

Los Sistemas de salud en los países del Mercosur

Por Lic. Rosana Abrutzky, Lic. Cristina Bramuglia, Dra. Cristina Godio

Introducción

Uno de los objetivos básicos de los Estados de bienestar es el de diseñar sistemas de salud que provean a la población en conjunto un amplio servicio de salud. Se busca así crear sistemas equitativos y eficientes, en términos de costo social y de efectividad en el logro de sus objetivos

En América Latina las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales, así como otras fallas específicas en el funcionamiento de cualquier sistema de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) requieren de la intervención del Estado y de la creación de estructuras regulatorias para resolverlas, ya que la realidad latinoamericana muestra una variedad de naciones de ingresos medios y medios bajos, con amplias brechas distributivas en los ingresos entre ricos y pobres. Este factor influye directamente sobre el sector salud, provocando estructuras inequitativas que el Estado debe atender.

Los instrumentos con los que el Estado cuenta son: la implementación de sistemas de financiamiento y de provisión directos de servicios de salud, o, alternativamente la creación de mecanismos regulatorios sobre otros subsectores. El crecimiento de la informalidad en el empleo y el aumento en los niveles de desempleo limitan el papel «redistributivo» asignado históricamente a los institutos de seguridad social. Naciones con un porcentaje muy bajo de población ocupada en empleos formales, no cuentan con la posibilidad de subsidiar al resto de la población, aún en el caso de máxima eficiencia en la gerencia de sus recursos.

Tanto el sistema de salud, descentralizado o no, dependiente del Ministerio de un país, como el sistema de atención organizado a través de instituciones de seguridad social constituyen, en definitiva, herramientas de aseguramiento social dirigidas al cumplimiento de tales objetivos generales de política pública (Maceira: 2003)

Los sistemas de salud en la región latinoamericana muestran estrangulamientos financieros, mecanismos perversos de subsidios cruzados, y poca capacidad de organizar estructuras de absorción de riesgo, provocando un acceso desigual a partir de las capacidades relativas de pago entre grupos sociales, en un escenario de ampliación de las brechas de ingreso entre ricos y pobres (Heymann, Daniel, Kosacoff Bernardo et al 2000).

Desde mediados de los ochenta, y hasta la actualidad se observan grandes transformaciones dentro del sector, que deben verse como, intentos para revertir esa tendencia.

En términos macroeconómicos en la década de los ochenta, América Latina en su conjunto tuvo problemas económicos y sociales, producto de la crisis de la deuda y el agotamiento del modelo de desarrollo anterior.

Se produjo en la región una fuerte crisis internacional en los países que la integran caracterizadas por: estancamiento productivo, aceleración inflacionaria, serios déficit fiscales y un proceso de fuerte salida de capitales. Frente a esa crisis, se consideró que uno de los problemas principales que causaban deterioro en las economías eran las fallas de organización del sector público. Los sistemas de salud se modificaron. El propósito de estos cambios fue que los sistemas de salud resulten mecanismos más eficientes para reducir la brecha entre ricos y pobres en los países latinoamericanos

En la década de los noventa se produjeron amplias reformas de política. Estas reformas, vistas retrospectivamente están siendo profundamente cuestionadas por sus adversos efectos.

En términos de política internacional en 1990 se decidió la creación del MERCOSUR región que incluye países como Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay, creando un arancel externo común para establecer una unión aduanera.

Este trabajo tiene como objetivo analizar las similitudes y diferencias de los sistemas de salud de este conjunto de países que conforman una unidad bastante heterogénea pero que comparten una historia social y política similar. Por otra parte el sector salud es ilustrativo de la situación del sector público y su performance es crucial para el bienestar de la sociedad.

La década del noventa se caracterizó por la aplicación en toda la región de políticas de desregulación de los mercados y de un proceso de apertura de las economías a la competencia internacional.

Aunque algunos analistas rescatan ciertos resultados aparentemente positivos tales como: estabilización de precios, la modernización de ciertos sectores de la economía y reducciones del déficit fiscal, estas políticas tuvieron efectos muy negativos dado que los frutos del crecimiento económico se distribuyeron muy inequitativamente en la sociedad.

Estos programas de reforma no fueron aplicados en todos los países en el mismo momento ni tuvieron las mismas características, aún cuando respondían a líneas de política antes mencionadas.

Nos referiremos en este trabajo a un caso específico de políticas públicas, un caso especial de política social que es la política de salud. Se difundieron políticas de descentralización de los servicios de la salud con el argumento de mejorar la eficiencia de estos servicios. La falta de coordinación entre las funciones que cada jurisdicción del gobierno debía cumplir y el acceso al financiamiento adecuado provocó serios problemas en la provisión de servicios de salud a la población

Objetivo

Literatura especializada sobre economía de la salud (Maceira: 2003) define como seguro social a aquellos sistemas que incorporan las siguientes cuatro características:

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

Es este último criterio el que convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.

El objetivo de este trabajo es analizar la definición y los objetivos de un sistema de aseguramiento social en salud. En base a la literatura existente sobre el tema se diferenciarán los conceptos de seguro y seguro social y se expondrá el debate acerca de las nociones de transferencia de riesgo y solidaridad existentes en los modelos de la región y sus similitudes y diferencias.

Buscaremos analizar los conceptos de seguro social y de sistema de aseguramiento social para verificar cuales son los sistemas prevalecientes en cada caso, con la hipótesis de que los sistemas de salud óptimos desde un punto de vista conceptual no sean aplicables a la realidad económica y a la capacidad de financiamiento de cada país.

Desarrollo analítico

En América Latina, la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores.

Se observa en la región una compartimentalización de los sistemas de salud y se crean sistemas duales o fragmentados de aseguramiento.

Se señalan como ejemplo las Obras Sociales en Argentina o las IAMCs en Uruguay ya que promueven la segmentación del sistema mediante la pobre o nula transferencia de fondos entre instituciones de diferentes ingresos promedio. En estas naciones Argentina y Uruguay, el sistema de superintendencia no cuenta con autoridad suficiente como para establecer mecanismos de control y reasignación de recursos, o darles cumplimiento, cuando ellos existen.

Los institutos de seguridad social que corresponden a las obras sociales nacionales, desarrollados originariamente en los países latinoamericanos como una dependencia dentro del sector público, presentan un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo para luego ampliar la cobertura del afiliado y extenderla a su familia.

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

En el Uruguay las IAMC, *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*, son organizaciones privadas, sin fines de lucro, que ofrecen servicios a través de un seguro de salud prepago. Pueden ser de tres tipos: asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica; cooperativas profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social es aportado por los profesionales correspondientes; y servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas y a sus familiares. Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen alto grado de autonomía. Unas 35 IAMC son cooperativas de producción o de trabajo de grupos de médicos y están distribuidas en el interior del país, agrupadas en la llamada Federación Médica del Interior.

La Argentina cuenta con un sistema de salud fragmentado institucionalmente. Hubo dos series de reformas importantes en las dos últimas décadas, cada una de ellas con características diferentes.

Las reformas realizadas en la década de los 90 constituyen básicamente modificaciones en la reorientación y papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. Se puso énfasis en la reconversión de las obras sociales, y se pusieron en marcha el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión y el Plan Médico Obligatorio (PMO).

Se modificó el sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes, el obligatorio y el voluntario. El primero de ellos presenta a su vez dos modalidades: una administración estatal, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos y se denomina régimen de reparto, y una administración privada, con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado o un plan auspiciado por una empresa, en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado: régimen de capitalización. El componente voluntario, se financia solo con las contribuciones del asegurado.

En este contexto la tercera parte del gasto en Salud lo realizan las obras sociales con un alto grado de centralismo. Simultáneamente creció el gasto privado en salud ya que se convirtió en subcontratista de la seguridad social. En términos de los servicios de salud la literatura especializada en el tema menciona que el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales. Algunos autores afirman que se produjeron graves problemas de equidad y eficiencia en la provisión de salud en la Argentina.

En síntesis, el sistema de servicios de salud comprende tres modelos: el público, con financiación y provisión públicas, el de la seguridad social, que corresponde a las obras sociales nacionales, y el privado, que incluye el seguro voluntario prepago, organizado según los cálculos de riesgo actuarial.

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

Posteriormente como respuesta a la crisis económica, social y sanitaria iniciada en el año 2000 se hicieron modificaciones en sector salud destinadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de la salud. Se diseñó la Política Nacional de Medicamentos (PNM), implementada a partir de 2002. Esta política se basó en tres pilares fundamentales: la Ley N° 25.649 de Prescripción por Nombre Genérico, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia y el Plan Remediar.

El principal objetivo de la Ley de Prescripción por nombre Genérico permite a los consumidores prescindir de la marca comercial sugerida o indicada por el médico y acceder a otra marca de menor precio que contiene la misma droga.

Asimismo, El Plan Remediar consiste en la creación de Centros de Atención Primaria de Salud en los cuales se atiende en forma gratuita a la población, estimada en 15 millones de personas, recibiendo la medicación que cubren la casi totalidad de las patologías ambulatorias y algunas crónicas por el término de dos años en todo el país.

Brasil cuenta con un Sistema Único de Salud (SUS). Este Sistema funciona a nivel nacional, por Estado y por municipios La Constitución de 1988 configura la salud como un derecho de

todos y un deber del Estado. Tiene, asimismo carácter público, federativo, descentralizado, participativo y de atención integral.

Institucionalmente el sector salud está organizado de forma tal que la cobertura de los servicios públicos de salud, complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS, llega al 75% de la población del Brasil, según la literatura especializada (OPS: 2005). La implementación del Sistema Único provocó una mejor distribución de recursos humanos de la salud en las diferentes regiones del país. La proporción de médicos cada 1000 habitantes aumentó un 50% entre 1997 y 2001, alcanzando para este último el 2,8 por 1000. Por Ley, los diferentes niveles del Gobierno estaban obligados a destinar en el año 2000 el 7 % del PBI a los servicios de salud con el compromiso de aumentar este porcentaje y llegar al 12% en los estados y al 25% en los municipios en el año 2004. En los servicios hospitalarios el sistema se basa principalmente en el reembolso por parte del Estado de los servicios prestados por entidades privadas. El 80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al Sistema Único de Salud son privados.

La OPS estima que el 70% de las hospitalizaciones realizadas en el país en el año 2002 se hicieron con el Sistema Único de Salud. En el Nordeste, una de las regiones más pobres este porcentaje llega al 82%.

La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña.

El Sistema Único de Salud está regido por normas operativas básicas denominadas NOB. El NOB vigente en los años noventa tiene como objetivo la descentralización de los servicios de salud. Esta descentralización consiste en fijar diferentes condiciones de gestión del sistema determinando mecanismos para la transferencia automática de recursos federales a los estados y municipios. Entre el año 2000 y el año 2005 se observó que hay cada vez más municipios que concentran todos los servicios de salud. Esta legislación también fortalece los procesos de gestión compartida entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales y municipales, a través de las comisiones intergestoras tripartitas y bipartitas. La comisión intergestora tripartita está constituida paritariamente por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud.

La autorización para el ejercicio profesional en las diversas carreras de salud corresponde a los respectivos consejos profesionales, autarquías públicas, creadas por ley y con autonomía para controlar y fiscalizar el ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional. La regulación sanitaria referente a medicamentos, equipamientos, productos cosméticos y de limpieza la aplica la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud.

El Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud actúa como laboratorio nacional de control y referencia para una red integrada por instituciones estatales y universitarias.

La conclusión de la OPS respecto a la aplicación del Sistema Único de Salud en Brasil se refleja en la mejora de los índices de sanitarios en la última década aunque no se observaron cambios significativos en el perfil de desigualdad socioeconómica, es más en algunos casos se acentuaron.

En efecto, el PBI per capita aumentó entre 1990 y el año 2007. Pasó de 3464 dólares per cápita a 6938 dólares per cápita en el 2007. El desempleo pasó de 8,7% en 1990 a 10,1% en el año 2007. Estos indicadores económicos reflejan un aumento en la riqueza por habitante pero no una mejora en la distribución del ingreso entre los habitantes de Brasil (Banco Central de Brasil)

Uruguay tiene un sistema de salud mixto (público y privado), donde se distingue un sector público para la atención a la salud de la población de bajos recursos y un sector privado para la atención de los grupos de recursos medios y altos. Las estructuras asistenciales se mantienen casi intactas desde hace más de medio siglo a pesar de que el entorno social y económico que originó ha cambiado radicalmente.

Las instituciones del sector público incluyen: el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Universidad de la República, a través del Hospital de Clínicas; El Ministerio de Defensa Nacional y el del Interior a través del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial respectivamente, las intendencias municipales; El Banco de Seguros del Estado y servicios de salud de otras entidades públicas (entes autónomos y servicios descentralizados).

La OPS estima que el 33,7% de los servicios de salud los provee el Ministerio de salud, el 4,2% Sanidad de las Fuerzas Armadas, el 1,8% Sanidad de la Policía y el resto otras instituciones (OPS: 2002)

El sector privado está constituido por instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, que incluye a:) instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC); instituciones de asistencia médica particular (los llamados seguros parciales de salud) que son empresas con fines de lucro que brindan una atención específica (por ejemplo: de emergencia, odontológica, de policlínicas, etc.) y de las que hay unas 68 en el país; los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) (empresas públicas o privadas que realizan algunos de los procedimientos pagados a través del Fondo Nacional de Recursos); y los sanatorios, clínicas, consultorios privados, y las residencias y hogares para ancianos.

Los centros privados de atención denominado Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país estimadas en el año 2000.

Las reformas en el sistema de salud se realizaron en el año 2000 con el objetivo de desconcentrar los servicios de salud, fortalecer al Ministerio de Salud y a las Instituciones de Atención Médica Colectiva.

La OPS señala que Uruguay estuvo atravesando en los últimos años una crisis económica considerable, arrastrada por las crisis que atravesaban Argentina y Brasil al inicio de la década del 2000.

Los datos muestran que en 1998 el PBI per cápita era de 6812 dólares por habitante y en el año 2003 de 3317 dólares per cápita. El desempleo creció de 10,1% en 1998 al 16,9% en el año 2003. Estos indicadores muestran que no sólo cayó la riqueza por habitante sino que aumentó el desempleo (Banco Central de Uruguay)

La OPS señala en su documento que se puede afirmar que los principales problemas políticos y sociales son: la estructura etaria de la población (12,8 % del total de la población tiene 65 años o más de edad), el alto costo de la atención a la salud y la centralización del Ministerio de Salud Pública.

Según la OPS en el Uruguay se realiza muy poca investigación, sobre todo en el área de los sistemas de salud y de la tecnología, aunque la investigación epidemiológica está algo más desarrollada y de hecho sus resultados orientan las políticas para la resolución de problemas concretos. En otras áreas solo existe conciencia del problema e investigaciones puntuales sobre algunos temas. Por otra parte, la preparación de los profesionales de salud en cuanto a conceptos y metodología de la investigación es insuficiente. En estos aspectos la formación de los integrantes del equipo de salud es muy heterogénea. En el área tecnológica no se hacen investigaciones previas a la incorporación de tecnologías ni evaluación posterior de los resultados de las mismas. Las limitaciones son fundamentalmente la falta de formación y la ausencia de políticas firmes que exijan el resultado de investigaciones para tomar decisiones.

En Paraguay a fines de la década de los noventa se creó un nuevo sistema de salud promoviendo la equidad y la eficiencia en la provisión de este servicio. Promovió un proceso de descentralización a nivel de los departamentos y direcciones regionales (Maceira: 2007).

La salud es responsabilidad de tres sectores: el público, el paraestatal y el privado, el que ha tenido un gran crecimiento en la última década.

El sector público tiene como responsable legal al Ministerio de Salud cuya función es atender a toda la población no cubierta por otras instituciones del sector, en especial a los grupos más vulnerables y de escasos recursos económicos. Funciona a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que presta servicios de salud preventiva y curativa. También pertenece a este subsistema la Sanidad Policial y Militar que provee de servicios primarios, básicos y especializados a sus empleados activos, los retirados y sus familiares. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción, a través de los hospitales públicos dependientes de la Facultad de Medicina, brinda cuidados de salud a todo ciudadano que concurra a sus instalaciones. Este sistema está orientado a cubrir las necesidades de un país donde la brecha social es muy amplia, así también la calidad de los servicios es muy diferenciada.

El sector privado con fines de lucro es voluntario para todo aquél que pueda costear los servicios, la seguridad social cubre exclusivamente a los empleados formales y el subsistema público y privado sin fines de lucro tienen una cobertura universal, de calidad más reducida, y constituye la fuente de acceso a servicios de salud de la población de menores recursos

La Seguridad Social opera a través del Instituto de Previsión Social (IPS) ofreciendo cobertura a los trabajadores formales del sector privado, a los docentes tanto del sector oficial como del privado, a jubilados y a empleados domésticos. Existe un carné familiar en manos del titular, donde consta quiénes del grupo familiar tienen acceso a los servicios.

Por su parte el subsector privado comprende a instituciones sin y con fines de lucro. El primero cuenta como actores principales a las ONG que prestan apoyo complementario (programas de salud e investigaciones) y la Cruz Roja Paraguaya que asiste en cuestiones de maternidad a familias de pocos recursos. Por su parte, existe en el seno de colonias y tribus tradicionales de la nación distintos sistemas de mutuales, donde los integrantes de las tribus aportan un porcentaje de su ingreso familiar, lo que les permite cubrir los costos de consultas, internaciones y medicamentos.

La seguridad social es de afiliación obligatoria para toda la población empleada formalmente, docentes, jubilados y pensionados. Los empleadores tienen el deber de retener las cuotas de este subsistema de las remuneraciones y depositarlas en la cuenta del IPS. Los aportes consisten en un 23% de la remuneración de los trabajadores, 8% sobre la nómina salarial de docentes y empleados domésticos, 6% sobre la jubilación o pensión de la población que percibe estos conceptos y 18% sobre la nómina salarial de los empleados de ANDE (Administración Nacional de Electricidad). Con este monto, el IPS pone a disposición sus propios servicios y para satisfacer la demanda, debe subcontratar organismos privados. Los presupuestos se asignan con un criterio histórico pero deben previamente ser aprobados por el Congreso.

Paralelamente, el subsector privado con fines de lucro está integrado por empresas de medicina prepaga, aseguradoras, hospitales, clínicas, sanatorios y laboratorios privados y farmacias. Todos ellos ofrecen un paquete extendido de servicios para quien celebre un contrato con las empresas. Las firmas de medicina prepagas cuentan con establecimientos propios o subcontratan a otros establecimientos privados mediante el pago de un paquete de servicios

Reflexiones finales

Una de las primeras observaciones que surgen del estudio de los diferentes sistemas de salud en los países que integran el MERCOSUR es que han evolucionado a lo largo del tiempo en forma similar, buscando descentralización de sus servicios. Resulta difícil evaluar si los mismos se adaptan a sus diferentes situaciones socioeconómicas con la información analizada. Es un interrogante que habría que explorar en una investigación posterior.

La literatura consultada sostiene que existe un rasgo común: la fragmentación de los sistemas que se caracterizan por una amplia fragmentación en la provisión y financiación de los servicios de salud, con grandes fallas de coordinación entre subsistemas.

Es un rasgo común la existencia de un Ministerio de Salud, con fuertes limitaciones presupuestarias, amplia capacidad instalada y bajo nivel de eficiencia. Sin amargo sus funciones son diversas y comprenden a las necesidades del conjunto de la población: proveer servicios propios a grupos de ingresos menores, garantizar mediante estructuras regulatorias la prestación de servicios por parte de las instituciones que conforman la estructura de seguridad social y el subsistema privado.

En contraposición un estudio comparativo entre países latinoamericanos y europeos (Maceira: 2007) destaca que los países europeos tienen sistemas centralizados que enfrentan el gran desafío de ofrecer servicios de calidad al conjunto de la población. Hay diferentes modalidades de implementación, a un costo muy alto si es financiado enteramente por los Estados nacionales o reduciendo el costo público habilitando un espacio para que el sector privado intervenga con un diferencial de calidad, ofreciendo servicios o seguros complementarios. Muchos países europeos escogieron esquemas de aseguramiento social con fuentes de recolección de fondos y con formas de cobertura tutelados por el sector público.

En cambio en América Latina la falta de recursos públicos dio lugar a la búsqueda de intervención privada, tanto en el aseguramiento individual con involucramiento en la prestación de servicios.

Los procesos de descentralización llevados adelante por los países latinoamericanos requieren su articulación con los gobiernos locales coordinando mecanismos para llevar a cabo exitosamente la organización de las prestaciones dentro de la región. La experiencia recogida por trabajos efectuados en la región muestran que no existieron mecanismos de coordinación entre municipios y provincias, desaprovechando los potenciales beneficios de escala, y conduciendo a una ineficiencia asignativa en el sistema.

En América Latina, formalmente los Ministerios de salud son los entes reguladores de los sistemas de salud, pero sólo formalmente. La razón es la limitada fortaleza de las instituciones de la seguridad social reducen las posibilidades de cambios en la aplicación de un esquema de control completo y con visión sistémica.

Un esquema segmentado de provisión y financiamiento, como en los casos de la eficiencia de los mecanismos de riesgo compartido: en tanto que un esquema de aseguramiento se aleja de un seguro universal (cobertura para toda la población), se segmentan los fondos disponibles para financiar las necesidades de salud, provocando esquemas asociados con capacidad de pago (selección de riesgo), paquetes de servicios diferenciales, y estructuras deficientes para afrontar gastos catastróficos en salud.

Bibliografía

Bisang, R., Cetrángolo, O. 1997. «La Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo de la Experiencia Latinoamericana» CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N° 47).

Burijovich, J., Pautassi, L. 2005. «Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas.» Serie Mujer y Desarrollo N° 60. CEPAL.

Centro de Economía Internacional. Ministerio de Relaciones Internacionales y Culto.

Cetrángolo, O., Devoto, F. 2002. «Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual». CEPAL.

Heymann, D, Kosacoff, H. (editores). 2000. «La Argentina en los noventa. Desempeño económico en un contexto de reformas». Tomo I. EDUDEBA-CEPAL: Buenos Aires
Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística. 1998. «Acceso y Utilización de los Servicios

de Salud». Brasilia.

Maceira, Daniel. 2003. «Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos»
Centro de Estudios de Estado y Sociedad: Buenos Aires

Rossi, Alejandro. «Diferentes procesos de transformación en Argentina y Chile».
Organización Panamericana de la Salud. 2002. «Perfil del Sistema de Servicios de Salud
de Uruguay».

Organización Panamericana de la Salud. 2002. «Sistema de Salud de Uruguay»

Organización Panamericana de la Salud. 2005. «Perfil del Sistema de Salud de Brasil».
Brasilia.

Organización Panamericana de la Salud. 2008. «Perfil de Los Sistemas de Salud de Paraguay.
Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma»