de 51.2% con un promedio de estada aún alto (7.9). Es cierto que los hospitales de nivel terciario se concentran en la capital y, como parte de los pacientes viajan desde el interior, necesitan más días de estada para diagnóstico y post operatorio, pero aún así los promedios de días de estada son altos.

IX. OTRAS CAUSAS. En algunos países que tienen el sistema indirecto de atención de salud, los contratos con instituciones privadas han resultado en servicios más costosos debido a la práctica frecuente de alargar la estada hospitalaria, requerir pruebas de laboratorio, cirugía y medicamentos innecesarios y cobrar por servicios no efectuados. Esto se ha comprobado por varios estudios en el caso de Brasil y Perú (Rezende y otros, 1982; McGreevey, 1984; Mesa-Lago, 1988).

Por último en algunos países la administración del seguro social ha sido afectada por corrupción e irregularidades. Una Comisión Bicameral Investigadora del Sistema de Seguridad Social en el Perú analizó las operaciones del seguro en 1973-1982 y publicó 50 informes documentando ilegalidades y negligencias. En la República Dominicana, en 1986, se reportó que el 40% de los servicios de salud del seguro social se prestaba a no asegurados mediante vías ilegales; otro 10% al 15% de los pacientes eran tratados por "interés científico" un porcentaje excesivamente alto (Mesa-Lago, 1985b, 1986c).

**Cuadro 22.** Indicadores Gruesos de Eficiencia Hospitalaria en Algunos Países de América Latina: Entre 1979 y 1985

<i>Países</i>	<i>Sector</i>	<i>Promedios nacionales de:</i>	
		<i>% Ocupación hospitalaria</i>	<i>Días de estada</i>
Argentina (1980)	Público	60.6	7.5-26.9 <sup>e</sup>
Colombia <sup>a</sup> (1984)	Público	56.2	5.4
Costa Rica (1985)	Seguro	81.0	6.3
Cuba (1980)	Público	81.0	9.6
Chile (1985)	Ambos	75.3	8.5
Ecuador <sup>b</sup> (1979)	Ambos	58.0	8.2
México <sup>c</sup> (1982)	Seguro	67.0	4.6
Panamá (1984)	Ambos	67.0	7.0
Perú (1983)	Seguro	71.9	11.0
República Dominicana (1985)	Seguro	51.7	10.4
Uruguay <sup>d</sup> (1984)	Público	81.8	13.3

a. El sector del seguro social tuvo promedios de 61% y 7.3.

b. Dentro del seguro social, en 1981, los promedios fueron 82.7% y 9.3.

c. IMSS; los promedios del ISSSTE fueron 70% y 5.7.

d. Montevideo (excluye crónicos); en el Interior los promedios fueron de 51.2% y 7.9.

e. Variación extrema entre provincias.

*Fuentes:* Banco Mundial, 1987; CCSS, 1985; De Geyndt, 1987; Mesa-Lago, 1984, 1985b, 1986a, 1988; Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; CSSP, 1986; República del Uruguay, 1985.

X. ANALISIS GLOBALES DE LAS DETERMINANTES DEL GASTO DE SALUD. Algunos estudios han tratado de descubrir las variables determinantes del gasto de salud en particular y del seguro social en general en América Latina. Zschock analizó en 18 países (incluyendo 13 latinoamericanos) la relación entre el PIB per capita y el porcentaje del gasto del seguro social de enfermedad sobre el PIB, encontrando que no era significativa (Zschock, 1983). Sin embargo, otros autores (Abel-Smith, Pauker, OIT, Wilensky) han encontrado significativa dicha relación. En un estudio recién concluido en la Universidad de Pittsburgh extendimos el análisis a todo el gasto de seguridad social en 59 países (incluyendo todos los latinoamericanos) y encontramos una correlación positiva y significativa entre las dos variables (a mayor ingreso, mayor gasto). Sin embargo, aunque en toda la región la correlación se mantuvo fuerte, la relación se debilitó entre los países (no-latinoamericanos) de más alto ingreso. Nuestro estudio entonces se concentró en las determinantes del gasto del seguro social sobre el PIB en América Latina y encontró que las tres variables combinadas

**Cuadro 23.** Porcentaje del Gasto Total de Seguro Social sobre el PIB, en 1980, y Extrapolado con Base a Cobertura Universal en América Latina

<i>Países</i>	<i>% Gastos del seguro social/PIB (1980)</i>	<i>% Población total cubierta (1980)</i>	<i>Extrapolación del % gasto/PIB con 100% cobertura población</i>
Argentina	11.9	78.9	15.1
Bolivia	2.9	25.4	11.4
Brasil	5.2	96.3	5.4
Colombia	2.8	15.2	18.4
Costa Rica	7.5	81.5	9.2
Cuba	8.6	100.0 <sup>a</sup>	8.6
Chile	11.0	67.3	16.3
Ecuador	3.7	6.2	59.7
El Salvador	1.3	6.2	21.0
Guatemala	1.6	14.2	11.3
Honduras	0.9	7.3	12.3
México	2.9	53.4	5.4
Nicaragua	2.3	9.1	25.3
Panamá	6.1	49.9	12.2
Paraguay	1.2	18.2	6.6
Perú	2.6	16.6	15.7
República Dominicana	0.7	5.9	11.9
Uruguay	8.1	68.5	11.8
Venezuela	1.3	45.2	2.9

a. Cobertura legal, no hay cifras estadísticas.

*Fuentes:* Basado en Cruz-Saco, Mesa-Lago y Zamalloa, 1988; con modificaciones del autor.

que mejor explican el gasto son: la antigüedad del sistema de seguro social, la cobertura poblacional y los gastos administrativos como porcentaje del gasto total (Cruz-Saco, Mesa-Lago y Zamalloa, 1988).

*c. El Costo de Universalizar la Cobertura*

El costo de extender la cobertura a toda la población con el actual modelo Bismarckiano de seguro social en América Latina no sería económicamente viable en muchos países. El Cuadro 23 extrapola el costo sobre el PIB del gasto total de seguro social (no hay cifras para todos los países sobre el costo desagregado del programa de enfermedad-maternidad) asumiendo que toda la

población fuera cubierta. Debe advertirse que este es un ejercicio grueso, pues supone un aumento proporcional en los gastos actuales. Tres países lograrían la cobertura universal con un porcentaje bajo del PIB: Venezuela (2.9%) y México y Brasil (5.4%). Debe notarse que, en Venezuela y México, sus altos ingresos y PIB por causa del petróleo reducen el costo relativo de la cobertura; por otra parte los programas de extensión rural de Brasil y México han conseguido aumentar la cobertura actual a un costo relativamente bajo y eso explica, en parte, el reducido porcentaje extrapolado de estos dos países. Con porcentajes mucho mayores siguen Cuba (8.6%) y Costa Rica (9.2%) que ya prácticamente cubren a toda la población. Un grupo de países que se aproximan a la cobertura universal pero con alto costo, verían aumentado dicho costo a niveles muy altos: Uruguay (11.8%), Argentina (15.1%) y Chile (16.3%); pero debe tenerse en cuenta que en estos países ya hay programas de salud pública (o del seguro social) para indigentes con servicios razonables a nivel regional por lo que la extrapolación exagera el costo (esta observación también se aplica a Costa Rica). En varios de los países menos desarrollados de la región el costo extrapolado de la cobertura universal es obviamente intolerable: Ecuador (59.7%), Nicaragua (25.3%), El Salvador (21%), Colombia (18.4%), Perú (15.7%). De ahí que la reforma del modelo de seguro social y de la atención de la salud debe buscar vías para obtener la cobertura universal a un costo económicamente viable para los países.

---

## 7. Recomendaciones

Las recomendaciones técnicas elaboradas en las últimas tres décadas por organismos internacionales/regionales y expertos (AISS, OIT, OMS, OPS) para hacer frente a los problemas que existen en el financiamiento de la atención de la salud son numerosas y reiteradas pero su aplicación exitosa en América Latina y el Caribe no es tan abundante. Sin restar importancia a los problemas económicos obvios, parece que la existencia (o ausencia) de voluntad y poder políticos ha sido crucial en ejecutar (o evitar) las reformas necesarias. Con frecuencia, el consejo general para la región o específico para la nación ha sido simplemente ignorado o pospuesto indefinidamente o aparentemente seguido a través de leyes o disposiciones administrativas inoperantes o mediante la formación de comisiones que en definitiva no han resuelto los problemas. A menudo los grupos de interés se han opuesto con éxito a las reformas a fin de conservar el status quo. Por último, los conflictos personales y políticos entre los dirigentes del ministerio de salud y el seguro social en muchos países son tradicionales y, salvo contadas y honrosas excepciones, continúan a pesar de la tendencia hacia el acercamiento de ambas instituciones propiciado por los organismos internacionales (OIT y OMS/OPS).

La crisis económica de la década en curso ha reducido el gasto público en salud, paralizado la inversión (con el consiguiente deterioro de instalaciones y equipo), estancado o reducido la cobertura y el ingreso real del seguro social de enfermedad (agravando su déficit tradicional), cortado los presupuestos de los programas de extensión rural de este último y aumentado el número de personas en el sector informal, dispuestos y desempleados que requieren asistencia pública de salud. Se reporta deterioro o estancamiento en los niveles de salud en algunos países pero el impacto negativo más fuerte está aún por ocurrir (Banco Mundial, 1986a; CEPAL, 1986b; Musgrove, 1986a). La crisis pues representa un serio obstáculo en muchos países latinoamericanos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 pero también ha aumentado la presión para que los gobiernos introduzcan los cambios necesarios. La solución de la crisis económica regional requiere la cooperación internacional a fin de aliviar el peso del servicio de la deuda, reactivar la ayuda y el crédito externos y mejorar los precios de las materias primas exportadas por la región. La recuperación económica generaría empleo productivo, expandiría de nuevo el sector formal, aumentaría el ingreso real y reduciría el desempleo, lo que ayudaría notablemente al sector salud. Pero los expertos concuerdan que esta recuperación no se vislumbra en los próximos años. De forma que es ilusorio esperar que la solución del problema se base en la recuperación económica a corto plazo y, mientras más se posponga la acción, más caro costará el remedio. Dentro de este contexto, el papel de organizaciones financieras internacionales como el Banco Mundial, el BID y la USAID es fundamental para impulsar y facilitar la reforma.

Las recomendaciones que siguen son de carácter general pues, existiendo unos 34 países en la región con diversos niveles de desarrollo y perfiles de salud, no es posible individualizar aquéllas. A este efecto me remito a los estudios de países que se listan en la bibliografía al final de este estudio.

#### *a. Mejoras en la Organización*

Aunque el sector de salud pública normalmente se incluye en los planes nacionales en la región esto raramente ocurre con el seguro social de enfermedad y, en los poquísimos casos en que se incluye, no hay medidas efectivas para coordinar la política de ambos sectores dentro del plan. Una primera acción, por tanto, debe ser la elaboración de un plan de salud que incorpore ambos sectores, con políticas específicas, un plan maestro financiero y la identificación de metas concretas con la consiguiente evaluación de costos y recursos para implantarlas (OMS, 1987). El plan debería coordinar las políticas públicas de salud, con las del seguro social, así como también con las políticas de nutrición, empleo, educación y distribución. La realización de metas clave, como la cobertura universal, la integración o coordinación de los servicios de salud, la mejor distribución regional de recursos/servicios y la introducción de fuentes alternativas o suplementarias de financiamiento, exigen un esfuerzo nacional concertado, el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones técnicas que únicamente pueden tener éxito mediante la planeación nacional.

La primera prioridad debería ser la integración o alta coordinación de los servicios de salud del ministerio y el seguro social. Nuevos términos—menos conflictivos—propuestos para tratar de evitar la dicotomía integración/coordinación son “articulación progresiva” y “armonización funcional”. Pero como apunta un experto de la OPS, ya es hora de convertir en realidad la teoría elaborada en un cuarto de siglo, a cuyo efecto deben elaborarse programas específicos, dinámicos y funcionales para operacionalizar la reforma (Castellanos, 1985). El nudo del problema es cómo articular funcional y progresivamente los recursos/servicios existentes de ambos organismos en un área geográfica determinada así como planear recursos integrados/coordinados para el futuro. A ese efecto hay que diseñar unidades básicas conjuntas de administración del sistema de atención de la salud.

Existen en la región ejemplos exitosos de integración o alta coordinación de sistemas de provisión directa que podrían servir como ejemplo, tratando de emular sus aspectos positivos y evitar sus defectos. La integración bajo el ministerio de salud se ha logrado (o existía de origen) en el Caribe no latino, Cuba y Nicaragua; mientras que una coordinación avanzada centrada en el seguro social existe en Costa Rica y, en menor grado, en Panamá. Con respecto a la provisión indirecta a través del sector privado hay experimentos importantes en Brasil y Chile, pero no hay consenso entre los especialistas sobre si este enfoque realmente ha reducido los costos y constituye una solución eficiente y equitativa.

De igual importancia que la integración/coordinación es el cambio en la filosofía o enfoque general de la salud: de medicina curativa a atención primaria. A ese efecto debe haber una distribución más equitativa y racional de los recursos públicos dedicados a la salud, teniendo en cuenta el perfil patológico

del país. En la mayoría de los países esto significaría asignar más recursos a la vacunación y control de enfermedades inmuno-prevenibles, al suministro de agua potable e instalaciones sanitarias, a suplementos en la nutrición, a una mejor atención de la población materno-infantil, a mejorar los servicios a nivel primario (como postas de salud y ambulatorios), a la educación sobre higiene y salud, y a entrenar y contratar personal paramédico y médico auxiliar. Chile ofrece una experiencia reciente de como, a pesar de una reducción del gasto de salud, se puede disminuir la mortalidad infantil implantando al menos parte de la reorientación indicada.

### *b. Ampliación de la Cobertura Poblacional*

De acuerdo con cálculos presentados en este y otros trabajos, aproximadamente el 40% de la población regional no tiene acceso adecuado a los servicios de salud y, al menos en diez países, esa cifra puede elevarse a un 60% o más. Cómo proteger a esa población dentro de las restricciones financieras agravadas por la crisis económica es el reto fundamental que enfrentamos. De ahí que es necesario identificar con precisión el grupo sin acceso, sus características y restricciones, así como determinar el costo de la extensión bajo varias alternativas, y como hacerla en términos de la integración/coordinación entre los dos organismos principales.

La universalización implicaría en la mayoría de los países incorporar a: el sector rural, el urbano-marginal, las regiones menos desarrolladas, los trabajadores por cuenta propia, el sector informal y otros grupos de bajo ingreso o sin ingreso. Nótese que países con recursos relativamente escasos han logrado o están cercanos a este objetivo (vr.gr., Costa Rica, Cuba, varios en el Caribe no latino) mientras que países con recursos mucho más abundantes no lo han conseguido (vr.gr., Venezuela). En la mayoría de los países, la cobertura universal sería imposible al mismo nivel de prestaciones, calidad de servicios y tecnología que actualmente disfruta una minoría de la población bajo el seguro social, puesto que el costo en término del porcentaje del PIB sería intolerable.

Algunos expertos han planteado el triage (selección, entre varias alternativas difíciles, de la que salvaría más vidas) como solución administrativamente racional, económicamente viable y socialmente equitativa: en la opción entre alta tecnología para unos pocos y baja tecnología para todos, esta última es su elección (McGreevey y otros, 1984). En este caso, los que tienen recursos pueden pagar una atención mejor pero haciéndolo con sus propios fondos en vez de recibir subsidios públicos. Otra alternativa, cuando la anterior no fuera políticamente viable, sería establecer un sistema dual, manteniendo el nivel de atención del sector ya cubierto y otorgando cobertura de atención primaria para el sector no protegido. Esta es la alternativa seguida por los países que tienen programas de seguro social o asistencia que cubren a parte del sector rural (vr.gr., en Brasil, México y Ecuador). Pero la actual crisis económica parece indicar que, cuando hay restricciones del gasto, esos son los primeros programas que se reducen. Más justo sería en estos casos hacer una distribución más equitativa de los cortes presupuestales que afectara también al sector cubierto con acceso a los mejores servicios. Es obvio pues, que la meta de la



cobertura universal requiere cambios importantes en cuanto al financiamiento y a los servicios o prestaciones.

### *c. Aumento en los Ingresos*

Dentro del esquema del seguro social, para lograr la cobertura universal y eliminar los déficit financieros es imprescindible aumentar los ingresos y la eficiencia. En primer lugar habría que maximizar la recaudación del ingreso potencial bajo el modelo en operación. Es necesario mejorar las técnicas de registro, control, inspección, auditoría y estadísticas para eliminar/reducir la evasión y la mora. Todo el ingreso debería ser considerado como base para la cotización incluyendo los beneficios marginales del salario, y eliminarse el tope de cotización. Cuando un número importante de empleados son evasores o están muy atrasados en sus pagos, debería ejecutarse la ley con vigor aplicando las sanciones necesarias; y si se efectuaran convenios de pago con evasores y morosos, debería controlarse su ejecución y procesarse a los violadores. Cuando el Estado evade o demora el pago de obligaciones financieras excesivamente onerosas, sería prudente considerar una reducción del aporte estatal a niveles más realistas a cambio del pago de los adeudos y el aporte puntual en el futuro.

El sistema de reparto simple anual es adecuado para financiar el programa de enfermedad-maternidad pero deben tomarse en cuenta los gastos de capital. Las transferencias de los fondos de pensiones para compensar los déficit de los programas de enfermedad, se consideran generalmente incorrectas, debido a sus consecuencias negativas a largo plazo para los pensionados. Otro punto de vista plantea que, sin dichas transferencias, algunos países hubieran sido incapaces de alcanzar la meta prioritaria de la cobertura universal de la salud. Además, las reservas del fondo de pensiones podrían ser utilizadas en otras formas igualmente de bajo rendimiento en lo financiero, pero socialmente menos deseables (por ejemplo, para cubrir déficit estatales, o financiar viviendas o préstamos personales para una minoría de ingreso medio y alto), dando como resultado una crisis financiera similar. Yo considero que los fondos del programa de pensiones deben ser invertidos eficientemente y que el programa de enfermedad debe equilibrarse sin acudir a estas transferencias que, a la larga, se terminarán. Así que es positiva la medida tomada por varios países en la década actual prohibiendo dichas transferencias.

Las anteriores medidas podrían equilibrar las finanzas del seguro social de enfermedad en cuanto al grupo cubierto pero difícilmente financiarían la extensión de la cobertura a grupos de ingreso inferior. Dentro del actual modelo de cotización salarial, ya se ha visto que los asegurados aportan aproximadamente una tercera parte de los ingresos y, por tanto, hay razones de equidad para incrementar su contribución, pero políticamente esto es difícil especialmente en tiempos de crisis. Un aumento de la cotización del empleador, a más de enfrentar un problema político similar, podría provocar consecuencias económicas negativas como la sustitución de mano de obra por capital o tener un efecto regresivo en la distribución. Teóricamente la sustitución del sistema de cotización salarial por un impuesto neutro tendría efectos positivos sobre el empleo, mayor competitividad de las exportaciones, etc., y podría generar mayores recursos para la extensión. Pero existe una controversia sobre cuál tipo

de impuesto debería usarse y sobre la viabilidad del sistema impositivo como substitutivo de la cotización salarial en muchos países de la región. Zschock (1979) sostiene que en los países menos desarrollados con escasa dotación de recursos, el cambio hacia un impuesto general no sería realista, por tanto, estos países deberían conservar una variedad de fuentes financieras. La AISS ha recomendado cautela en la substitución de la cotización salarial por un impuesto al valor agregado en aquellos países con imperfecciones en el sistema fiscal y falta de evaluación sobre el resultado de dicho impuesto (Moles, 1985). Kornevall (1977) en su estudio sobre Chile y Venezuela, ha demostrado que el impuesto al valor agregado (IVA) no acrecentaría el costo para el asegurado, el empleador o el Estado y tendría efectos positivos en el empleo, la producción, la productividad y la distribución. Por lo contrario, Castro (1982) ha sugerido efectos negativos del IVA como la inflación y la reducción del ingreso real. Tamburi (1981) ha cuestionado la eficacia del IVA, y señalado que requeriría un importante incremento en los niveles impositivos y que podría ocasionar otros efectos secundarios no deseables. Wilson (1986) ha refutado varias de estas críticas y concluido, en base a un estudio de México, que las ventajas del IVA son mayores en vista a las deficiencias del sistema de cotización salarial. Obviamente no hay consenso en este campo y más investigación es necesaria.

Otro punto de debate lo constituye el de que si los servicios de salud deben ser totalmente gratuitos o si una parte de los costos debe ser cubierta por los usuarios. Se tiene evidencia convincente de que cuando las consultas médicas o los medicamentos son gratuitos existe una tendencia a usarlas con exceso. Un serio problema en contra del cobro de una cuota mínima es que ésta discriminaría contra los usuarios de bajo ingreso (AISS, 1982). Esto podría evitarse eximiendo del pago o cobrando menos a los que están por debajo de ciertos niveles de ingresos. A su vez, esto se ha criticado porque complicaría el sistema de cuotas a los usuarios al tener que hacer pruebas de ingreso y establecer tarifas diferenciadas. Otro enfoque diferente no discrimina las cuotas en cuanto al ingreso de los usuarios pero si en cuanto al tipo de servicio susceptible de imponerle una cuota (De Ferranti, 1986). Por último, existe la alternativa, al menos dentro del seguro social, de dar la libertad al asegurado de optar por servicios fuera del seguro pero sólo reembolsarle una parte, por lo que en la práctica aquél pagaría una cuota aunque, claro está, por un servicio superior (Tamburi, 1985).

Una mayor ayuda externa para los países menos desarrollados ciertamente ayudaría a alcanzar la universalización de la cobertura siempre y cuando dicha ayuda no substituya a los recursos nacionales y se busquen formas más eficientes para vincularla a la realización de dicho objetivo. Para evitar el papeleo excesivo y duplicaciones costosas se requeriría una mejor coordinación de la ayuda internacional.

#### *d. Reducción de Costos*

Los gastos de la atención de salud podrían reducirse por medio de los cambios en énfasis mencionados en este estudio: de atención médica curativa a preventiva, de servicios médico-hospitalario intensivos de capital a atención primaria de la salud, de hospitales a ambulatorios y puestos de salud

(combinados con los necesarios servicios mínimos de referencia y auxiliares) y de personal médico a paramédico. Otra forma de recortar gastos sería producir medicamentos en el país y utilizar medicamentos genéricos y un petitorio básico; en este sentido, resulta alentador el desarrollo de laboratorios farmacéuticos en varios países de la región. Para reducir los costos también se han sugerido la compra de productos al mayoreo a través de un sistema ágil de subasta pública y el establecimiento de servicios de ingeniería, construcción y conservación (AISS, 1982).

Los gastos administrativos anormalmente altos en el seguro social, el desperdicio y la corrupción deben ser combatidos con mejores controles presupuestales y auditorías, ejecución de leyes, aplicación de sanciones fuertes y campañas educativas. Por cuanto el gasto de personal es el principal renglón del presupuesto éste tiene que ser objeto de reducción mediante la congelación del empleo (cuando no sea factible políticamente el despido inmediato del personal innecesario), el entrenamiento y la eliminación de beneficios marginales exagerados que constituyen un privilegio. Planes de emergencia introducidos recientemente en algunos países para reducir el gasto en el seguro social de enfermedad (vr.gr., en Costa Rica, Perú), parecen haber tenido éxito en equilibrar las finanzas de dicho programa.

Las prestaciones de "lujo" del seguro social de enfermedad deben ser eliminadas y las condiciones de adquisición de derecho revisadas; en materia de subsidios por enfermedad, el pago de un 100% sobre el salario debe reducirse para evitar abusos. Tanto el seguro social como el ministerio de salud deben aumentar el porcentaje de ocupación hospitalaria y disminuir la estada a niveles más razonables; ésto reduciría la necesidad de ampliar instalaciones al menos por un tiempo; los recursos disponibles podrían invertirse en mejorar los servicios existentes a fin de hacerlos más atractivos a los usuarios. En los países que utilizan el sistema indirecto de provisión de servicios de salud hay que introducir (o reforzar) controles para evitar el suministro de servicios no necesarios y la sobre-facturación o facturación de servicios no proporcionados (OIT/PNUD, 1981; Rezende y otros, 1982; McGreevey y otros, 1984).

La auto-ayuda comunitaria parece ser una forma efectiva de reducir costos en varios países (por ejemplo, Colombia, Cuba, Panamá), en lo referente a construcción de edificios, inmunización, control de enfermedades contagiosas, desarrollo de instalaciones sanitarias y educación higiénica (Kadt, 1982). Pero también ha sido objeto de crítica el mal uso que se ha hecho de los programas comunitarios por ciertos organismos internacionales (Ugalde, 1985).

#### *e. Investigación y Educación*

Este estudio ha demostrado la falta de estadísticas completas, precisas y actualizadas sobre cobertura, financiamiento y gastos de la atención de salud, así como la carencia de datos sobre aspectos organizativos de este programa. Aunque la información disponible sobre los sistemas de salud de países individuales ha aumentado notablemente en los últimos años, aún se dispone de escasa información sobre vastas áreas geográficas, como el Caribe no latino y de países importantes como Venezuela y Uruguay, así como de la mayoría de los países menos desarrollados.

Para el futuro se sugieren los siguientes tópicos de investigación: (a) cálculo del costo para lograr la cobertura universal en varios países, y evaluación de la eficiencia y costo de los modelos no convencionales de extensión de la cobertura poblacional (eg., FUNRURAL, COPLAMAR, Seguro Social Campesino); (b) evaluación de la eficiencia comparativa en la administración y costos de los servicios de salud del sector público, seguro social y privado, así como de los sistemas de provisión directa en comparación con la indirecta; (c) determinación de acciones concretas e incentivos para la integración de servicios de salud de los sectores público y de seguro social; (d) estudio de los costos de oportunidad de la inversión en salud en comparación con la inversión de otros sectores (vr.gr., nutrición); (e) análisis de las ventajas/desventajas y viabilidad de substituir la cotización salarial por otro tipo de impuesto como fuente de financiamiento para la atención de la salud; (f) estudios de mecanismos específicos para reducir/controlar la evasión/mora de empleadores y asegurados; (g) evaluación de la conveniencia y efectos de introducir contribuciones de los usuarios; (h) estudio de la relación costo-beneficio de la producción nacional versus las importaciones de productos farmacéuticos y equipo médico; (i) análisis de las desigualdades en la distribución de servicios de salud entre regiones geográficas y entre grupos de ingresos y del impacto global de la atención de la salud en la distribución del ingreso (sobre este último, el análisis del ECIEL sobre el impacto del sector público en cinco países es un avance importante, pero es necesario realizar estudios que tengan en cuenta también el impacto del seguro social). (Para otros tópicos de investigación ver Russell y Zschock, 1986.)

Las sugerencias respecto a la educación incluyen: (a) campaña en los medios masivos de comunicación para educar al público sobre las razones, necesidad y efectos benéficos de la reforma de la atención de la salud; (b) educación masiva sobre conducta e higiene para la salud; (c) mayor utilización de los sistemas de información tradicionales para difundir información sobre atención de la salud; (d) educación de los médicos en la medicina preventiva y en la conveniencia y ventajas del empleo de paramédicos; y (e) mejores facilidades de capacitación e incentivos económicos para los paramédicos.

---

## Bibliografía

El autor agradece la ayuda que recibió en la compilación de la bibliografía para la primera versión de este estudio de su entonces asistente de investigación Eduardo Gamarra, hoy Profesor en Florida International University.

Acuña, Jorge, Arán, Daniel y otros, "Perfil del sector salud de la República Oriental del Uruguay: Su financiamiento y problemas", Seminario sobre Financiamiento del Sector Salud en América Latina, Brasilia, Banco Mundial/OPS, octubre de 1987.

Acuña, Héctor R., *Hacia el año 2000: La búsqueda de salud universal en las Américas*, Washington, D.C., OPS, no. 435, 1983.

Arán, Daniel, "Financiamiento del sector salud en Uruguay", Montevideo, CELADU, febrero de 1986.

Arellano, José Pablo, "Gasto público en salud y distribución del ingreso" en *Salud pública y bienestar social*, Livingston y Raczynski, eds., Santiago, Centro de Estudios de Planificación Nacional (CIEPLAN), 1976.

\_\_\_\_\_. *Políticas sociales y desarrollo: Chile 1924-1984*, Santiago, CIEPLAN, 1985.

\_\_\_\_\_. *La salud en los años 80: Análisis desde la economía*, Santiago, CIEPLAN, 1987.

Arroba, Gonzalo, "El problema de la salud y la seguridad social", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 13 (1975):17-26.

\_\_\_\_\_. "La financiación de la seguridad social en los países en desarrollo", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 29 (1979):5-31.

Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), "Métodos de financiamiento de la seguridad social: Sus efectos económicos y sociales," Ginebra, *Estudios de Investigación*, no. 15, 1979.

\_\_\_\_\_. "Evolución y tendencia en la seguridad social 1979-1980", XX Asamblea General de la AISS, Manila, 28 de octubre al 6 de noviembre, 1980a.

\_\_\_\_\_. "Relaciones entre la evolución de los gastos de salud y el tipo de organización de la asistencia médica", Informe de la Comisión Permanente de las Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad, por E. Dalimo, XX Asamblea General de la AISS, Manila, 28 de octubre al 6 de noviembre, 1980b.

\_\_\_\_\_. "Financiamiento y control de costos de los servicios de atención médica", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 42 (1982):5-21.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Progreso económico y social en América Latina 1987*, Washington, D.C., 1987.

- Banco Mundial, *Poverty in Latin America: The Impact of Depression*, Washington, D.C., September, 1986a.
- \_\_\_\_\_. *World Development Report 1986 y 1987*, Washington, D.C., Oxford University Press, 1986b y 1987a.
- \_\_\_\_\_. *Argentina: Population, Health and Nutrition Report*, Washington, D.C., octubre, 1987b.
- Betanco Estrada, Bismarck, "El financiamiento del seguro social como un instrumento de política y bienestar en Nicaragua", México, D.F., CIESS, 1985.
- "Brasil: Algunos aspectos do gasto e financiamento do sector saúde", en Seminario sobre Financiamiento del Sector Salud en América Latina, Brasilia, Banco Mundial y OPS, octubre, 1987.
- Brenes, Jorge, "Costo e investigación económica aplicados a los seguros de enfermedad y maternidad, consideraciones preliminares", *Seguridad Social*, no. 89 (1974):95-112.
- Briceño, Edgar y Méndez, Eduardo, "Salud pública y distribución del ingreso en Costa Rica", *Revista Ciencias Económicas*, 1:2, 2:1-2 (1982):49-69.
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), "Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense", VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, junio, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Anuario Estadístico 1984 y 1985*, San José, 1986 y 1987.
- \_\_\_\_\_. *Memoria 1983 y 1984*, San José, 1985 y 1986.
- Caja de Seguro Social de Panamá (CSSP), *Compendio Especial Estadístico Años 1975-1984*, Panamá, 1986.
- Castellanos, Jorge, "La extensión de servicios de salud y la seguridad social", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 27 (1978):33-83.
- \_\_\_\_\_. "La atención médica a los pensionados en la seguridad social, región de las América", Informe de la Organización Panamericana de la Salud en la Primera Conferencia Regional de la AISS, Ottawa, 22-26 de mayo, 1979.
- \_\_\_\_\_. "Políticas y metas regionales de salud", 1982, y "Coordinación entre las entidades del sector público que prestan servicios de atención de salud", 1985, en OIT, *Atención primaria y estrategias de salud...*, 1985.
- Castro Gutiérrez, Alvaro, "Consideraciones preliminares para un estudio del financiamiento de la seguridad social en América Latina", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 40 (1982):5-28.
- Clement, Michel, "Las causas del incremento de los gastos del seguro de enfermedad en materia de prestaciones", *Seguridad Social*, nos. 85-86 (1974):3-20.
- Comisión Americana Jurídico-Social, "Financiamiento y extensión de la seguridad social", *Seguridad Social*, nos. 129-130 (1981):203-236.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 1985*, Santiago, 1986a.
- \_\_\_\_\_. "El impacto de la crisis económica en el campo de la salud: Problemas y alternativas en las Américas", Lima, noviembre, 1986b.
- Comité Estatal de Estadística, Dirección de Demografía, *Encuesta demográfica nacional 1979*, La Habana, 1981.
- Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social (CETSS), *La seguridad social en Cuba*, La Habana, s.f.
- COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000: Salud*, México, D.F., Siglo XXI, 1983.
- De Ferranti, David, *Paying for Health Services in Developing Countries*, Washington, D.C., World Bank Staff Working Papers, no. 721, 1985.
- \_\_\_\_\_. "El pago por servicios de salud en países en desarrollo: Un enfoque realista", *Foro Mundial de la Salud*, no. 6 (1986):115-122.
- De Geyndt, W., "Chile SALIII: Health Sector", Washington, D.C., World Bank, agosto de 1987.
- De Jardin, Jerome, "Las causas generales del incremento de los gastos del seguro de enfermedad", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 3 (1972):5-22.
- \_\_\_\_\_. "Investigación de las causas del costo de las prestaciones de salud", *Seguridad Social*, no. 89 (1974):63-93.
- De Márquez, Viviane B., editor, "Salud, estado y sociedad", *Estudios Sociológicos*, 2:5-6 (marzo-diciembre 1984).
- Diéguez, Héctor, "La seguridad social en América Latina, reflexiones sobre sus características y problemática", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 33 (1980):61-91.
- "Ecuador", Seminario sobre Financiamiento del Sector de Salud en América Latina, Brasilia, Banco Mundial/OPS, octubre de 1987.
- Frank, Beryl, *La seguridad social en América Latina*, Washington, D.C., OAS, 1982.
- Green, Dianne W., "Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica", Ph.D. Dissertation, University of Pittsburgh, 1977.
- Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS), *Estadísticas de la Seguridad Social Boliviana*, 1981, La Paz, s.f.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), *Informe de Labores 1983-1985*, Guatemala, s.f.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social, *Memoria Estadística 1977/1984*, Tegucigalpa, s.f.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSB), *Memoria 1983*, Managua, s.f.

- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), *Estadísticas 1981*, San Salvador, s.f.
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), *Memoria 1983*, Caracas, s.f.
- Isuani, Ernesto A., "Seguridad social y asistencia pública", en *La crisis de la seguridad social...*, C. Mesa-Lago, editor, 1986, capítulo 3.
- \_\_\_\_\_ y Mercer, Hugo. "La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina", *Boletín Informativo Techint*, no. 244, septiembre-diciembre, 1986.
- \_\_\_\_\_ y Mesa-Lago, Carmelo. "La seguridad social en Panamá: avances y problemas", Santiago, ILPES, 1981.
- Jaramillo Antillón, Iván, *Los problemas de la salud en Costa Rica: Políticas y estrategias*, San José, Ministerio de Salud, 1984.
- \_\_\_\_\_ y Miranda, Guido. *La integración de servicios de salud en Costa Rica*, San José, Ministerio de Salud, 1985.
- Kadt, Emmanuel de, "Community Participation for Health: The Case of Latin America", *World Development*, 10:7 (1982):573-584.
- Kornevall, Christian, "Un cambio en el financiamiento de la seguridad social y sus efectos en el empleo", *El Trimestre Económico*, 44:2 (abril-junio 1977):455-482.
- La Forgia, Gerard M., *Local Organizations for Rural Health Care in Panama*, Ithaca, Cornell University, 1985.
- López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, México, D.F., Siglo XXI, 1980.
- Macedo, Roberto, "Previdencia social: da crise atual as crises futuras", Departamento de Economía, Universidad de Sao Paulo, 1982.
- Malloy, James, *The Politics of Social Security in Brazil*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1979.
- \_\_\_\_\_ y Borzutzky, Silvia. "Politics, Social Welfare Policy, and the Population Problem in Latin America", *International Journal of Health Services*, 12:1 (1982):77-98.
- McGreevey, William, Gomes Pinto, Víctor y otros, *Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: Uma perspectiva internacional*, Brasilia, IPEA, 1984.
- \_\_\_\_\_ y otros. "Policies for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil", Washington, D.C., World Bank, PHND, abril 1987.
- Merhoff, Ricardo, "Financiamiento del sector salud en Uruguay", Montevideo, 1986.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978. (Versión española abreviada: *Modelos de Seguridad Social en América Latina: Estudio Comparativo*, Buenos Aires, Asociación Interamericana de Planificación, 1977).



- \_\_\_\_\_. "Social Security and Extreme Poverty in Latin America", *Journal of Development Economics*, no. 12 (1983a):83-110.
- \_\_\_\_\_. "Financing Health Care in Latin America and the Caribbean with a Special Study of Costa Rica", Washington, D.C., World Bank, PHND, marzo, 1983b.
- \_\_\_\_\_. "Social Security in Ecuador", Washington, D.C., World Bank, diciembre de 1984.
- \_\_\_\_\_. "Financiamiento de la salud en América Latina y el Caribe", México, D.F., CIESS, 1985a.
- \_\_\_\_\_. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, Santiago de Chile, Estudios e Informes de la CEPAL, no. 43, 1985b.
- \_\_\_\_\_. editor, *La crisis de la seguridad social y la salud: Experiencias y lecciones latinoamericanas*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1986a.
- \_\_\_\_\_. "Estudio comparativo del desarrollo de la seguridad social en América Latina", *Revista Internacional de Seguridad Social*, 39:2 (1986b):147-171.
- \_\_\_\_\_. "Exploratory Visit to the Dominican Republic to Review the Field and Identify Health Financing Studies", University of New York at Stony Brook, HCF/LAC, junio, 1986c.
- \_\_\_\_\_. "Atención de salud en Costa Rica: Auge y crisis", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 102:1 (1987a):1-18.
- \_\_\_\_\_. "Social Security in Bahamas, Barbados and Jamaica", Ginebra, OIT, julio, 1987b.
- \_\_\_\_\_. "Medical Care Under Social Security: Costs, Coverage and Financing", en *Health Care in Peru*, D.K. Zschock, editor, 1988.
- \_\_\_\_\_ y De Geyndt, W.. "Colombia: Social Security Review", World Bank, HRD, septiembre, 1987.
- \_\_\_\_\_ y Cruz-Saco, M.A. y Zamalloa, L.. "Determinants of Social Insurance/Security Costs and Coverage: An International Comparison with a Focus on Latin America", University of Pittsburgh, 1988.
- Ministerio de Previsión y Asistencia Social (MPAS), *El modelo de previsión*, Brasilia, AAGS Ind. Gráficas, 1979.
- Ministerio de Salud Pública, *La situación de la salud en el Ecuador, 1962-1985*, Quito, 1987.
- Moles, Ricardo, "Contribuciones de la AISS al estudio de los problemas de financiamiento de la seguridad social en América Latina", *Seguridad Social*, 34:155-156 (1985):151-161.
- Musgrove, Philip, "Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina", *Cuadernos de Economía*, no. 66 (agosto 1985a):293-305.
- \_\_\_\_\_. "The Economic Crisis and Its Impact on Health Care in Latin America and the Caribbean", Washington, D.C., OPS, enero, 1986a.

- \_\_\_\_\_. "El efecto de la seguridad social y la atención a la salud en la distribución del ingreso", en *La crisis de la seguridad social...*, C. Mesa-Lago, ed., 1986b, capítulo 6.
- \_\_\_\_\_. "Seminario sobre Financiamiento de la Salud en América Latina", Brasilia, Banco Mundial/OPS, octubre, 1987.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT), "Informe de la reunión de expertos sobre el aumento de los gastos de asistencia médica de la seguridad social", Ginebra, mayo, 1977.
- \_\_\_\_\_. *El costo de la seguridad social: Novena encuesta internacional, 1972-1974*, Ginebra, 1979.
- \_\_\_\_\_. *El costo de la seguridad social: Décima encuesta internacional, 1975-1977*, Ginebra, 1981.
- \_\_\_\_\_. *El costo de la seguridad social: Undécima encuesta internacional, 1978-1980*, Ginebra, 1985a.
- \_\_\_\_\_. *Anuario de Estadísticas del Trabajo, 1985*, Ginebra, 1985b.
- \_\_\_\_\_. Organización Panamericana de Salud (OPS) y Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), *Atención primaria y estrategias de salud en la seguridad social en América Latina*, Ginebra, 1986.
- \_\_\_\_\_ y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (por Peter Thullen). "Previsión social del Brasil: Política social, informe preparado para el Gobierno del Brasil", Ginebra, 1981.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, Ginebra, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Economic Support for National Health for All Strategies: 40th WHO Assembly*, Ginebra, mayo, 1987.
- Organización de Naciones Unidas (ONU), *Anuario Demográfico 1984*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Discusiones técnicas", Washington, D.C., septiembre-octubre, 1977.
- \_\_\_\_\_. "Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria", Washington, D.C., no. 156, 1978.
- \_\_\_\_\_. "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y la salud pública", Washington, D.C., 1981.
- \_\_\_\_\_. "Coordination of Social Security and Public Health Institutions", Washington, D.C., 99th Meeting, junio, 1987.
- Peñate Rivero, Orlando y Lugo Machado, Ismael, "Acerca del financiamiento de la seguridad social en Cuba", México, D.F., CIESS, 1985.
- Petrei, A. Humberto, *El gasto público social y sus efectos redistributivos: Un examen comparativo de cinco países de América Latina*, Río de Janeiro, ECIEL, no. 6, 1987.

- PREALC, *Dinámica del subempleo en América Latina*, Santiago, Estudios e Informes de la CEPAL, no. 10, 1981.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, *Análisis financiero del sector salud 1984 y 1985*, Bogotá, D.E., 1985 y 1986.
- República de Cuba, Comité Estatal de Estadística, *Anuario Estadístico de Cuba 1985*, La Habana, 1986.
- República Oriental del Uruguay, BPS, *Boletín Estadístico*, 8:27 (junio 1987).
- \_\_\_\_\_. *Anuario Estadístico Uruguay 1985*, Montevideo, 1985.
- Rezende, Fernando, "Redistribution of Income Through Social Security: The Case of Brazil", 31st. Congress of the Institute of Public Finance, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Financiamiento de las políticas sociales*, Santiago, ILPES-UNICEF, 1983.
- \_\_\_\_\_. y Mahar, Dennis. "Salud y previsión social: un análisis económico", Río de Janeiro, IPEA, 1974.
- \_\_\_\_\_. y otros. "Os custos da assistência médica e a crise financeira de previdência social", *Dados*, 25:1 (1982):25-43.
- Rochwerger, David, "Costa Rica: Análisis socioeconómico del sector salud", San José, Development Technologies, Inc., diciembre 1987.
- Rodríguez Grossi, Jorge, "El acceso a la salud, la eficacia hospitalaria y la distribución de los beneficios de la salud pública", *Cuadernos de Economía*, no. 66 (agosto 1985):267-291.
- Rodríguez V. Adrién, "El gasto público en salud y su impacto en la distribución del ingreso familiar: Costa Rica 1982", Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, no. 100, diciembre, 1986.
- Roemer, Milton, *Medical Care in Latin America*, Studies and Monographs III, Washington, D.C., Pan American Union, 1964.
- \_\_\_\_\_. "Development of Medical Service Under Social Security in Latin America", *International Labour Review*, 108:1 (1973):1-23.
- \_\_\_\_\_. "Does Social Security Support for Medical Care Weaken Public Health Programs?", *International Journal of Health Services*, 6:1 (1976):69-78.
- Rosenberg, Mark, "The Politics of Health Care in Costa Rica: Social Security Policy Making, 1941-1975", Ph.D. Dissertation, University of Pittsburgh, 1976.
- Russell, Sharon S. y Zschock, Dieter K., "Health Care Financing in Latin America and the Caribbean: Research Review and Recommendations", Stony Brook, State University of New York at Stony Brook, HOFLAC, no. 1, 1986.
- Scarpaci, Joseph L., *Primary Health Care in Chile: Accessibility Under Military Rule*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1988.
- Schwarz, Manfred, *Social Security in Brazil*, Río de Janeiro, ILDES, 1982.

- Siren, P., "Problemas de financiación de los regímenes de seguridad social durante los Períodos de recesión económica e inflación", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 34 (1980):50-60.
- Suárez, José y otros, *La situación de la salud en el Ecuador, 1962-1985*, Quito, Ministerio de Salud Pública, abril, 1987.
- Superintendencia de Seguridad Social, *Costo de la Seguridad Social Chilena 1979 y 1985*, Santiago, Chile, 1981 y 1987.
- Tamburi, Giovanni, "Valuación actuarial en las instituciones de seguridad social", XII Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Santo Domingo, República Dominicana, 17-21 de marzo, 1980.
- \_\_\_\_\_. "Social Security Financing: What Next?", *Benefits International* (julio 1981):7-12.
- \_\_\_\_\_. "Perspectivas futuras de la seguridad social en América Latina", *Seguridad Social*, nos. 137-138 (1982a):69-80.
- \_\_\_\_\_. "Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud de la seguridad social en América Latina", 1982b, en OIT, *Atención Primaria y Estrategias de Salud...*, 1985.
- \_\_\_\_\_. "La seguridad social en la América Latina: Tendencias y perspectiva", en *La crisis de la seguridad social...*, C. Mesa-Lago, ed., 1986, capítulo 2.
- Ugalde, Antonio, "Strategies to Increase Productivity at Lower Costs: The Economics of Rural Health Care in the Dominican Republic", *Social Science and Medicine*, 19:4 (1984):441-450.
- \_\_\_\_\_. editor, "Health and Social Science in Latin America", *Social Science and Medicine*, 21:1 (1985).
- \_\_\_\_\_. "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en *La crisis de la seguridad social...*, C. Mesa-Lago, ed., 1986, capítulo 2.
- U.S. Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World 1985*, Washington, D.C., DHHS, 1986.
- Veronelli, Juan Carlos, "Problemática médico-social de la seguridad social", *Estudios de la Seguridad Social*, no. 32 (1980):30-52.
- Wilson, Richard R., "The Corporatist Welfare State: Social Security and Development in Mexico", Ph.D. Dissertation, Yale University, 1981.
- \_\_\_\_\_. "El efecto de la seguridad social en el empleo", en *La crisis de la seguridad social...*, C. Mesa-Lago, ed., 1986, capítulo 8.
- Wolfe, Marshall, *El desarrollo esquivo*, México, D.F., CEPAL-Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Zschock, Dieter K., *Health Care Financing in Developing Countries*, Washington, D.C., American Public Health Association, International Health Programs, Monograph Series, no. 1, 1979.

- \_\_\_\_\_. "Health Care Financing in Central America and the Andean Region: A Workshop Report", *Latin American Research Review*, 15:3 (1980):149-168.
- \_\_\_\_\_. "General Review of Problems of Medical Care under Social Security in Developing Countries", *International Social Security Review*, 25:1 (1982):3-15.
- \_\_\_\_\_. "Review of Medical Care under Social Insurance in Latin America", Washington, D.C., USAID, marzo, 1983.
- \_\_\_\_\_. "Medical Care under Social Insurance in Latin America", *Latin American Research Review*, 21:1 (1986):99-122.
- \_\_\_\_\_. editor, *Health Care in Peru: Resources and Policy*, Boulder, Westview Press, 1988.





Banco Mundial

Mesa-Lago

7  
1  
1  
1

Los documentos de la serie de estudios de seminarios del IDE se han concebido para su uso en los cursos y seminarios del IDE. Examinan cuestiones relativas a las políticas del desarrollo económico y las enseñanzas extraídas de la experiencia en forma que puedan entenderse sin un acopio de conocimientos básicos ni versación técnica. Serán de especial interés para los lectores que se ocupan de asuntos públicos.

#### OTRAS PUBLICACIONES DEL BANCO MUNDIAL RELACIONADAS CON ESTE TEMA

**Programas de Nutrición y Salud en América Latina: Enfoque en los Gastos Sociales.**

Guy P. Pfeffermann y Charles C. Griffin. Banco Mundial y Centro Internacional para el Desarrollo Económico. En español y inglés.

**Malnutrición: ¿Que Hacer? Enseñanzas de la Experiencia del Banco Mundial.**

Alan Berg. En español y inglés. (Edición en español por Editorial Tecnos.)

**Financing Health Services in Developing Countries.**

A World Bank Policy Study. En francés y inglés.

**Como Recuperar el Progreso Social en América Latina.**

Enrique de la Piedra. Informe de un Seminario de Políticas del IDE 17.

**La Iniciativa de la Maternidad Segura: Propuestas de Acción.**

Barbara Herz y Anthony R. Measham. Documentos para Discusión del Banco Mundial. En español y inglés.

**Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector.**

Charles C. Griffin. IFC Discussion Paper 4.

**Health and Development.**

Reprinted from *Finance and Development*.

**User Charges for Health Care in Principle and Practice.**

Charles C. Griffin. EDI Seminar Paper 37.

**Paying for Health Services in Developing Countries.**

David de Ferranti. World Bank Staff Working Paper 721.

Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe

Banco Mundial

ISSN 1014-6903  
ISBN 0-8213-1365-7