

## Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción

Julio Frenk

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.  
Inglés disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61467-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7)

### RESUMEN

Las innovaciones en materia de políticas públicas y las lecciones asociadas a la búsqueda de la cobertura universal de salud en América Latina son resultado de una compleja transición epidemiológica, un largo proceso de democratización y un alto crecimiento económico en años recientes que ha facilitado inversiones adicionales en atención a la salud. El objetivo de la cobertura universal de salud forma parte de una tercera generación de reformas de los sistemas de salud, la cual comprende una amplia gama de intervenciones de políticas públicas, incluyendo la introducción de marcos éticos explícitos, una mayor atención a los arreglos financieros y la transformación de las principales dimensiones de la organización de los sistemas de salud. Este llamado a la acción hace hincapié en los pasos a seguir para poder alcanzar el objetivo de la cobertura universal de salud, tanto en América Latina como en el resto del mundo en desarrollo.

### INTRODUCCIÓN

América Latina tiene un enorme potencial para contribuir a la solución de los problemas de salud en todo el mundo en desarrollo. Sin embargo, esta región ha estado notablemente ausente del debate mundial en salud en las últimas décadas. Una de las razones es la percepción de que los países de esta parte del mundo se han esforzado más en hacer frente a sus desafíos que otras regiones en desarrollo. Aunque esto puede ser cierto para América Latina en su conjunto, existen importantes diferencias entre y dentro de los países. Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen todos un bajo índice de desarrollo humano.[1] Brasil presenta una de las distribuciones de ingresos más desiguales de América Latina, de por sí una de las regiones con mayor desigualdad en el mundo.[2,3] Como resultado de la discriminación persistente, las poblaciones indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, tienen tasas de mortalidad infantil mucho más altas que el resto de la población.[4]

La magnitud y la complejidad de sus retos es una de las razones por la cual América Latina debe tener una presencia más visible en la agenda de la salud global. Más aún, América Latina ha sido recientemente fuente de innovaciones que podrían ayudar tanto al debate internacional como al diseño de políticas nacionales en países de otras regiones. América Latina comparte con el resto del mundo en desarrollo muchos desafíos en salud los cuales ha enfrentado utilizando innovaciones conceptuales y programáticas que merecen una difusión internacional.

Como primer ejemplo de innovación conceptual, a fines de 1980, los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México documentaron las características distintivas de la transición epidemiológica en países de ingresos medios.[5,6] Estos hallazgos tuvieron gran efecto en el diseño de las políticas de salud en la región y en otros lugares.

Como ejemplo de innovación programática, en la segunda mitad de la década de los noventa del siglo pasado, Brasil y México implementaron, casi simultáneamente, programas de transferencia monetaria condicionada (*Bolsa Familia* en Brasil y *Oportunidades* en México) [Para más información sobre *Bolsa Familia* consultar <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Para más información sobre *Oportunidades* consultar <https://www.prospera.gob.mx/Portal/>] para mitigar la pobreza.[7,8] Estos programas, que incluían varias intervenciones de salud, fueron muy exitosos y se extendieron a casi toda la región y otras partes del mundo en desarrollo. De hecho, se consideran en parte responsables de la disminución de la pobreza en América Latina durante la última década.[3,9] También es necesario mencionar que el Programa de Salud de la Familia (*Programa Saúde da Família*) de Brasil ha disminuido la mortalidad infantil y adulta y las hospitalizaciones evitables.[10,11]

Una innovación metodológica adicional asociada con las transferencias monetarias condicionadas en México fue el uso de evaluaciones rigurosas —creación del fallecido demógrafo José Gómez de León.[12] En contraste con la situación común donde la evaluación de los programas era una idea de último momento, que llega demasiado tarde para producir resultados significativos, la evaluación rigurosa fue una característica central del diseño original de *Oportunidades*. Este programa es uno de los ejemplos más claros de la llamada evaluación anidada, un modelo que también se utilizó para evaluar el *Seguro Popular*. [13] Sobre el *Seguro Popular*, Victora y Peters[14] escribieron lo siguiente: “Damos la bienvenida a esta contribución al debate de las políticas... porque enfrenta muchos de los desafíos de realizar evaluaciones de efectividad en la vida real, y porque propone enfoques innovadores que podrían resultar muy útiles”.

En América Latina han surgido durante las últimas décadas otras innovaciones de políticas públicas asociadas a la búsqueda de la cobertura universal de salud. Esta Serie de *The Lancet* es una contribución oportuna y relevante al proceso de aprendizaje compartido que debe enriquecer la búsqueda común de un mejor desempeño de los sistemas de salud.[15,16]

Como se observa en algunos de los artículos de la Serie,[17,18] la búsqueda de la cobertura universal de salud en América Latina es el resultado de una compleja transición epidemiológica, un largo proceso de democratización y un alto crecimiento económico reciente que ha facilitado inversiones adicionales en salud. Desde un punto de vista ético y político, la cobertura universal de salud en América Latina ha sido impulsada por un cambio fundamental en la forma en que se concibe el acceso a los servicios de salud, de un beneficio laboral a un derecho ciudadano. La separación de la cobertura de atención a la salud del empleo asalariado se ha convertido en un objetivo común de las políticas de salud en toda la región y más allá.[19] La búsqueda de la

cobertura universal de salud forma parte de una tercera generación de reformas del sistema de salud, que comprende cambios importantes en la magnitud de estas reformas y en el marco ético, la arquitectura financiera y la organización de dichos sistemas.[20]

Sobre la base de los resultados de la Serie y otras evidencias, discutiremos las características de un modelo de sistema de salud que está surgiendo en América Latina y las políticas alternativas que este novedoso modelo está abriendo (Panel). Nos hemos concentrado en las acciones que podrían ayudar a alcanzar el objetivo de la cobertura universal de salud en la región latinoamericana.

### TRANSICIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Durante las últimas décadas, América Latina y casi todo el mundo en desarrollo han visto una transformación compleja en al menos tres dimensiones. Junto con el rápido envejecimiento de la población (un atributo central de la transición demográfica) y el desplazamiento del peso de la enfermedad de los padecimientos agudos hacia los crónicos (una característica notable de la transición epidemiológica), se ha producido una transformación en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud.[29] Rodin y de Ferranti[30] han denominado esta transformación la “tercera transición mundial de la salud”.

Las mejoras en la nutrición y un mayor acceso a servicios sanitarios e intervenciones de salud pública (por ejemplo, inmunizaciones y tratamientos de rehidratación oral) produjeron una disminución de la desnutrición y las infecciones comunes, que se tradujo en logros sin precedentes en la supervivencia infantil. Las personas han empezado a vivir lo suficiente para experimentar los efectos de la exposición a los riesgos de la salud asociados con la vida moderna (por ejemplo, la actividad física insuficiente, las dietas poco saludables, los contaminantes ambientales, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, el estrés y el aislamiento social). La magnitud de estos factores de riesgo también se ha incrementado en las últimas décadas. El resultado ha sido el aumento sustancial en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

#### Panel: Mensajes centrales y puntos de acción

##### **En América Latina, la seguridad social tradicional está dejando atrás a los pobres y a los no asalariados, profundizando las persistentes desigualdades étnicas, sociales, y económicas de la región**

Las instituciones de seguridad social en América Latina se establecieron bajo el supuesto de que con el tiempo toda la población eventualmente se incorporaría al sector formal de la economía y estaría en condiciones de contribuir al financiamiento de estas instituciones y recibir sus beneficios de pensión y atención a la salud. Sin embargo, el crecimiento del empleo formal en América Latina en las últimas décadas ha sido lento, por lo que la expectativa de que la cobertura universal de salud se materializaría a través de la expansión del seguro social tradicional se tornó poco realista. El resultado neto ha sido el afianzamiento y ampliación de las brechas de atención médica y de salud entre las personas asalariadas y las no asalariadas.

##### **El reciente proceso de democratización en América Latina está presionando a los países de esta región a cimentar sus esfuerzos de atención de la salud universal sobre plataformas éticas que asuman la protección de la salud como un derecho social**

La expansión de la democracia en América Latina, que tuvo lugar durante la década de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado, llevó a la transformación de la protección de la salud en un derecho ciudadano.[16] Este desarrollo recibió ayuda de un gran movimiento global.[21] En la actualidad, la mayor parte de los países de América Latina ha aprobado leyes que reconocen la salud como un derecho social y están utilizando este marco formal para promover el acceso universal a servicios integrales.[22]

##### **Para financiar la expansión de la cobertura de atención de la salud, los países latinoamericanos se están moviendo más allá de los regímenes contributivos tradicionales**

Como se señala en esta Serie,[17,18] los sistemas de salud de América Latina que cuentan con esquemas de financiamiento contributivo privilegiado han tendido a proporcionar cobertura segmentada, favoreciendo la atención a las necesidades de las personas en el mercado de trabajo formal. Esta situación ahora es ética y políticamente inaceptable y exige medidas compensatorias. Dos políticas se han introducido recientemente por algunos países de la región: el aumento del gasto público en salud para cubrir a las personas pobres no asalariadas que cuentan con una capacidad contributiva muy limitada y la integración gradual de la seguridad social y los fondos públicos para recaudar financiamiento disponible con fines solidarios.[18,23]

##### **Las iniciativas para fortalecer los sistemas de salud son necesarias para ampliar la**

##### **cobertura efectiva, aumentar la eficiencia y mejorar la equidad**

Según Atun y colaboradores,[15] la cobertura de salud universal exige el fortalecimiento de todas las funciones del sistema de salud, no sólo del financiamiento. En el ámbito de la rectoría, los sistemas de salud de la región necesitan mejorar la regulación tanto de los riesgos para la salud como de los servicios personales de salud, especialmente los proporcionados por el sector privado. Por el lado de la prestación, son necesarios mayores esfuerzos para superar la orientación hospitalaria de la atención de salud en la mayor parte de los países de América Latina. Por último, para ampliar la cobertura de manera efectiva y equitativa, los países latinoamericanos tienen que mejorar la formación y distribución de los recursos humanos para la salud.[24]

##### **La cooperación intersectorial para abordar los riesgos de salud y los determinantes sociales de la salud son componentes esenciales en los esfuerzos integrales dirigidos hacia la cobertura universal de salud**

Como señalan Monteiro de Andrade y colaboradores,[25] los sistemas de salud de la región deben fortalecer sus vínculos con otros sectores para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles. Las transferencias monetarias condicionadas han contribuido a combatir la pobreza y han mejorado la efectividad de los programas de salud, mientras que las políticas para combatir el consumo de tabaco han generado resultados positivos en varios países latinoamericanos.[3,26] Sin embargo, aún se necesitan esfuerzos innovadores para hacer frente de manera efectiva a la epidemia regional de lesiones, el creciente desafío de los problemas de salud mental y la propagación de la obesidad, que se está convirtiendo muy rápidamente en un signo de pobreza más que de prosperidad, alcanzando a las zonas rurales y a los grupos de menor edad.

##### **La transparencia, la rendición de cuentas y la participación social son elementos esenciales para la ampliación efectiva y equitativa de la cobertura en la región**

El avance de la democracia en América Latina se ha acompañado del establecimiento de mecanismos que promueven la transparencia y la rendición de cuentas, los cuales han tenido efectos secundarios en el sistema de salud –por ejemplo, la introducción de la lucha contra la corrupción y leyes de acceso a la información y la institucionalización progresiva de procedimientos para supervisar la participación social y evaluar programas públicos.[27,28] La participación social también ha sido un componente importante en algunas iniciativas recientes de salud, como en los esfuerzos por ampliar el acceso a los antirretrovirales en varios países de América Latina y en las reformas que crearon el sistema de salud universal (Sistema Único de Saúde) en Brasil.

## Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

bles, que en 2010 representaban el 54% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 65% de las muertes.[31]

Sin embargo, la transición epidemiológica no ha sido lineal ni uniforme. Los países ricos han tenido una simple sustitución de las viejas causas de enfermedad por las nuevas, mientras que las regiones en desarrollo se enfrentan a una triple carga de problemas de salud:[32] en primer lugar, la agenda inconclusa de la desnutrición, las infecciones comunes y los problemas de salud reproductiva; en segundo lugar, los retos emergentes representados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, tanto violentas como accidentales, y finalmente, los riesgos de salud directamente relacionados con la globalización, incluyendo las pandemias y las consecuencias para la salud del cambio climático, que pueden afectar los ya sobrecargados sistemas de salud.

Las presiones generadas por esta compleja transición han afectado el desempeño de los sistemas de salud en América Latina y otras regiones en desarrollo, y han obligado a movilizar recursos adicionales para la salud, reformar sus estructuras financieras y organizativas, y transformar los modelos predominantes de atención, diseñados originalmente para enfrentar enfermedades agudas y episódicas. A su vez, el proceso de democratización en América Latina ha ampliado el alcance de los derechos sociales, incluido el derecho a la atención de salud, cuyo ejercicio efectivo implica el acceso regular a servicios de salud integrales y de alta calidad con protección financiera para todos.

Los sistemas de salud en América Latina han buscado maneras de hacer frente, con efectividad y de manera justa, a las demandas relacionadas con sus diversas transiciones, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles. Estos esfuerzos están dando lugar a un modelo emergente de sistema de salud.

En 1997, en coautoría con el fallecido Ministro de Salud de Colombia Juan Luis Londoño (pionero de una de las reformas de salud más cuidadosamente diseñadas en el mundo), escribí un artículo que conceptualizaba los sistemas de salud en términos de la asociación estructurada entre dos componentes básicos: las poblaciones y las instituciones.[33] Utilizamos este marco para construir una tipología de los sistemas de salud en la América Latina. De acuerdo con este marco, en el siglo XX, la mayor

parte de los sistemas de salud de la región estaba organizada por grupos de población. Este modelo de sistema de salud segmentado segrega los diversos grupos sociales en diferentes nichos institucionales (Figura 1).

Este modelo ha demostrado ser inequitativo, ineficiente e insensible. Proporciona beneficios, niveles de calidad y grados de protección financiera desiguales para los diferentes grupos sociales, incluso dentro del sector público, y genera duplicidades indeseables y desperdicio de recursos. Además, dado el poder monopólico de cada institución en la prestación de servicios, el modelo tiende a ser indiferente a las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios.

Debido a diversas fuerzas históricas (evaluadas en el segundo artículo de la Serie[18]), muchos sistemas de salud en América Latina han seguido dos modelos básicos alternativos.[33] En el primero, el modelo público unificado, el Estado financia y proporciona servicios de salud a toda la población, de manera que no hay otra opción de proveedor y no hay competencia en la prestación de la atención. En una forma menos extrema de este modelo, la prestación pública se concentra en una institución, pero no existe ningún obstáculo legal para la búsqueda de servicios en el sector privado. El principal problema de este modelo radica en su carácter monopólico, lo que hace que sea ineficaz e insensible.

El segundo modelo, el modelo privado atomizado, se caracteriza por la dispersión de los fondos financieros, lo que conduce a una importante dependencia de los gastos de bolsillo o de un seguro privado para pagar los servicios a los proveedores privados, sin ninguna integración de estas dos funciones. Ningún país de América Latina ha seguido totalmente este modelo, pero las *Instituciones de Salud Previsional* chilenas se han movido en esa dirección particularmente. El principal problema de este modelo es que la mayor libertad de elección va aparejada con restricciones al acceso a los servicios de salud, el cual se torna completamente dependiente de la capacidad de pago.

En las últimas décadas, las naciones de América Latina han intentado tomar distancia de estos tres modelos (segmentado, público unificado y privado atomizado) mediante la organización de sus sistemas de salud por funciones y no por grupos poblacionales (Figura 2).[34] Hemos llamado a este modelo emergente pluralismo estructurado, con la intención de enfatizar la necesidad de encontrar un término medio entre los esquemas de sistemas de salud polarizados que se habían implementado a lo largo de América Latina. Con la palabra 'pluralismo' nos propusimos evitar los extremos tanto de los monopolios públicos como la atomización del sector privado.

La palabra 'estructurado' subraya la necesidad de una fuerte participación del Estado, no como proveedor monopolista, sino como el rector responsable de proporcionar dirección estratégica, asegurar un financiamiento justo y hacer cumplir reglas del juego transparentes. Los sistemas de salud de la región se están moviendo a muy diversos ritmos en esta dirección, e incluso aquellos países que han introducido más explícitamente este modelo (Colombia, Chile y México) tienen que reforzar aún más la integración de los grupos poblacionales y la separación de funciones.

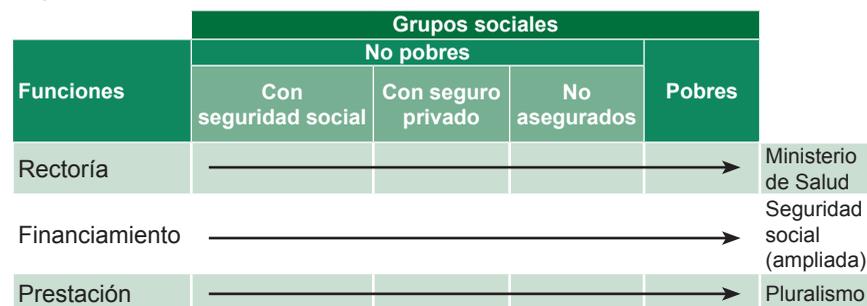
**Figura 1: Modelo segmentado de organización de los sistemas de salud por grupos de población**



Modificado de Londoño y Frenk[33] con permiso de Elsevier

El Ministerio de Salud proporciona servicios de salud a los pobres y a la población no asalariada; las instituciones de seguridad social a los trabajadores de la economía formal y el sector privado a aquellos con capacidad de pago. Cada segmento institucional realiza las funciones de rectoría, financiamiento y prestación, pero sólo para un segmento de la población. En suma, este modelo se caracteriza por la integración vertical de las funciones con segregación horizontal de los grupos de población.

**Figura 1: Modelo segmentado de organización de los sistema de salud por grupos de población**



*Modificado de Londoño y Frenk[33] con permiso de Elsevier*

En este nuevo escenario, las tres funciones esenciales del sistema de salud (rectoría, financiamiento y prestación) se hacen para toda la población. En contraste con la situación actual, este modelo emergente se caracteriza por una integración horizontal de los grupos poblacionales con separación de funciones. La función de rectoría la lleva a cabo el Ministerio de Salud, que asume la responsabilidad de la planificación estratégica de todo el sistema y garantiza una relación equilibrada entre todos los actores a través del diseño de reglas e incentivos adecuados. La función de financiamiento es responsabilidad de uno o pocos fondos públicos, que a la larga deben proporcionar protección financiera para toda la población. Por último, la función de prestación queda en mano de distintos proveedores, públicos y privados, bajo la supervisión de un organismo regulador.

Por lo tanto, la primera característica de la actual generación de reformas en América Latina es la organización de los sistemas de salud por funciones. La transición de este tipo de organización ha ido progresando, pero a un ritmo desigual. La función de rectoría ha sido asumida principalmente por la mayor parte de los ministerios de salud de la región, ayudados por el proceso de descentralización iniciado en la década de 1980. Sin embargo, la separación de las funciones de financiamiento y prestación ha progresado más lentamente. Aun así, varios países, como Chile y Colombia, tienen experiencias valiosas que compartir.

Una segunda característica del modelo emergente, que está fuertemente asociada con la idea de superar la segmentación del sistema de salud y la segregación social, es el cambio de las reglas de elegibilidad. La cobertura universal de salud en América Latina se basa cada vez más en la idea de que los sistemas tradicionales de seguros sociales han excluido a amplios sectores de la población (especialmente los trabajadores independientes y los desempleados), lo que fomenta la desigualdad social al dejar a los pobres aún más atrás. Como señalan los artículos de esta Serie,[17,35] en la mayoría de los países de la América Latina, la protección en salud es reconocida ahora como un derecho ciudadano y se está desvinculando gradualmente del empleo formal y la posición en el mercado de trabajo.

Un tercer componente de este modelo emergente es el énfasis en los derechos explícitos, que adoptan la forma de prestaciones cubiertas –por ejemplo, las incluidas en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia, el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del Seguro Popular en México, el programa AUGE en Chile [Para más información consultar [http://web.min.sal.cl/auge\\_introduccion](http://web.min.sal.cl/auge_introduccion)], el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud de Perú y el Plan Integral de Atención en Salud de Uruguay. Las constituciones de muchos países de América Latina incluyen derechos, reglas y normas relacionadas con la salud, pero han carecido de una definición legal de los derechos que se derivan de ellos. Según Brachet-Márquez,[36] la transformación de la atención a la salud en un derecho social requiere la definición de un conjunto de prestaciones que todos los ciu-

dadanos deben recibir y pueden exigir legalmente, independiente de su condición laboral o nivel socioeconómico.

Los paquetes de servicios de salud fueron diseñados originalmente como un método para establecer prioridades en entornos de recursos escasos. Los análisis de costo-efectividad se han utilizado para identificar las intervenciones que generan la mayor cantidad de beneficios con los recursos públicos disponibles. Por lo general, estos servicios esenciales han sido proporcionados a los pobres. En algunas de las recientes reformas en América Latina, los paquetes de intervenciones todavía han respondido a la preocupación de establecer prioridades, pero también se han utilizado como un método de planificación y de evaluación de la calidad y como componente central de una idea universal de cobertura, lo que requiere la definición explícita de los beneficios.[37] Como instrumento de planificación, estos paquetes se han utilizado para estimar los recursos necesarios

para fortalecer los sistemas de salud. Como método de evaluación de la calidad, se han introducido para asegurar que se proporcionan todos los servicios necesarios siguiendo protocolos estandarizados. Por último, y lo más importante, estos paquetes han sido utilizados para empoderar a los usuarios de los servicios de salud, haciéndolos conscientes de sus derechos.

La cuarta característica del modelo latinoamericano emergente es el mayor alcance de las reformas de salud asociados a ella. Muchas de las reformas implementadas en la segunda mitad del siglo pasado fueron diseñadas para ofrecer intervenciones específicas dirigidas principalmente a la salud materno-infantil. Las nuevas reformas son más amplias en tres sentidos: van más allá de la función de prestación para abordar también los desafíos relacionados con la rectoría y el financiamiento; incluyen iniciativas para hacer frente no sólo a la agenda inconclusa, sino también a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, e incluyen servicios de atención de salud integrales y también intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud.

### CONCLUSIÓN

En la búsqueda de una cobertura universal de salud, las sociedades latinoamericanas están diseñando políticas para garantizar tres tipos de protección a todos sus miembros: la protección contra riesgos de salud pública mediante la vigilancia, la prevención y las actividades de regulación; la protección de los pacientes a través de la evaluación de la calidad de la atención, y la protección financiera contra las consecuencias económicas de las enfermedades y las lesiones.[38] Con su enfoque integral y su orientación universalista, la protección social en salud representa una etapa avanzada de seguridad social en la que la cobertura ya no es vista simplemente como un beneficio del empleo, sino más bien como un derecho ciudadano.

Los recientes avances en varios países de América Latina muestran que la cobertura universal de salud es un objetivo alcanzable y que el momento para alcanzarla es ahora. Sobre la base de las lecciones que ofrece esta Serie (Panel), hacemos un llamado a atender las siguientes diez acciones específicas:

### **Acción 1. Evitar el establecimiento de proyectos de cobertura separados para diferentes grupos poblacionales y, si ya existen, diseñar iniciativas que reduzcan la segmentación**

Los países que tengan previsto ampliar la cobertura de atención en salud deben evitar la tentación de atender primero a los trabajadores del sector formal y en su lugar adoptar la regla de igualdad de derechos para todos, moviéndose hacia un sistema de salud universal. Los países con sistemas de salud segmentados deben diseñar políticas para reducir las diferencias en el gasto público de salud entre grupos sociales, en los derechos y en el acceso a los servicios. La segmentación debe ser sustituida gradualmente por sistemas integrados en los que la cobertura no dependa de la posición en el mercado laboral.

**Acción 2. Continuar con la implementación de programas de protección social que reduzcan el gasto de bolsillo** En el proceso de establecer sistemas universales, los países de América Latina deben comenzar por asegurar el acceso a servicios esenciales de salud y medicamentos, sin gastos de bolsillo, y ampliar de forma progresiva la cobertura de intervenciones costosas a través del aumento de las asignaciones y el incremento de la eficiencia en el gasto público para la salud.

**Acción 3. Incrementar el financiamiento en salud y, con el tiempo, aumentar la proporción del financiamiento de la cobertura universal de salud a partir de impuestos generales** La transición epidemiológica que enfrentan todos los países de la región exige la movilización de recursos adicionales para la salud y el diseño de nuevos esquemas de financiamiento. Aunque cada país debe encontrar su combinación ideal de fuentes de financiamiento sobre la base de su contexto económico y político, las mejores prácticas sugieren que una gran proporción de la cobertura universal de salud debe financiarse a través de impuestos generales vinculados a un mandato legal que los proteja contra fluctuaciones políticas y perturbaciones financieras. Esta orientación amplia debería sustituir los esquemas financieros actuales que tienen efectos regresivos, penalizan la creación de empleo formal, excluyen a grupos poblacionales y fragmentan los riesgos.

**Acción 4. Diseñar intervenciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud e iniciativas para hacer frente tanto a la agenda inconclusa como a los nuevos desafíos relacionados con las enfermedades no transmisibles, las lesiones y las enfermedades mentales** Sin dejar de concentrarse en la agenda inconclusa de infecciones comunes, la desnutrición y la mortalidad materna, los sistemas de salud en América Latina deben adoptar una perspectiva integral que incluya acciones para atender los determinantes de la salud, intervenciones de salud pública para enfrentar los principales factores de riesgo y servicios de salud personales para prevenir y tratar las enfermedades crónicas, las lesiones y los problemas de salud mental. En la búsqueda de la cobertura universal de salud, el desarrollo de una nueva generación de atención primaria de salud debe recibir una atención especial.[39]

**Acción 5. Establecer mecanismos efectivos para supervisar y asegurar la calidad de la atención, tanto en sus dimensiones técnicas como interpersonales** La expansión de la cobertura efectiva exige un fuerte énfasis en la calidad de la atención. La dimensión técnica de calidad abarca la efectividad y seguridad de las intervenciones. La dimensión interpersonal se refiere a la

noción de la capacidad de respuesta, lo que incluye el respeto a los derechos y la dignidad de los pacientes, la orientación al cliente de la atención.[40,41] Este abordaje integral incluye los esfuerzos para evaluar, monitorear y mejorar la calidad como un componente integral de la cobertura universal de salud.

**Acción 6. Mejorar la formación, disponibilidad y distribución de los recursos humanos para la salud** Los recursos humanos insuficientes e inadecuados constituyen una de las principales barreras a la cobertura universal de salud en los países en desarrollo. Para garantizar una ampliación satisfactoria de la cobertura efectiva, los países de América Latina tienen que mejorar la base de conocimientos, la combinación de habilidades, la disponibilidad y la distribución de los trabajadores de la salud.

**Acción 7. Fortalecer las funciones claves del sistema de salud (la rectoría, el financiamiento y la prestación) para aumentar la capacidad de elección, incrementar la efectividad y la eficiencia, promover la equidad y mejorar la rendición de cuentas** Los ciudadanos exigen cada vez más opciones y mejores resultados de sus sistemas de salud. El fortalecimiento de cada una de las funciones del sistema de salud puede ayudar a generar y hacer cumplir un conjunto de reglas; aumentar la competencia en la prestación de los servicios con efectos positivos sobre el costo y la calidad; crear incentivos para buscar tanto la satisfacción del usuario como la eficiencia; promover una distribución más equitativa de poder entre los proveedores y los usuarios de los servicios, y establecer un sistema de controles y equilibrios para estimular la rendición de cuentas. No existe una fórmula única para lograr estos objetivos. Por lo tanto, las políticas nacionales deben guiarse por la mejor evidencia disponible tomando en cuenta las preferencias sociales locales, los procesos políticos y las realidades institucionales.

**Acción 8. Diseñar políticas para fortalecer el papel del Estado como rector del sistema nacional de salud** Las iniciativas para ampliar la cobertura efectiva deben ir acompañadas de un esfuerzo concertado para fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud, que debe incluir la planificación estratégica de todo el sistema, el diseño de un conjunto razonable de reglas e incentivos, y el establecimiento de una situación en la cual todo el mundo tiene la misma oportunidad de éxito.

**Acción 9. Invertir en sistemas de información, investigación en sistemas de salud y evaluaciones rigurosas** El diseño y la implementación de políticas de salud requieren de sistemas sólidos de información con buenos procedimientos de recolección de datos y tecnología apropiada. La investigación en sistemas de salud también es indispensable para generar la evidencia necesaria para el diseño de políticas racionales. Además, la evaluación y la investigación aplicada son cruciales para la rectoría y la rendición de cuentas. Estas actividades estimulan la producción de bienes públicos regionales y globales relacionados con el conocimiento, que pueden promover un proceso de aprendizaje compartido entre los países.

**Acción 10. Promover la transparencia y la rendición de cuentas, y estimular la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, implementación y seguimiento de las iniciativas de cobertura universal de salud** El entorno cada vez más democrático en el que los sistemas de salud están operando en América Latina exige la creación de una cultura de

transparencia, rendición de cuentas y participación social que, en última instancia, mejore la efectividad, la eficiencia y la capacidad de respuesta de las instituciones de salud. En un flujo de retroalimentación positiva, la democratización de la salud contribuye a la salud de las democracias.

### RECONOCIMIENTOS

El autor agradece a Octavio Gómez Dantés por las discusiones sobre el enfoque general de este trabajo y a Carissa Etienne, Felicia Knaul, Patricia Frenz, y Jeanette Vega por sus valiosos comentarios. 

### REFERENCIAS

1. United Nations Development Programme. Human development index. Disponible en: <https://data.undp.org/dataset/Human-Development-Index-HDI-value/8ruz-shxu> (citado 7 de enero, 2014). Inglés.
2. International Business Times. Latin America's inequality is improving; the US is the most unequal country in the west. Mayo 24, 2013. Disponible en: <http://www.ibtimes.com/latin-america-inequality-improving-us-is-most-unequal-country-west-1278679> (citado 7 de enero, 2014). Inglés.
3. López-Calva LF, Lustig N. Declining inequality in Latin America. A decade of progress? Washington, DC: Brookings Institution Press, 2010. Inglés.
4. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Mortality in Latin America: a favourable but heterogenous trend. Latin America and the Caribbean Demographic Observatory 2007; 2: 27–43. Inglés.
5. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. Health Policy Plan 1989; 4: 29–39. Inglés.
6. Bobadilla JL, Frenk J, Frejka T, Lozano R, Stern C. The epidemiological transition and health priorities. In: Jamison D, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, eds. Disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press for the World Bank, 1993: 51–63. Inglés.
7. The World Bank. Conditional cash transfers. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTSAFETYNETSANDTRANSFERS/0,,contentMDK:20615138~menuPK:282766~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282761,00.html> (citado 7 de enero, 2014). Inglés.
8. Cecchini S, Veras-Soares F. Conditional cash transfers and health in Latin America. Lancet 2014; disponible en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4). Inglés.
9. Fiszbein A, Schady N. Transferencias monetarias condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura. Washington, DC: Banco Mundial, 2009.
10. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). Med Care 2011; 49: 577–84. Inglés.
11. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ 2014; 349: g4014. Inglés.
12. Gómez de León J, Parker SW, Hernández D, Muñiz P, Orozco M. The design and methodology of the impact evaluation of the education, health and nutrition program (PROGRESA) in Mexico. Ciudad de México: PROGRESA, 1999. Inglés.
13. King G, Gakidou E, Imai K, et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. Lancet 2009; 373: 1447–54. Inglés.
14. Victora CG, Peters DH. Seguro popular in Mexico: is premature evaluation healthy? Lancet 2009; 373: 1404–05. Inglés.
15. WHO. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010. Inglés.
16. WHO. Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage: sustaining universal health coverage, sharing experiences and promoting progress. Abril 2, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/MexicoCityPoliticalDeclarationUniversalHealthCoverage.pdf> (citado 8 de enero, 2014). Inglés.
17. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9). Inglés.
18. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul FM, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. Lancet 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0). Inglés.
19. Averill C. Universal health coverage. Why insurance schemes are leaving the poor behind. Oxford: Oxfam International, 2013. Inglés.
20. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet 2003; 362: 1667–71. Inglés.
21. The Lancet. The right to health: from rhetoric to reality. Lancet 2008; 372: 2001. Inglés.
22. Backman G, Hunt P, Khosla R, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. Lancet 2008; 372: 2047–85. Inglés.
23. Titelman D, Cetrángulo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. Lancet 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3). Inglés.
24. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet 2004; 364: 1984–90. Inglés.
25. Monteiro de Andrade LO, Filho AP, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. Lancet 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61649-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61649-X). Inglés.
26. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. JAMA 2014; 311: 183–92. Inglés.
27. UNESCO. The right to information in Latin America. A comparative legal survey. Paris: UNESCO, 2009. Inglés.
28. The World Bank, Inter-American Development Bank. May E, Shand D, Mackay K, Rojas F, Saavedra J, eds. Towards the institutionalization of monitoring and evaluation systems in Latin America and the Caribbean. Proceeding of a World Bank, Inter-American Development Bank Conference. Washington, DC: The World Bank, 2006. Inglés.
29. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. Health Transit Rev 1991; 1: 21–38. Inglés.
30. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition? Lancet 2012; 380: 861–62. Inglés.
31. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. N Engl J Med 2013; 369: 1336–43. Inglés.
32. Frenk J, Gómez-Dantés O. The triple burden: disease in developing nations. Harvard Int Rev 2011; 33: 36–40. Inglés.
33. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy 1997; 41: 1–36. Inglés.
34. Frenk J, Lozano R, González-Block MA, et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
35. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America. Lancet 2014; publicado en línea 16 de octubre. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61280-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61280-0). Inglés.
36. Brachet-Márquez V. Ciudadanía para la salud: una propuesta. In: Uribe M, López-Cervantes, eds. Reflexiones acerca de la salud en México. Ciudad de México: Médica Sur, Editorial Panamericana, 2001: 43–47.
37. Frenk J, Gómez-Dantés O. Ideas and ideals: ethical basis of health reform in Mexico. Lancet 2009; 373: 1406–8. Inglés.
38. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Lancet 2012; 380: 1259–79. Inglés.
39. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. Lancet 2009; 374: 170–73. Inglés.
40. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. Inglés.
41. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78: 717–31. Inglés.

### EL AUTOR

**Julio Frenk PhD** (jfrenk@hsph.harvard.edu), Escuela de Salud Pública y Escuela de Gobierno Kennedy, Universidad Harvard, Boston, MA, Estados Unidos.

*Traducción aprobada por el autor:  
27 de diciembre, 2014*

*Declaraciones: Ninguna*

*Citación sugerida: Frenk J. Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S62–7. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/frenk.php>*

# La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad

Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.  
Inglés disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/abstract)

## RESUMEN

En esta nota sobre Política de Salud examinamos la asociación entre la estructura de financiamiento de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud. Los sistemas de salud de América Latina comprenden una amplia gama de fuentes financieras, que se traducen en diferentes esquemas basados en la solidaridad, combinando fuentes de financiamiento contributivas (impuestos sobre los salarios) y no contributivas (impuestos generales). Con el propósito de avanzar hacia la cobertura universal y solidaria de salud, los países dependen, en gran medida, de su capacidad para aumentar el gasto público en salud. Es preciso ampliar los sistemas de seguros universales obligatorios y fortalecer al sector público, incluyendo el aumento del gasto fiscal. Estas acciones exigen un nuevo modelo para integrar las diferentes fuentes de financiamiento del sector salud, en el que se incluyan los ingresos generales de impuestos, las cotizaciones a la seguridad social y el gasto privado. El grado de integración que se alcance entre dichas fuentes será el principal determinante de la cobertura de salud universal y solidaria. Los desafíos fundamentales para mejorar la cobertura universal de salud no son solo incrementar más el gasto en salud, sino también reducir la proporción del gasto de bolsillo, lo cual requerirá que se aumenten los recursos fiscales.

## INTRODUCCIÓN

La cobertura universal de salud muestra un patrón irregular en los países de América Latina. Los datos disponibles indican que la mejora del acceso y la cobertura, junto con la reducción de las desigualdades en materia de salud, constituyen una tarea pendiente en la mayoría de los países de América Latina, según afirma la Organización Panamericana de la Salud,[1,2] la OMS[3,4] y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.[5,6]

La estructura de financiamiento de los sistemas de salud desempeña un papel importante en el logro de la cobertura universal de salud, particularmente en el modo en que los esquemas basados en la solidaridad son financiados y puestos en práctica. En la mayoría de los países de la región, el gasto público en salud es insuficiente y se asigna de modo inadecuado. Como sucede en América Latina, cuando se depende excesivamente del gasto privado en los servicios de salud y en los medicamentos, el logro de la cobertura universal de salud se ve limitada, en gran medida, por la viabilidad de la introducción de esquemas de financiamiento que mejoren la solidaridad del sistema de salud. [7] En estos casos, los ciudadanos tienen acceso a los beneficios del sistema de atención en salud con independencia de la contribución que realicen a su financiamiento. De este modo, cada uno contribuye según sus medios, pero recibe beneficios de acuerdo con su necesidad. Como resultado, los sectores de altos ingresos contribuyen proporcionalmente más al financiamiento del sistema que las personas de bajos ingresos o las que carecen de ingresos; de ahí, el concepto de solidaridad.

Los sistemas de salud de América Latina son financiados por una amplia gama de fuentes, lo cual da lugar a diversos arreglos financieros, que se traducen en variados esquemas redistributivos. En este trabajo se identifican las prácticas de los países latinoamericanos para lograr la cobertura universal de salud. En particular, se examina la combinación de fuentes de financiamiento contributivas (impuestos sobre los salarios) y no contributivas (impuestos generales). Sostenemos que para avanzar hacia la cobertura universal de salud se deben combinar ambos tipos de financiamiento, y que, a corto y a mediano plazo, la dinámica de la cobertura universal de salud está firmemente correlacionada con el componente no contributivo del financiamiento. En este contexto, el desafío básico para mejorar la cobertura universal de salud no sólo es gastar más en salud, sino también reducir la proporción del gasto de bolsillo en salud.

## COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y LA ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

La estructura de financiamiento del sistema no es neutral desde el punto de vista de la igualdad. Un rasgo distintivo de la estructura de financiamiento de la salud en América Latina es la importancia relativa del gasto privado. Como se muestra en la figura,[8] el gasto en salud en la región, medido como proporción del PIB, no sólo es inferior al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sino también muestra una mayor carga del gasto privado. Como promedio, el gasto privado en la región representa el 45% del gasto total en materia de salud, el cual como porcentaje del PIB es mayor que en Europa y en los países de la OCDE. Esto implica que las propias familias financian, en gran medida, los niveles relativamente bajos de los gastos en materia de salud en los países de América Latina, a través de pagos directos de bolsillo.

Figura: Gastos en salud y coeficiente Gini, por región

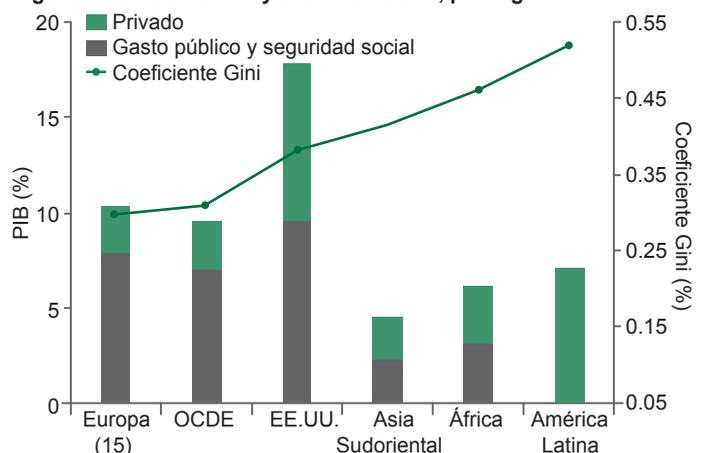


Figura usada con permiso de Cetrángolo[25] [Atribuido incorrectamente a referencia 8 en el inglés —Eds.]

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para tener acceso a servicios de salud o procurarse medicamentos es una de las mayores fuentes de inequidad y limita la capacidad de los países para avanzar hacia la cobertura universal de salud. En la figura se muestra una correlación negativa entre el gasto privado en salud y la distribución del ingreso. Los países en los que el gasto privado en salud es proporcionalmente menor presentan mejores coeficientes de Gini.

La ampliación de la cobertura conforme a los principios de universalidad y solidaridad depende del modo en que se organice el financiamiento de la salud. Las diferentes modalidades de financiamiento determinan distintos resultados en la redistribución del ingreso (entre los ricos y los pobres) y de riesgos (entre las personas saludables y las enfermas).[9] En el presente trabajo nos concentramos en el primero de esos aspectos. La solidaridad en el ingreso significa que el acceso a los servicios de salud es independiente de las contribuciones al sistema por parte de las personas o de su capacidad real para realizar pagos de bolsillo.[9,10]

Los sistemas de salud de América Latina son altamente fragmentados. Los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los distintos grupos de la población. Los sistemas de salud están organizados por una combinación de los servicios tradicionales del sector público para los grupos de bajos ingresos, los servicios de seguridad social para los empleados formales (en algunos casos extensivos a sus familias), y los servicios privados para los que tienen capacidad de pago. La carencia de coordinación entre los tres subsectores ha sido fuente de ineficiencias, ya que los diversos grados de fragmentación dificultan el uso eficiente de los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal de salud.

En muchos de estos países, el exceso de los gastos de bolsillo en salud se debe al alcance limitado de la seguridad social financiada a través de impuestos contributivos y a las restricciones fiscales del régimen no contributivo. La combinación entre el financiamiento contributivo y no contributivo del sistema de salud tiene que ser redefinida. Pocos países de la región han tenido éxito en la integración de los sistemas de salud y logran su financiamiento mediante ingresos fiscales generales.[7] La mayoría de los países construyeron sus sistemas de salud sobre la falsa expectativa de que los pagos de los trabajadores en el mercado laboral formal cubriría todos los hogares. Hoy día sabemos que existen grandes limitaciones para alcanzar el pleno empleo, que garantice el acceso a los servicios de seguridad social y atención en salud con protección financiera, sobre todo debido al elevado porcentaje de trabajadores del sector informal en los países de la región. Los sistemas basados en el financiamiento contributivo (impuestos sobre los salarios) suelen proporcionar cobertura segmentada, dando prioridad a los trabajadores del mercado laboral formal, los cuales son mayoritariamente hombres.[11,12] Por lo tanto, no sólo una gran proporción de los gastos es financiada por gasto de bolsillo, sino también, la seguridad social tiene un efecto limitado en la distribución del ingreso.

En la mayoría de los países de la región también se evidencian grandes diferencias en la prestación de los servicios entre las zonas urbanas y rurales (en términos de recursos humanos,

capacidad de gestión, instalaciones médicas y herramientas tecnológicas). Otra fuente importante de la fragmentación del sistema de salud y de inequidad proviene de los procesos de descentralización en países con capacidades financieras y de gestión muy desiguales dentro de sus territorios.[8] Esto sugeriría que el gobierno central debería adoptar políticas compensatorias a fin de equiparar la prestación de los servicios.[13,14]

Los sistemas más solidarios son aquellos en los que toda la población está cubierta por un sistema financiado por impuestos generales.[15] De ese modo, la cobertura sería independiente de la capacidad de pago de las personas, lo cual debería traducirse, a su vez, en una reducción del gasto de bolsillo efectuado por el beneficiario. No obstante, el nivel de cobertura efectiva y, por consiguiente, la necesidad de pagos efectuados por el beneficiario depende del nivel del gasto público en salud.[16] En Brasil, la reforma constitucional de 1988 proporcionó el acceso universal e integral a los servicios de salud estatales financiados con ingresos fiscales generales.[17] en combinación con las aseguradoras privadas que ofrecen planes complementarios privados para los más saludables y los más ricos, quienes constituyen el 25% (aproximadamente) de la población.[18]

El resto de la región ha mantenido sistemas fragmentados, conservando, como uno de los componentes del financiamiento, el que proviene de las contribuciones sobre los salarios. Algunos países han tratado de integrar los sistemas contributivos financiados por impuestos sobre los salarios con los sistemas públicos financiados por impuestos generales; en otros, sigue existiendo una gran segmentación. Costa Rica es una referencia tradicional, en razón de que las fuentes de financiamiento se integraron para asegurar un único nivel de cobertura.[7] En la actualidad, Costa Rica asegura a más del 93% de la población, y aproximadamente el 50% de la cantidad aportada por los empleados del sector formal cubre el financiamiento de los servicios médicos de la población que no contribuye.[19]

En el otro extremo se encuentra Chile, donde la integración es parcial, ya que los individuos deciden si se inscriben en el sistema público integrado (Fondo Nacional de Salud, FONASA), financiado por sus contribuciones y también por impuestos generales, o en una aseguradora privada (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Debido a que cualquier real elección depende, de modo significativo, de los ingresos de los aportantes, el sistema chileno es considerado un sistema dual.[20] Chile tiene una cobertura casi universal del seguro médico social, donde el 80% de la población se encuentra cubierta por FONASA, y el 17% por las ISAPRES. Debido a las grandes diferencias en calidad y accesibilidad entre los dos fondos, la reforma de 2005 del sector de la salud de Chile adoptó un plan denominado *Acceso Universal con Garantías Explícitas* (AUGE). Al principio, AUGE cubría 25 enfermedades prioritarias, y en 2013 esta cifra aumentó a 80 afecciones.[21]

Un tercer modelo de organización en la región admite niveles de cobertura diferenciada según el tipo de financiamiento, al menos durante el período de transición. En Colombia, la reforma de 1993 creó dos seguros: un régimen contributivo, para los empleados formales, y otro subsidiado para la población de

bajos ingresos. En 2014, prácticamente toda la población está asegurada, y el *Fondo de Solidaridad y Garantía* agrupa las contribuciones sobre los salarios y los ingresos fiscales generales para financiar un plan de beneficios estándar. Se ha ido implementando una equiparación gradual del plan de beneficios de los sectores de bajos ingresos, mediante el incremento de los subsidios estatales, pero la transición es compleja y la tensión financiera persiste.[22] Esta reforma tuvo un efecto importante en la distribución del ingreso y redujo los gastos privados en materia de salud.[23] En Uruguay las recientes reformas constituyen un nuevo paradigma en el cual los avances parciales basados en los aumentos presupuestarios incrementales están conduciendo, de modo gradual, a mejorar la cobertura y a disminuir la heterogeneidad.[24]

Más allá de esta clasificación, los efectos sobre la eficiencia y la equidad resultantes de cada modo particular de financiamiento son mucho más complejos. Por una parte, los sistemas están siempre en transición. Como señaló Kutzin, la cobertura universal de salud es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino.”[11] Por otra lado, no sólo las fuentes y el nivel de financiamiento tienen que ser consideradas, sino también los mecanismos para la puesta en marcha y los acuerdos de compra prevalecientes en cada sistema. De todos modos, la probabilidad de suficiencia y homogeneidad de la cobertura universal de atención en salud dependerá, en primera instancia, de los recursos fiscales que cada país asigne a la salud.

### LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y LOS IMPUESTOS CON QUE SE FINANCIAN: ¿PODEMOS CAMBIAR LA ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DE LA SOLIDARIDAD?

Como ya hemos comentado, la cobertura de salud en América Latina es insuficiente. La capacidad financiera para avanzar hacia la cobertura universal de salud se sustenta, por una parte, en la posibilidad de aumentar los recursos disponibles para financiar al sector de la salud y, por la otra, en el desafío de mejorar los esquemas de financiamiento solidario. Al mismo tiempo, la cobertura universal de salud en América Latina constituye un poderoso instrumento para mejorar la distribución del ingreso y construir una sociedad más equitativa y cohesionada.[1,7] La cobertura garantizada por los gobiernos debe ser suficiente e igual para todos. Para ese fin, los gobiernos deben aumentar los impuestos, gastar más en atención en salud, mejorar la asignación y distribución de ese gasto, y, no menos importante, financiarla equitativamente.

Las dificultades históricas afrontadas por la región en la recaudación de impuestos son bien conocidas: la carga tributaria de América Latina fue de 18,3% del PIB en 2010 (incluidos los pagos a la seguridad social), muy inferior a los promedios de 35,2% en los países de la OCDE y de 39,2% en los países europeos. La tasa impositiva media oculta situaciones muy diversas. Sólo tres países de la región (Brasil, Argentina y Uruguay) han alcanzado cargas tributarias superiores al 25% del PIB, pero todavía son muy inferiores a los niveles europeos. En el otro extremo se encuentran los países con cargas tributarias inferiores al 15% del PIB (México, Venezuela y Guatemala, entre otros). Teniendo en cuenta las dificultades en

la recaudación de impuestos, en muchos países de América Latina los esfuerzos para generar los recursos se han concentrado en mecanismos con bajo potencial de redistribución.[25] En promedio, más de la mitad de los ingresos impositivos provienen del impuesto sobre el valor agregado (IVA) y de otros gravámenes sobre las ventas de bienes y servicios (impuestos indirectos). Sólo el 30% proviene de impuestos sobre la propiedad, la renta y otros gravámenes directos y el 20% restante procede de las contribuciones a la seguridad social. En comparación, los países de la OCDE obtienen más del 40% de sus ingresos fiscales de los impuestos directos. Con sistemas de seguridad social más desarrollados, en estos países los recursos provenientes de las contribuciones sociales representan casi el 27% del total.

Debemos reconocer que el financiamiento contributivo, si bien es un obstáculo para la integración, constituye sin embargo, un recurso al cual, los países con problemas de financiamiento, difícilmente renunciarían. En la mayoría de los países de América Latina, los fondos recaudados a partir de las contribuciones a la seguridad social, si bien no representan un volumen sustancial como porcentaje del PIB, son fuentes relativamente importantes del financiamiento de la atención en salud.[26,27] En estos casos, no sería prudente (ni realista) sugerir su sustitución por fuentes difíciles de recaudar, en un futuro próximo.

Además, los gobiernos tienen que priorizar las políticas en materia de salud en las definiciones de su presupuesto. Aunque el gasto social ha ido en aumento en la región, este crecimiento no ha sido uniforme por sector. En promedio, las asignaciones para seguridad social, bienestar social y educación aumentaron más rápidamente, que las asignaciones para salud.[28] Durante las últimas décadas, las crisis en los sistemas de pensiones,[30] la necesidad de nuevas iniciativas sociales, como los programas de transferencias condicionadas[30] y las diversas presiones para que se incremente el gasto en educación[31] han comprimido el espacio disponible para un rápido aumento en los gastos públicos de salud.

Por último, el desafío de una mayor recaudación de impuestos está estrechamente vinculado con la insuficiencia de los sistemas de seguridad social. Los países con mayores cargas fiscales también presentan niveles más bajos de informalidad laboral y, en consecuencia, mayor cobertura de seguro de salud. Como ya se ha señalado, teniendo en cuenta lo difícil que resulta recaudar impuestos en algunos países, el desafío que afrontan es encontrar un equilibrio en la combinación de los recursos, para que el nivel de las contribuciones sobre los salarios no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión, sino que les permita aprovechar las contribuciones de la población que participa en el mercado laboral formal con elevada capacidad de pago. Por lo tanto, el logro de la cobertura universal necesitará grandes esfuerzos en cuanto a la regulación del mercado laboral, la implementación de políticas públicas para fomentar la formalización y el diseño de regímenes de contribución alternativa, tales como contribuciones parciales o totalmente subsidiadas.[32] Cabe destacar que muchos países han incorporado planes simplificados para contribuyentes con bajos ingresos que en algunos casos (Argentina y Uruguay) incluyen una contribución para garantizar el acceso al seguro de salud.

La cantidad que cada país tiene que asignar para gastos en materia de salud depende de varios factores y resulta, por tanto, difícil de determinar.[33] No obstante, hemos sostenido que el uso más eficiente y equitativo de los recursos en América Latina depende de la capacidad para aumentar la parte de los gastos en salud financiada con fondos públicos, por lo que los países tendrán que ampliar la base tributaria para obtener mayores recursos provenientes de los impuestos generales.

## CONCLUSIÓN

Muchos factores determinan el potencial para avanzar hacia la cobertura universal de salud y, con frecuencia, tienen raíces políticas. En este trabajo nos hemos centrado en los factores relacionados con el financiamiento de la salud. A fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países de la región deben fortalecer y universalizar el financiamiento de la cobertura de los riesgos en salud, para que el gasto de bolsillo deje de ser un obstáculo para el acceso a los servicios de salud. Los dos desafíos básicos para alcanzar mayor equidad y lograr cobertura universal de salud son la necesidad de aumentar los recursos financieros que fluyan hacia el sector y el perfeccionamiento de los esquemas de solidaridad.

Para mejorar la solidaridad se requerirá ampliar los sistemas de seguros universales obligatorios y fortalecer el sector público. Lo primero requiere un nuevo modelo para integrar las diferentes fuentes de financiamiento del sector salud: ingresos impositivos generales, contribuciones de la seguridad social y gasto privado. El logro de la integración determinará la solidaridad y la cobertura universal de salud.

Teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral en los países de América Latina y su desigual distribución de los ingresos, los esfuerzos para alcanzar la cobertura universal de salud requerirán un gran aumento del gasto público, que se ve limitado por las restricciones fiscales. Por consiguiente, los esfuerzos por incrementar una cobertura eficaz tendrán que ir acompañados por reformas fiscales orientadas a incrementar la disponibilidad de los recursos públicos y a mejorar los efectos de las estructuras impositivas sobre la distribución del ingreso.

La creación de capacidades para avanzar hacia la consecución de la cobertura universal de salud en América Latina requiere que se tomen medidas en cuatro áreas: (1) aumento de los ingresos impositivos y una combinación equilibrada de los recursos de los impuestos generales y de los impuestos sobre los salarios que no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión; (2) esfuerzos por parte de los gobiernos para aumentar la proporción del gasto público en salud, para que la capacidad del individuo de hacer pagos de bolsillo no se constituya en una barrera para el acceso a los servicios de salud; (3) optimización de la asignación y distribución de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de las diferentes fuentes, capaz de garantizar fondos para los gobiernos subnacionales; y (4) financiamiento equitativo para aumentar la capacidad de redistribución de los sistemas tributarios.

## RECONOCIMIENTOS

Este documento acompaña a una Serie financiada por la Fundación Rockefeller mediante una subvención otorgada a la CEPAL. Agradecemos a la comisión y a la fundación haber convocado varias reuniones de autor y las muy útiles sugerencias de los participantes. 

## REFERENCIAS

- Pan American Health Organization. *Championing health: sustainable development and equity. Strategic plan of the Pan American Health Organization 2014–2019*. Disponible en: [http://www.paho.org/q/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=22850&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/q/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22850&Itemid=270&lang=en) (citado 1 de junio, 2014). Inglés.
- Pan American Health Organization. *Strategy for universal health coverage*. 154th Session of the Executive Committee. 2013. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=25710&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25710&Itemid=270&lang=es) (citado 1 de junio, 2014). Inglés.
- WHO. *World health report 2013: research for universal health coverage*. Ginebra: World Health Organization, 2013. Inglés.
- WHO. *World health report 2010: health systems financing—the path to universal coverage*. Ginebra: World Health Organization, 2010. Inglés.
- ECLAC. *Social panorama of Latin America 2013*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- ECLAC. *Sustainable development in Latin America and the Caribbean: follow-up to the United Nations development agenda beyond 2015 and to Rio+20*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- ECLAC. *Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2006. Inglés.
- Cetrángolo O, Goldschmit A. *Fiscal decentralization: increasing social cohesion among widely disparate territorial units*. En: *Decentralization and reform in Latin America. Improving intergovernmental relations* (Capítulo 3). Brosio G, Jiménez JP, eds. London: Edward Elgar Publishing, 2013: 38–69. Inglés.
- Wagstaff A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems—evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. Washington, DC: The World Bank, 2009. Inglés.
- Titelman D. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Financiación del desarrollo. series, No. 104 (LC/L.1425-P/E). UN publication, Sales No. S.00.II.G.99. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2000.
- Kutzin J. *Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy*. Bull World Health Organ 2013; 91: 602–11. Inglés.
- ECLAC. *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. Informe anual 2012. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- Musgrave R, Musgrave P. *Public finance in theory and practice*. New York: McGraw–Hill Inc, 1989. Inglés.
- Oates W. *Fiscal federalism*. New York: Harcourt–Brace, 1972. Inglés.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, eds. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1992. Inglés.
- Medici AC. *Seguros públicos de salud en América Latina: ¿Cuáles son las perspectivas?* En: *Seguro público de salud. Aportes para un debate abierto*. Compilado por Báscolo EP, Rosario: Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, 2004: 7–21. Inglés.
- Afonso J. *El financiamiento bifurcado de la protección social y de la salud en Brasil*. En: *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión peritoria de algunas de sus dimensiones*. Sojo A, Uthoff A, eds. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2007: 209–18.
- Marten R, McIntyre D, Travassos C, et al. *An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)*. Lancet 2014; publicado en línea 30 de abril. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60075-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60075-1). Inglés.
- Cercone J, Pacheco J. *Costa Rica: good practice in expanding health care coverage*. Lessons from reforms in low and middle-income countries. En: *Good practices in health financing*. Gottret P, Schieber J, Waters H, eds. Washington, DC: The World Bank, 2008: 182–226. Inglés.
- Titelman D, Uthoff A. *El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud*. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Compilado por Titelman D, Uthoff A. Santiago: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Bitran R, Urcullo G. *Good practice in expanding health coverage—lessons from reforms*. En: *Good practices in health financing*. Gottret P, Schieber J, Waters H, eds. Washington, DC: The World Bank, 2008: 89–136. Inglés.

22. Giedion U, Acosta O. Sistema de salud y democracia, el caso de Colombia. En: La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina: reflexiones a partir de una serie de estudios de caso. Compiled by Bárcena A, Kacef O. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011: 127–58.
23. Glassman A, Escobar ML, Giuffrida A, Giedion U. From few to many; ten years of health insurance expansion in Colombia. Washington, DC: Inter-American Development Bank and The Brookings Institution, 2009. Inglés.
24. PAHO. Perfil de sistemas de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.
25. Cetrángolo OD, Goldschmidt A, Gómez Sabaini JC, Moran D. Montotributo en América Latina. Los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. Lima: OIT-FORLAC, 2014.

### LOS AUTORES

**Daniel Titelman PhD** (autor para correspondencia [daniel.titelman@cepal.org](mailto:daniel.titelman@cepal.org)), División de Desarrollo Económico, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago, Chile.

**Oscar Cetrángolo MPhil**, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

**Olga Lucía Acosta**, candidata a doctorado, CEPAL Bogotá, Colombia.

---

*Traducción aprobada por los autores:  
5 de febrero, 2015*

*Declaraciones: Ninguna  
Citación sugerida: Titelman T, Cetrángolo O, Acosta OL. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S68–72. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-titelman.php>*

---