Organización Internacional del Trabajo

Protección social en salud en América Latina: hacia la cobertura universal

Protección social en salud en América Latina: hacia la cobertura universal

Copyright© Organización Internacional del Trabajo 2026
Primera edición 2026

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Para consultar una copia de la licencia, véase: creativecommons.org/licences/by/4.0. El usuario podrá reproducir, compartir (copiar y redistribuir), adaptar (mezclar, transformar y desarrollar el contenido de la obra original), conforme a los términos detallados en la licencia. El usuario deberá citar claramente a la OIT como fuente del material e indicar si se han introducido cambios en el contenido original. No está permitido reproducir el emblema, el nombre ni el logotipo de la OIT en traducciones, adaptaciones u otras obras derivadas.

Atribución de la titularidad - El usuario deberá indicar si se han introducido cambios y citar la obra como sigue: OIT, *Protección social en salud en América Latina: Hacia la cobertura universal*, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2026.

Traducciones - En caso de que se traduzca la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una traducción de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta traducción no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una traducción oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la traducción*.

Adaptaciones - En caso de que se adapte la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una adaptación de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta adaptación no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una adaptación oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la adaptación*.

Materiales de terceros - Esta licencia Creative Commons no se aplica a los materiales incluidos en la presente publicación que, aunque no son de la OIT, están protegidos por derechos de autor. Si el material se atribuye a una tercera parte, el usuario que utilice dicho material será el único responsable de obtener las autorizaciones necesarias del titular de los derechos y de responder ante cualquier reclamación por vulneración de los derechos de autor.

Toda controversia derivada de la presente licencia que no pueda ser resuelta de manera amistosa será sometida a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). Las partes quedarán vinculadas por el laudo arbitral resultante de dicho arbitraje, que resolverá con carácter definitivo dicha controversia.

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá dirigirse a: rights@ilo.org. Puede obtenerse información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT en: www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220423592 (impreso); 9789220423608 (web PDF)
DOI: https://doi.org/10.54394/BXCD9708

Las denominaciones empleadas en las publicaciones y las bases de datos de la OIT, que están en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen, no implican juicio alguno por parte de la OIT sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Véase: www.ilo.org/descargo-de-responsabilidad.

Las opiniones y puntos de vista expresados en esta publicación incumben solamente a su autor o autores, y no reflejan necesariamente las opiniones, puntos de vista o políticas de la OIT.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la OIT, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Impreso en Perú

© ILO/Crozet M.

Resumen

La existencia de regímenes adecuados de protección social en salud es hoy día más relevante que nunca. Garantizar el acceso a una atención de salud de calidad y sin barreras es esencial para asegurar un piso de protección social. Este acceso no solo es un paso crucial para hacer realidad el derecho humano a la salud y la seguridad social, sino también una condición indispensable para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular la protección social universal (meta 1.3) y la cobertura sanitaria universal (meta 3.8). Los cambios demográficos, la evolución del mundo laboral y del sector de la salud, así como las perturbaciones económicas y medioambientales, exigen sistemas de protección social en salud innovadores y sostenibles.

Apoyándose en un análisis detallado de la experiencia regional de América Latina, esta publicación presenta estrategias concretas para adaptar y ampliar la PSS, basadas en los principios contenidos en las normas de la OIT. Se destacan la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69); el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102); el Convenio (núm. 130) y la Recomendación (núm. 134) sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969, y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), de la OIT. A través de ejemplos de América Latina, se ilustra la manera en que la PSS puede actuar como una política transformadora que permite aumentar la eficacia de los sistemas de protección social en su conjunto y contribuir al mayor bienestar de la población.

Palabras clave: protección social en salud, protección social, cobertura universal en salud, financiamiento de la salud, América Latina, protección social universal, piso de protección social, seguro social, servicio nacional de salud, atención de salud, COVID-19, economía informal, OIT.

Prefacio

La protección social en salud (PSS), que es un componente de los sistemas integrales de protección social y de los sistemas de salud, es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La segunda declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, aprobada en septiembre de 2023, reconoce la importancia fundamental de «la equidad, la justicia social y los mecanismos de protección social [...] para garantizar el acceso universal y equitativo de todas las personas a servicios de salud de calidad sin ocasionarles dificultades económicas». Es necesario garantizar sistemas de protección social en salud universales, integrales, adecuados y sostenibles que respeten el derecho humano a la salud y a la seguridad social. Solo a través de respuestas coordinadas que se apoyen en los marcos jurídicos existentes a nivel nacional podremos alcanzar los objetivos de la Agenda 2030, en particular sistemas de protección social universal, incluidos niveles mínimos (meta 1.3) y la cobertura sanitaria universal (meta 3.8).

Los sistemas de protección social en salud son un instrumento eficaz de respuesta a las crisis y promueven una transición justa. La crisis climática genera cambios que tienen un impacto directo o indirecto en la salud humana. En los últimos años, se ha observado el surgimiento de nuevas enfermedades y amenazas para la seguridad sanitaria, tales como las pandemias, así como su interacción con enfermedades no transmisibles. Los efectos indirectos incluyen perturbaciones de los medios de vida y los sistemas alimentarios, la movilidad humana, los conflictos y la intensificación general de las desigualdades socioeconómicas, que actúan como determinantes de la equidad en salud. El Llamamiento mundial a la acción adoptado en 2021 por la Conferencia Internacional del Trabajo reafirmó la vital importancia de la protección social para una recuperación de la pandemia de la COVID-19 centrada en las personas. La pandemia reveló claramente – en particular en América Latina, una de las regiones más afectadas del mundo en términos de muertes debidas a la pandemia, la absoluta necesidad de políticas de protección social y salud coordinadas, a fin de proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de sus ingresos.

A pesar de los avances logrados en los últimos decenios, el derecho a la salud no es todavía una realidad para todas las personas en América Latina. Persisten las desigualdades en el acceso a los servicios, así como el empobrecimiento debido al elevado gasto de bolsillo en salud. Las deficiencias en la suficiencia de las prestaciones afectan desproporcionadamente a las personas más vulnerables y ponen en peligro el contrato social. Para hacer frente a estos desafíos, se debe prestar más atención al diseño de conjuntos de servicios de salud garantizados, asegurando todo el espectro de la atención de salud, desde la promoción y prevención de la salud hasta la rehabilitación y los cuidados paliativos, con el fin de limitar el gasto directo de los hogares y asegurar la protección de los ingresos durante la enfermedad y la maternidad. Para abordar estas cuestiones, es esencial garantizar compromisos de alto nivel por parte de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, los cuales deben asumir la responsabilidad principal en el diseño, la implementación y el financiamiento de la PSS. Estos esfuerzos deben basarse en principios clave, incluido el financiamiento colectivo, una amplia distribución de los riesgos, y la superación de la fragmentación y la segmentación de los derechos.

El acceso a la PSS es un elemento esencial del trabajo decente, y un ingrediente indispensable para mejorar la cohesión y la justicia social. El presente informe toma como punto de partida el reconocimiento de que los desafíos que plantea la extensión de la cobertura están interrelacionados, y de que abordarlos requiere intercambios de experiencias y conocimientos entre los países, basados en los valores compartidos de solidaridad global, que propician la prosperidad y la paz.

Ana Virginia Moreira Gomes
Directora Regional de la OIT para América Latina y el Caribe

Shahra Razavi
Directora, Departamento de la Protección Social Universal

Agradecimientos

El presente informe ha sido elaborado por un equipo técnico supervisado y coordinado por Lou Tessier, Especialista en Protección de la Salud, Departamento de Protección Social Universal de la OIT; Fabio Durán Valverde, Especialista en Seguridad Social y Desarrollo Económico para América Central, Haití, Panamá y República Dominicana; Pablo Casalí, Especialista en Seguridad Social para los Países Andinos, y Guillermo Montt, Especialista en Protección Social para el Cono Sur de América Latina.

El equipo central de redacción de la síntesis estuvo integrado por (en orden alfabético): Fabio Durán Valverde, Leonardo Merino y Lou Tessier. Los perfiles de país fueron elaborados por Ariela Goldschmidt, Ana-Cristina Mena y Malena Aprile, con aportes del equipo de la OIT y en colaboración con miembros de un equipo de consultoría que redactaron o proporcionaron contribuciones, actualizaciones y revisiones, entre ellos (por orden alfabético de los países): Oscar Cetrángolo (Argentina); Marina Cardenas (Bolivia); Yamila Comes (Brasil); Pablo Villalobos (Chile); Jairo Humberto Restrepo (Colombia); Juliana Martínez Franzoni (Costa Rica); Carmelo Mesa-Lago (Cuba); Arlette Pichardo Muñiz (República Dominicana); Nilda Villacrés (Ecuador); Karin Slowing (Guatemala); Henry Andino Velásquez (Honduras); Miguel González Block (México); Laura Janeth De La Cruz Calderón (Panamá); Rubén Gaete (Paraguay); Hernán Ramos (Perú); Cinzia Innocenti (El Salvador), y Braulio Zelko (Uruguay).

La recopilación de datos primarios y secundarios contó con la orientación y el apoyo de la Unidad de Finanzas Públicas, Actuaría y Estadística del Departamento de Protección Social Universal de la OIT, en particular de Valeria Nesterenko y Zhiming Yu. La finalización del informe también contó con el apoyo de Yesle Kim y Marie Stijns, del Departamento de Protección Social Universal.

Se recibieron contribuciones y comentarios de revisores externos, concretamente Ariela Goldschmidt, Jairo Humberto Restrepo, y Karin Slowing, así como de colegas de la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe y de la sede (en orden alfabético): Pablo Casalí, Maren Hopfe, Ursula Kulke, Guillermo Montt, Helmut Schwarzer y Mónica Vinueza Flores.

También se agradece a Mónica Moreno-Corregidor la edición del informe, a Florian Saint Aubin el diseño de los gráficos, a nuestros colegas de la Unidad de Producción de Publicaciones de la OIT su ayuda en el proceso de producción, y a nuestros colegas del Departamento de Comunicación e Información Pública de la OIT, en la sede y a nivel regional, su colaboración y apoyo continuos para la organización y difusión del presente informe.

Índice

▶ **Resumen** iii

▶ **Prefacio** iv

▶ **Agradecimientos** v

▶ **Índice** vi

Gráficos viii

Diagramas ix

Cuadros ix

Recuadros x

▶ **Abreviaturas y acrónimos** xi

▶ **Resumen ejecutivo** xiii

▶ **Introducción** 1

Objetivo, metodología y estructura del informe 1

La Protección social en salud 2

América Latina y el Caribe 8

▶ **Parte I – Síntesis** 15

Capítulo 1. Panorama de la cobertura y suficiencia de la protección social en salud en América Latina 16

1.1. Cobertura legal y efectiva 17

1.2. Prestación de servicios de salud 28

1.3. Protección financiera 41

Capítulo 2. Prestaciones económicas y su impacto en la salud y el bienestar 53

2.1. La importancia de las prestaciones económicas de protección social para la salud y el bienestar 53

2.2. Prestaciones económicas de enfermedad y maternidad 57

2.3. Otras prestaciones económicas de protección social 62

Capítulo 3. Arreglos institucionales para la protección social en salud, procesos administrativos y coordinación con prestaciones económicas 66

3.1. Gobernanza, mancomunación de riesgos y asignación de recursos a proveedores de servicios de salud 66

3.2. Procesos administrativos y coordinación 77

Capítulo 4. Financiamiento 87

4.1. Aumentar el financiamiento público: una necesidad 88

4.2. Estrategias para la movilización de recursos 94

4.3. Una agenda común entre la salud y la protección social para movilizar recursos públicos 104

Conclusión 107

Resumen de los desafíos regionales en materia de protección social en salud 107

El camino a seguir 108

Referencias 109

Parte II – Perfiles de país 119

Argentina 120

Bolivia 136

Brasil 154

Chile 172

Colombia 193

Costa Rica 207

Cuba 220

Ecuador 233

El Salvador 249

Guatemala 264

Honduras 281

Mexico 295

Panamá 319

Paraguay 341

Perú 360

República Dominicana 380

Uruguay 393

Gráficos

Gráfico 1	Tendencias de la esperanza de vida al nacer y de la tasa de fecundidad bruta (por 1000 mujeres), América Latina y el Caribe, 2010-2023	9
Gráfico 2	Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) en relación con la población en edad de trabajar (15 a 64 años), países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2024 (en porcentajes)	10
Gráfico 3	Personas inmigrantes y emigrantes internacionales, en millones, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2020	11
Gráfico 4	Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, países seleccionados de América Latina y el Caribe, según el nivel de ingreso, 2022 o año anterior más reciente con datos disponibles (en porcentajes)	12
Gráfico 5	Indicador ODS 8.3.1 - Porcentaje de empleo informal con respecto al empleo total en el sector no agrícola, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible (en porcentajes)	13
Gráfico 6	Cobertura sanitaria universal (meta 3.8 de los ODS) y sus cuatro subíndices, por regiones y subregiones relevantes en América Latina y el Caribe, 2021	32
Gráfico 7	Cobertura de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, por regiones y subregiones relevantes en América Latina y el Caribe, 2022 o año anterior más reciente con datos disponible	34
Gráfico 8	Acceso a los servicios de atención de salud materna: porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal calificado en materia de salud; países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2020 o año anterior más reciente	35
Gráfico 9	Densidad de personal de salud calificado con respecto a tres umbrales, América Latina y el Caribe, 2022 o año anterior más reciente con datos disponibles	37
Gráfico 10	Densidad de camas de hospital (por cada 10 000 habitantes), países y regiones seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año más reciente con datos disponibles	38
Gráfico 11	Indicador 3.8.2 de los ODS: incidencia de los gastos en salud excesivos (más del 10 por ciento del ingreso o del consumo anual de los hogares), países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año anterior más reciente con datos disponibles	49
Gráfico 12	Empobrecimiento debido al gasto de bolsillo en atención de salud: porcentaje del gasto nacional de salud de las administraciones públicas y del gasto de bolsillo en el gasto total en atención de salud, y porcentaje de la población que acaba viviendo por debajo del umbral de pobreza relativa (el 60 por ciento del ingreso o del consumo), países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año anterior más reciente con datos disponibles	50
Gráfico 13	Correlación entre el indicador 3.8.1 y el indicador 3.8.2 de los ODS, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible	51
Gráfico 14	Indicador 1.3.1 de los ODS – Porcentaje de la población cubierta por sistemas o pisos de protección social, estimaciones mundiales y regionales y por nivel de ingresos para América Latina y el Caribe, 2023	56
Gráfico 15	Indicador 1.3.1 de los ODS – Porcentaje de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres con recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los vulnerables, estimaciones mundiales y de regiones seleccionadas, 2023	57
Gráfico 16	Porcentaje de la población en edad de trabajar de 15 años o más cubierta legalmente por prestaciones económicas de enfermedad, estimaciones mundiales, regionales y por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, por sexo y tipo de régimen, 2023 o último año disponible	59

Gráfico 17	Porcentaje de mujeres en edad de trabajar mayores de 15 años cubiertas legalmente por prestaciones económicas de maternidad, estimaciones mundiales, regionales y por nivel de ingresos, por sexo y tipo de régimen, 2023	60
Gráfico 18	Indicador 1.3.1 de los ODS: porcentaje de mujeres que dieron a luz y percibían prestaciones monetarias de maternidad, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2023 o último año disponible	62
Gráfico 19	Gasto nacional en salud de las administraciones públicas en proporción al PIB, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 (en porcentajes)	89
Gráfico 20	Gasto nacional en salud de las administraciones públicas, como proporción del gasto del Gobierno general, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000 y 2021 (en porcentajes)	90
Gráfico 21	Gasto corriente en salud (porcentaje del PIB) por fuente de financiamiento, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021	92
Gráfico 22	Ingresos tributarios y las cotizaciones sociales, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2023 o año anterior más reciente con datos disponibles (porcentaje del PIB)	95
Gráfico 23	Gasto del seguro social de salud como porcentaje del gasto público en salud, países y territorios de América Latina con datos disponibles, 2022	98
Gráfico 24	Déficit de financiación de las prestaciones de protección social (cinco prestaciones monetarias) y de las prestaciones sanitarias esenciales por año, en porcentaje del PIB, América Latina y el Caribe (excluidos los países de ingresos altos), 2024	104
Gráfico 25	Gasto público en protección social en América Latina y el Caribe, promedio mundial y regional y por nivel de ingresos para América Latina y el Caribe, 2023 (porcentaje del PIB)	105

Diagramas

Diagrama 1	Estrategia bidimensional para ampliar la cobertura	4
Diagrama 2	Cobertura de protección social integral en salud: un marco para considerar la salud y algunos de sus determinantes sociales a lo largo del ciclo de vida	5

Cuadros

Cuadro 1	Principios de la OIT para orientar los sistemas de protección social en salud	7
Cuadro 2	Dimensiones de cobertura y suficiencia de las prestaciones de atención de salud	17
Cuadro 3	Estados de América Latina y el Caribe que han ratificado el Convenio núm. 102 o normas de nivel superior	18
Cuadro 4	Mecanismos de protección social en salud en 17 países de América Latina	20
Cuadro 5	Identificación de la población derechohabiente en 17 países de América Latina	21
Cuadro 6	Métodos de pago o asignación de recursos a proveedores en el mundo	75

Recuadros

Recuadro 1	Instrumentos internacionales de derechos humanos y normas de seguridad social pertinentes	3
Recuadro 2	Prestaciones de salud adecuadas	6
Recuadro 3	El Seguro Social Campesino en Ecuador	27
Recuadro 4	Principios de diseño	29
Recuadro 5	Pagos formales e informales a proveedores de salud	42
Recuadro 6	Limitaciones en el monitoreo de la protección financiera efectiva	46
Recuadro 7	Niveles mínimos de protección para las prestaciones económicas por maternidad	61
Recuadro 8	Protección social y buena gobernanza: principios clave de la Recomendación núm. 202 de la OIT	69
Recuadro 9	Pagos por capitación a entidades aseguradoras	71
Recuadro 10	Utilización de registros sociales en la protección social en salud: el caso de Colombia	79
Recuadro 11	Delegación de funciones administrativas a las Entidad Promotora de Salud en Colombia e impacto en los pagos a proveedores de salud	80
Recuadro 12	Programas de transferencias condicionadas en países seleccionados de América Latina	85
Recuadro 13	Subsidios a las cotizaciones sociales para categorías de trabajo vulnerable en Costa Rica	97

Abreviaturas y acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AUH	Asignación Universal por Hijo
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CIET	Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo
CSS	Caja de Seguro Social de Panamá
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral
EPS	Entidad Promotora de Salud (Colombia)
EPS	Entidad Prestadora de Salud (Perú)
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IPS	Instituto de Previsión Social (Chile y Paraguay)
IPS	Institución Prestadora de Servicios (Colombia)
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia)
MINSA	Ministerio de Salud (Ecuador y Panamá)
MINSAP	Ministerio de Salud Pública (Cuba)
MSP	Ministerio de Salud Pública (Ecuador y El Salvador)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala)
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)

ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PMO	Programa Médico Obligatorio
PSS	Protección social en salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
Sisbén	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SINIRUBE	Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado
SUF	Subsidio Único Familiar
SUS	Sistema Único de Salud (Bolivia y Brasil)
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen ejecutivo

El derecho a tener acceso a la atención de salud sin barreras, objeto de este informe, es un componente de los sistemas integrales de protección social y de los sistemas de salud. La protección social en salud (PSS) es un pilar central de los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como de las normas internacionales sobre seguridad social, y también proporciona un marco basado en los derechos que contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de protección social universal (meta 1.3) y cobertura sanitaria universal (meta 3.8).

En esta publicación se analizan las experiencias de los países de América Latina en sus esfuerzos por hacer realidad el derecho a la PSS mediante sistemas de salud y de protección social resilientes, eficaces, inclusivos, suficientes y sostenibles a largo plazo. Se examinan los avances logrados y los desafíos que se plantean, así como las brechas de cobertura y sus causas. Asimismo, se proporciona información concreta para diseñar, ampliar, adaptar e implementar sistemas y políticas en relación con esto. El informe está estructurado en dos partes: la primera parte es una síntesis que proporciona un análisis comparativo, y la segunda parte describe la situación de 17 países en términos de PSS.

El informe contiene un análisis cruzado de la cobertura legal y efectiva de la PSS, así como de su adecuación o suficiencia en algunos países de América Latina. También compara los mecanismos institucionales que los países han establecido para hacer efectivo este derecho y garantizar su integración y sinergias positivas con otras prestaciones de protección social. Por último, el análisis pretende comparar los mecanismos y niveles de financiamiento que los países de América Latina dedican a la salud y la protección social como posible causa fundamental de las brechas de cobertura y suficiencia. Las principales conclusiones son las siguientes:

- Casi todos los países de América Latina han establecido el derecho a la PSS en sus marcos jurídicos, y en la mayoría de los casos este derecho es constitucional. Prácticamente toda la población de la región ha establecido el derecho legal a acceder a servicios de salud sin barreras financieras, y los migrantes en situación irregular están desproporcionadamente representados en las brechas de cobertura legal.

- Los esfuerzos para universalizar los sistemas de salud y de protección social y garantizar el derecho a la PSS han sido notorios, aunque con diferentes ritmos y trayectorias en los diversos países. Sin embargo, las estimaciones de la OIT indican que, en 2023, cuatro de cada cinco personas en América Latina y el Caribe estaban afiliadas efectivamente a un régimen o programa concreto de PSS, por lo que una de cada cinco personas no se beneficiaba de protección.

- Muchos países de América Latina y el Caribe han realizado notables progresos en términos de cobertura de la población; sin embargo, la suficiencia de las prestaciones de PSS continúa siendo un reto:
    - Segmentación de los derechos. En el marco jurídico o en la práctica, en la mayoría de los países los niveles de PSS son diferentes en los diversos regímenes de PSS, que benefician a distintos sectores de la población dentro de los países, y pocos países han logrado superar esta desigualdad, que refleja desigualdades más profundas en el mundo laboral y en las diversas zonas geográficas y grupos sociales.
    - El rango de prestaciones cubiertas. A pesar de las importantes reformas recientes, la visión de la atención primaria de salud todavía no es una realidad en muchos países. Aun impera un enfoque de atención curativa; las intervenciones de prevención y promoción podrían reforzarse, y es preciso ajustar la oferta de prestaciones a las necesidades de una demografía cambiante, y coordinarse mejor con otros servicios y programas de protección social.
    - Aunque la mayoría de los regímenes de PSS no prevén la participación financiera o prevén copagos limitados, la región muestra altos niveles de gasto de bolsillo, lo que indica que los sectores de la población cubiertos acceden a servicios fuera de los mecanismos de PSS.
    - Persisten necesidades insatisfechas en materia de salud, que afectan desproporcionadamente a los países menos ricos y, dentro de los países, a los sectores de la población de ingresos más bajos. Las barreras institucionales y financieras son las principales causas.

- A nivel regional, sigue observándose una gran fragmentación, con más de 60 regímenes y programas en 17 países analizados. Con excepción de Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Uruguay, la mayoría de los países de América Latina tienen arreglos institucionales fragmentadas para la prestación de PSS, y existen diversos regímenes gestionados por varias instituciones. Las estructuras de gobernanza siguen esta fragmentación, lo que reduce el alcance efectivo tanto del papel de regulación que desempeñan los ministerios de Salud en el sector de la salud, como de los mecanismos de participación y diálogo social de cada régimen de PSS, pero también del sistema de protección social considerado en su conjunto.

- En la mayoría de los países, cada institución de PSS cuenta con su red de proveedores de gestión propia, lo que significa que diferentes sectores de la población no acceden a los mismos proveedores, dependiendo del régimen de PSS que tengan. Esta fragmentación reduce la mancomunación de riesgos y disminuye la capacidad de compra de cada institución y las economías de escala, así como la eficiencia de los procesos administrativos. Aun así, en ciertos aspectos, la región ha realizado progresos en lo que respecta a la innovación en materia de procesos administrativos en los regímenes de PSS. Este es el caso de la utilización de registros sociales junto con programas de asistencia social, o de la utilización de la recaudación de cotizaciones sociales conjuntamente con sistemas de simplificación del registro de microempresas o de personas trabajadoras independientes.

- Las prestaciones económicas de protección social tienen un impacto directo en los determinantes sociales de la salud a través del apoyo a la seguridad de los ingresos a lo largo del ciclo de vida y la facilitación del acceso a servicios esenciales. En particular, las prestaciones que aseguran un ingreso decente durante la enfermedad o la maternidad complementan el acceso a los servicios de salud, permiten la recuperación física y facilitan la tranquilidad mental, y apoyan el seguimiento del tratamiento y la capacidad de las personas para acceder a alimentos y otros bienes de primera necesidad. La situación en cuanto a las prestaciones económicas de protección social en América Latina muestra déficits importantes, debido a que menos de dos tercios de la población está cubierta por sistemas o pisos de protección social, lo cual disminuye su potencial para contribuir a la salud y el bienestar.

- La escasez de financiamiento público adecuado y sostenible es un mayor determinante de las dificultades para alcanzar la meta 3.8 de los ODS sobre la cobertura sanitaria universal en sus diversas dimensiones. El gasto de las administraciones públicas en salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe es inferior al promedio mundial, así como al promedio de las Américas, aunque la importancia concedida a la salud en términos del porcentaje del gasto público total ha experimentado un ligero aumento. El gasto privado en salud sigue siendo una parte importante del gasto total en salud y es superior al promedio mundial. Las brechas de cobertura y suficiencia de la PSS reflejan estos déficits de financiamiento público.

- Urge abordar las deficiencias en materia de PSS, y más ampliamente de salud y protección social, mediante la movilización de recursos adicionales y suficientes. Las sociedades deben invertir en sistemas de salud y protección social sólidos que respondan a las crisis - como la pandemia de COVID-19 -, a fin de garantizar la salud pública y proporcionar una vía para la recuperación económica equitativa. La movilización de recursos, en el contexto de la situación económica actual de la región, exige una combinación de diversas medidas que deben tener en cuenta las fuentes de ingresos existentes en cada país. Los ingresos tributarios representan una fuente importante y el ratio de impuestos como porcentaje del PIB indica la necesidad de adoptar medidas para ampliar la base imponible. Los esfuerzos de registro de las empresas y de formalización del empleo pueden combinarse con una recaudación de impuestos saludable. Estos esfuerzos deben ir acompañados del aumento de la eficiencia de los sistemas de salud y protección social, a lo que podría contribuir la reducción de la fragmentación institucional.

- Las brechas de cobertura están relacionadas con los grandes déficits de financiamiento, que han aumentado considerablemente desde el inicio de la crisis causada por la COVID-19. En 2023, el gasto público total en protección social y en salud representó el 15,0 por ciento del PIB en América Latina y el Caribe, manteniéndose por debajo del promedio mundial (el 19,3 por ciento). Dados estos niveles de inversión, la región se enfrenta a un déficit de financiamiento que limita la posibilidad de garantizar un piso de protección social y hacer realidad las metas 1.3 y 3.8 de los ODS. Las estimaciones disponibles indican que el gasto público en América Latina y el Caribe tendría que aumentar en aproximadamente 2,7 puntos porcentuales del PIB, de los cuales un punto porcentual debería orientarse a salud. La lógica subyacente a una inversión conjunta y coordinada en salud y protección social, como unas políticas

complementarias que tengan un impacto conjunto sinergético, es un aspecto bastante evidente. Aun así, en muchos países estas políticas compiten para obtener recursos, y es necesario reforzar una visión unificada para movilizar recursos domésticos.

El análisis de las experiencias y trayectorias de los países de América Latina evidencia que no existe una solución única para lograr la PSS universal. Es cierto que, al menos hasta cierto punto, los países se enfrentan a retos comunes. La inversión en sistemas robustos de PSS basados en los derechos es esencial para que se cumplan las tareas y se alcancen las metas hacia la universalización que han iniciado (de forma más o menos temprana), siguiendo las iniciativas internacionales. La pandemia de COVID-19 recordó a la región la importancia de contar con sistemas sólidos de PSS y, de hecho, la crisis mostró y potenció las desigualdades existentes, que aumentaron el impacto del fenómeno en la región. Lograr inversiones públicas suficientes y adoptar una perspectiva solidaria en el financiamiento son factores clave para garantizar el acceso a la atención de salud sin barreras. Esto requiere integrar otros aspectos de la protección social propiamente dicha, que permitan combatir de manera paralela y urgente la pobreza y la desigualdad, y encarar los grandes retos a los que se enfrenta el mercado laboral que debilitan la capacidad de los Estados para mejorar los resultados en materia de salud y bienestar.

©Freepik

Introducción

El establecimiento formal de un conjunto de derechos, garantías y prestaciones sociales compartidas para todas las personas y el compromiso político con los mismos han sido uno de los avances más importantes en los marcos normativos e institucionales de los países en todo el mundo y en América Latina (OIT 2021a). En este sentido, el acceso a la protección social universal está vinculado directamente con los derechos humanos, y es uno de los cuatro pilares del Programa de Trabajo Decente que promueve la justicia social, así como un pilar central de los ODS de la Agenda 2030, vinculados directamente con la salud y el bienestar (OIT 2022). La protección social universal es crucial para la prevención y reducción de la pobreza y el hambre, la desigualdad de todo tipo y la exclusión social. También constituye una medida eficaz de respuesta a las crisis, debido a que permite el acceso a la atención de salud sin barreras financieras y el apoyo a la seguridad de los ingresos. Por lo tanto, contribuye a estabilizar la demanda agregada y a mantener niveles decentes de vida que cumplan con las condiciones necesarias para la población; aumenta la resiliencia frente a futuras perturbaciones económicas, el cambio climático y las pandemias, y favorece una recuperación más rápida y equitativa hacia un crecimiento y un desarrollo integradores (OIT 2022). En ese contexto, la PSS es uno de los elementos centrales del avance hacia la consecución de los objetivos de ampliar las oportunidades y mejorar las condiciones de vida de la población en América Latina. En la región persisten preocupantes desigualdades, tanto entre los países como dentro de ellos, en su población, sus sectores económicos y sus grupos de diversa naturaleza (sociales, étnicos, culturales y territoriales), que se reflejan en los resultados en materia de salud, y en los determinantes sociales de la salud, incluido el acceso a la atención de salud.

Objetivo, metodología y estructura del informe

Las políticas y programas de PSS y los sistemas nacionales de protección social en general exigen adaptarse a las diversas realidades socioeconómicas de los países, al tiempo que responden a los cambios demográficos, laborales y epidemiológicos que experimenta la región de América Latina y el mundo en su conjunto. Por este motivo, no existe un único enfoque para lograr la PSS universal. Por regla general, se ha señalado que los países de la región tienen trayectorias distintas, muestran niveles de compromiso y logro diferenciados, y diseñan sistemas muy diferentes para encarar ese desafío.

Esta publicación recopila de manera comparada las experiencias de países de la región en lo que respecta a sus esfuerzos por establecer sistemas universales de PSS que sean resilientes, eficaces, inclusivos, suficientes y sostenibles a largo plazo. Examina los avances logrados y los desafíos que se plantean, así como las brechas de cobertura y sus causas. Su principal objetivo es mostrar la función de la PSS como herramienta de política a fin de reducir las barreras financieras para el acceso efectivo a la atención de salud. Así, brinda a los profesionales y a los responsables de la toma de decisiones información concreta para diseñar, ampliar, adaptar e implementar sistemas y políticas transformadoras, que permitan lograr la redistribución y el acceso efectivo e inclusivo a la atención de salud sin barreras financieras, para todas las personas.

Esta publicación tiene como objetivo ayudar a comprender cómo se estructuran los sistemas de PSS de América Latina, y cómo se han logrado avances progresivos en la extensión de la cobertura y la suficiencia de las prestaciones de salud para la población. Con este fin, el documento se guía por las siguientes preguntas: ¿Cómo se extiende la cobertura a diferentes grupos de la población? ¿Cómo se garantiza y se extiende con el tiempo un conjunto de prestaciones? ¿Qué medidas se implementan para limitar los gastos de bolsillo? ¿Cómo se recaudan los recursos para asegurar la solidaridad? ¿Cómo se asignan los recursos para financiar los servicios de salud, a fin de garantizar que estos sean costo-efectivos en su objetivo de satisfacer las necesidades de atención de salud de la población? ¿Qué medidas se toman para garantizar la disponibilidad de servicios médicos de calidad, accesibles y aceptables para toda la población? ¿Qué tipo de arreglos institucionales se definen para mejorar la coordinación y gobernanza de la PSS? Y, subyacente a todo esto, ¿cómo se movilizan los recursos para lograr la PSS universal? El presente informe pone de relieve los progresos realizados, los desafíos que se plantean y las brechas de cobertura existentes, y explora sus causas fundamentales.

El informe está estructurado en dos partes: la primera parte es una síntesis que proporciona un análisis comparativo, y la segunda parte describe la situación de 17 países en términos de PSS . La primera parte del informe presenta enfoques prácticos en materia de cobertura, suficiencia de las prestaciones, los

arreglos institucionales, la movilización de recursos en materia de PSS, y la coordinación con las prestaciones económicas de protección social. La segunda parte del informe está compuesta de estudios de caso: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. A menos que se especifique lo contrario, los ejemplos y la información sobre estos casos en concreto, proporcionados a lo largo de la primera parte del documento, se obtienen de estos perfiles de países, que contienen las referencias completas e información más detallada. En la introducción, se aclara el marco conceptual de la PSS utilizado a lo largo del informe y se explican elementos clave del contexto latinoamericano.

▶ Protección Social en Salud

Un concepto sustentado por el marco de los derechos humanos

La PSS proporciona un marco basado en los derechos que contribuye a la cobertura universal en salud. Como componente de los sistemas integrales de protección social, la PSS designa una serie de medidas públicas, o públicamente organizadas y exigidas por medio del sector público o privado, que se centran en lograr: *a)* el acceso efectivo a la atención de salud de calidad sin barreras, y *b)* la seguridad de los ingresos para compensar las pérdidas salariales en caso de enfermedad (OIT 2008). La falta de atención de salud accesible y de calidad contribuye tanto a la mala salud como al empobrecimiento de las poblaciones, y tiene un mayor impacto en las personas más vulnerables. Por esta razón, el principio de universalidad de la cobertura se viene subrayando desde hace muchos años en las normas sobre seguridad social como una meta imprescindible para los sistemas de protección social en general. En 1944, la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), de la OIT, introdujo el principio de universalidad, estableciendo que el servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, «estén ocupados o no».

La PSS está arraigada en este marco conceptual y práctico impulsado por la OIT y representa el mecanismo óptimo para hacer realidad los derechos humanos a la salud y la seguridad social (OIT 2020a). Por lo tanto, las normas internacionales sobre seguridad social elaboraron un corpus normativo que contenía orientaciones detalladas sobre los principios que deberían guiar el establecimiento de mecanismos para garantizar la PSS, así como los niveles mínimos de protección que los países deberían alcanzar, en particular a través del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102); el Convenio (núm. 130) y la Recomendación (núm. 134) sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969, y el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183) (recuadro 1).

Recuadro 1. Instrumentos internacionales de derechos humanos y normas de seguridad social pertinentes

- Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), de la OIT.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículos 22 y 25.
- Convenio sobre seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), Parte II, de la OIT.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965, artículo 5,e),iv).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, artículos 9, 11 y 12.
- Convenio (núm. 130) y Recomendación (núm. 134) sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969, de la OIT.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979, artículos 11,1)e) y f), 2,b) y d), 12 y 14,2),b) y c).
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, artículos 24 y 26.
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990, artículos 28, 43,e) y 45,c).
- Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), de la OIT.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, artículos 25 y 28.
- Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), de la OIT.

Paralelamente, el derecho a la salud tiene también raíces formales en otras entidades y esfuerzos internacionales. Fue enunciado de manera formal en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 y por instrumentos de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que incluye la salud y la seguridad como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, estipulando que:

> *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad» (artículo 25.1).*

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 12, reconoce además el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Además, exige a los Estados firmantes adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, en particular medidas para mejorar la salud infantil, la salud ambiental y ocupacional, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la creación de condiciones que aseguren a todos los servicios médicos en caso de enfermedad. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no se limita a garantizar el acceso oportuno a atención de salud adecuada, sino que se extiende también a los determinantes subyacentes de la salud (acceso a agua potable y saneamiento adecuado; suministro adecuado de alimentos seguros, nutrición y vivienda; condiciones laborales y ambientales saludables, y acceso a educación e información relacionadas con la salud). Es decir, los derechos humanos a la salud y a la seguridad social se apoyan mutuamente y se entienden como una obligación de garantizar el acceso efectivo y universal a una protección adecuada (Naciones Unidas 2019).

Estrategias para la ampliación de una cobertura adecuada

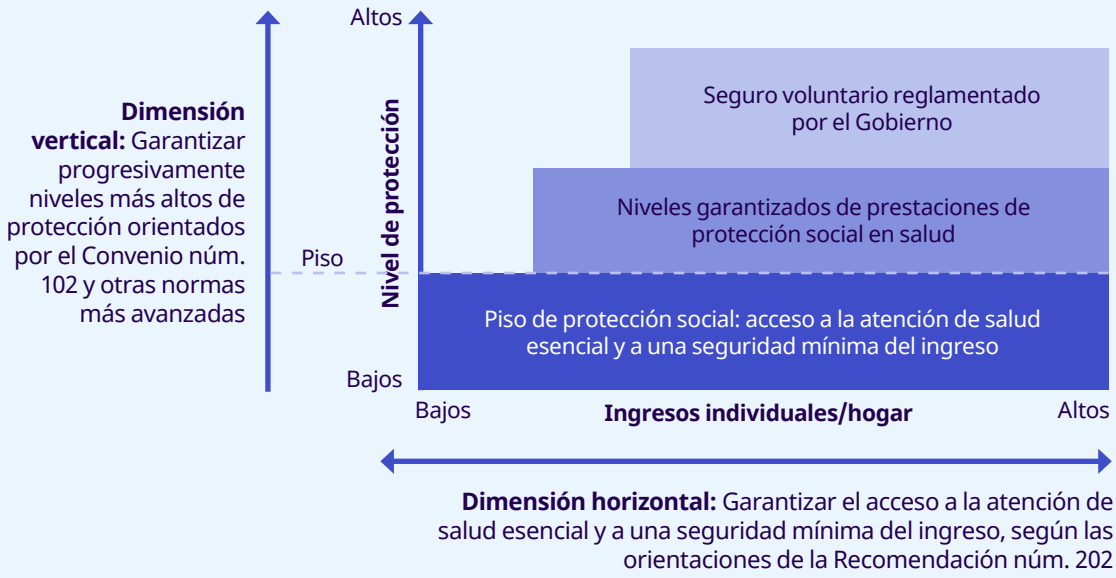
En el marco de los instrumentos arriba mencionados, en América Latina se intensificaron los esfuerzos para ampliar las garantías de PSS y su cobertura universal, en algunos países en una fase más temprana, durante la segunda mitad del siglo XX en particular, y en otros más recientemente, tras importantes reformas políticas emprendidas en la región entre finales del siglo XX y las dos primeras décadas del presente siglo. Después de la crisis económica de 2007-2008, quedó aún más claro que la protección social, incluida la atención de salud, debía universalizarse para amortiguar los efectos multidimensionales de las crisis cíclicas en un mundo interconectado con una economía globalizada, tal como se confirmó posteriormente con otros tipos de crisis, como la causada por la pandemia de COVID-19. En 2008, los mandantes de la OIT adoptaron la *Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa*, que presentó la

protección social como uno de los cuatro objetivos del Programa de Trabajo Decente. Con este impulso, estudiaron la necesidad de adoptar una nueva norma que proporcionara orientación sobre estrategias encaminadas a lograr la extensión universal de la protección social.

La Recomendación núm. 202 fue adoptada posteriormente por la Conferencia Internacional del Trabajo y reconoció que el acceso efectivo a la atención de salud esencial sin barreras, era la primera de cuatro garantías básicas de seguridad social que constituyen los pisos nacionales de protección social; estos deben convertirse en una realidad universal como prioridad (OIT 2012b y 2011). Reconociendo este importante paso adelante para forjar un consenso internacional en torno a la cobertura universal en salud, en 2012 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una Resolución sobre salud mundial y política exterior, que destaca «la importancia de la cobertura universal en los sistemas de salud nacionales, especialmente a través de la atención primaria de salud y la protección social, incluidos y mecanismos de protección social, incluidos los pisos de protección social determinados a nivel nacional» (Naciones Unidas 2012).

Las normas internacionales sobre seguridad social reconocen la diversidad de las circunstancias nacionales. Por lo tanto, ofrecen un enfoque para la extensión de la cobertura, según el cual los Estados Miembros no solo deben garantizar niveles mínimos de protección social acordados internacionalmente para toda la población (dimensión horizontal) a corto plazo, sino también asegurarse de que alcancen progresivamente niveles más altos de protección social tan pronto como lo permitan sus circunstancias nacionales (dimensión vertical). La dimensión horizontal tiene como objetivo cubrir a toda la población a través de cuatro garantías básicas, incluida la PSS según la Recomendación núm. 202 (OIT 2021a, 2017 y 2019a). Por otro lado, la dimensión vertical busca mejorar de forma progresiva la suficiencia de las prestaciones y garantizar niveles más altos de protección. Se establece un nivel mínimo de prestaciones que debe estar garantizado por ley según las normas de la OIT. Esta estrategia bidimensional tiene como objetivo fomentar la sostenibilidad del papel redistributivo de los sistemas de protección social y asegurar que las contingencias del ciclo de vida de las personas sean riesgos gestionados colectivamente, lo cual es fundamental para garantizar la cohesión social.

▶ Diagrama 1. Estrategia bidimensional para ampliar la cobertura



Fuente: Adaptado de OIT (2012b).

El Convenio núm. 102 establece niveles mínimos de protección y promueve un enfoque integral de la protección social, incluido el acceso a la atención de salud sin barreras, como una de las nueve contingencias cubiertas (diagrama 1). Por lo tanto, es una herramienta importante, no solo para abordar el acceso a intervenciones de salud sin barreras, sino también para garantizar una seguridad mínima del ingreso, lo que a su vez aborda algunos de los determinantes sociales de la salud (OIT 2024a). Según se detalla en el diagrama 2, el nivel de prestaciones en materia de PSS abarca, a su vez, dos dimensiones con requisitos mínimos: i) la gama de servicios efectivamente accesibles, y ii) la protección financiera frente a los costos de dichos servicios.

Diagrama 2. Cobertura de protección social integral en salud: un marco para considerar la salud y algunos de sus determinantes sociales a lo largo del ciclo de vida

Contingencia	Acceso a atención de salud sin privaciones	Seguridad del ingreso
Atención de salud	Cobertura integral de salud, incluyendo maternidad y cuidados de larga duración	
		Apoyo a los ingresos
Enfermedad		Apoyo a los ingresos
Maternidad	Cobertura integral de salud, incluyendo maternidad y cuidados	Apoyo a los ingresos
Discapacidad		Apoyo a los ingresos
Desempleo		Apoyo a los ingresos
Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	Cobertura integral de salud, incluyendo maternidad y cuidados	Apoyo a los ingresos
Vejez		Apoyo a los ingresos
Muerte		Apoyo a los ingresos

Fuente: OIT (2021f), basado en el Convenio núm.102.

▶ Recuadro 2. Prestaciones de salud adecuadas

Conjunto de servicios efectivamente accesibles

Aunque los pisos de protección social deben garantizar al menos la prestación de «atención de salud esencial» a nivel nacional, incluida atención prenatal y puerperal gratuita, los países deben avanzar gradualmente hacia una protección más extensa para toda la población. Este impulso para avanzar se pone de relieve en los Convenios núms. 102 y 130, los cuales exigen que se establezca en la legislación nacional una oferta amplia e integral de servicios.

En relación con el conjunto de prestaciones, los convenios y recomendaciones pertinentes fomentan la prestación de un conjunto integral de servicios de salud que tienen por objeto preservar, restablecer o mejorar la salud de las personas. Esto implica, como mínimo, el acceso a la atención preventiva y curativa, incluidos servicios ambulatorios y hospitalarios, junto con los tratamientos necesarios. La Recomendación núm. 134 amplía las pautas establecidas en el Convenio núm. 130 al destacar la importancia de incluir el suministro necesario de asistencia médica, así como servicios de convalecencia. Para que los servicios se consideren adecuados, según las normas de la OIT y los mecanismos de control del cumplimiento de los derechos humanos, deben cumplir los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Recomendación núm. 202, párrafo 5,a), y ACNUDH, 2021). Los criterios que garantizan la idoneidad de los servicios de salud abarcan, según el ACNUDH (2021):

- Disponibilidad: suficientes instalaciones, bienes, servicios y programas disponibles.
- Accesibilidad: no discriminación; accesibilidad física, económica y de información.
- Aceptabilidad: establecimientos, bienes y servicios que respeten la ética médica y sean culturalmente apropiados.
- Calidad: instalaciones, bienes y servicios apropiados desde el punto de vista científico, médico y de calidad.

Protección financiera

Las normas de la OIT establecen que el acceso a la atención de salud debe ser «sin privaciones». Esto significa que los pagos de bolsillo no deben ser la principal fuente de financiamiento de los sistemas de salud. Las normas sobre la contribución económica deben diseñarse de tal manera que eviten dificultades y limiten los copagos, y se garantice la gratuidad de la atención de la maternidad. Aunque pueda aplicarse un período de calificación (por ejemplo, un cierto número de cotizaciones o años de residencia), este debe ser limitado para prevenir la existencia de barreras.

Fuente: OIT (2021f) y ACNUDH (2021).

La ampliación de la cobertura de las prestaciones (monetarias) de enfermedad adopta un enfoque similar. Las normas de la OIT abordan la seguridad de los ingresos a través de medidas públicas para compensar la pérdida de ingresos por enfermedad, cuarentena, la búsqueda de asistencia o el cuidado de una persona dependiente enferma (OIT 2020b). Estas prestaciones se otorgan en forma de pagos periódicos en efectivo, garantizando que el costo de buscar atención de salud no sea un incentivo para renunciar a la atención de salud. Asimismo, evitan que las personas regresen al trabajo antes de recuperarse por completo y, en el caso de las enfermedades transmisibles, son un incentivo para asumir el periodo de aislamiento adecuado y, por ende, para prevenir el riesgo de infección a otras personas (OIT 2024a).

Las normas internacionales sobre seguridad social reconocen la diversidad de disposiciones financieras e institucionales que los países pueden adoptar para alcanzar los niveles mínimos de protección. Por lo tanto, no preconizan un modelo único de protección, sino que ofrecen una serie de principios rectores fundamentales aplicables a todos los sistemas. Sus consecuencias principales se detallan en el cuadro 1.

▶ Cuadro 1. Principios de la OIT para orientar los sistemas de PSS

Principio	Explicación
Protección universal	La salud y la seguridad social son derechos humanos y deben garantizarse a todas las personas, sin dejar a nadie atrás.
Diversidad de enfoques y realización progresiva	Pueden existir diversos mecanismos de financiamiento, asignación de recursos y prestación de asistencia de salud mientras se respeten los principios rectores. La realización progresiva reconoce que no todos los Estados pueden movilizar los recursos necesarios para cumplir inmediatamente las normas internacionales. Exige que los Estados adopten medidas para establecer gradualmente un nivel mínimo de protección de salud mediante la movilización del máximo de recursos disponibles, los cuales deben aumentar para garantizar los niveles más altos de salud y seguridad social al mayor número de personas lo antes posible, y se abstengan al mismo tiempo de adoptar medidas regresivas.
Mancomunación de riesgos y financiamiento solidario	Los mecanismos de financiamiento colectivo para cubrir los costos de atención de salud, maternidad y enfermedad se promueven porque generan efectos redistributivos positivos y transfieren los riesgos de los individuos a la colectividad.
Responsabilidad general y principal del Estado	El Estado es responsable de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud y a la seguridad social, en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos y las normas internacionales sobre seguridad social. Este tiene la responsabilidad general y principal de administrar correctamente los regímenes de atención de salud, maternidad y enfermedad y la debida prestación de beneficios. Esto incluye garantizar la sostenibilidad financiera, la recaudación de ingresos, la mancomunación de riesgos y la asignación de recursos y la prestación de servicios de salud
Suficiencia de las prestaciones	La atención de salud y las prestaciones económicas de enfermedad y maternidad deben ser suficientes y satisfacer las necesidades de todas las personas en términos de su gama, alcance y calidad. La protección financiera debe estar en consonancia con los criterios mínimos establecidos en las normas internacionales sobre seguridad social.
Previsibilidad de las prestaciones	El marco jurídico nacional debe establecer las prestaciones y garantizar los recursos financieros necesarios para que estas se otorguen en las situaciones y condiciones establecidas.
No discriminación, igualdad de género e inclusión social	El diseño de los sistemas de PSS debe garantizar la no discriminación, la igualdad de género y la respuesta a las necesidades especiales.
Sostenibilidad fiscal y económica, prestando particular atención a la justicia social y la equidad	El sistema de PSS debe asumir los costos de su funcionamiento en el contexto del país, garantizar la equidad y regularse a través de un amplio marco de rendición de cuentas.
Participación, diálogo social y rendición de cuentas	Las estructuras de gobernanza incluyen la representación tripartita, el diálogo con las personas protegidas y los empleadores, mecanismos de consulta con otras organizaciones pertinentes y representativas de las personas afectadas, y procedimientos de reclamación y recurso eficaces y accesibles en el marco de la rendición de cuentas.
Diseño de sistemas integrales de protección social	La PSS debe formar parte integral de los sistemas de protección social coordinados, coherentes y comprehensivos.

Fuente: OIT (2020a).

Protección Social en Salud y los Objetivos de Desarollo Sustenible

La PSS es una piedra angular para alcanzar la meta de la cobertura universal en salud y asegurar la protección financiera y el acceso efectivo a las intervenciones de salud. En el marco de los ODS de la Agenda 2030, la PSS converge con dos objetivos concretos estrechamente relacionados con la meta de la cobertura sanitaria universal (meta 3.8) y los sistemas de protección social universal (meta 1.3). Estas medidas buscan que las personas tengan una vida saludable y digna, lo que constituye un pilar central del desarrollo sostenible y la justicia social. Además, ambos contribuyen al objetivo de erradicar la pobreza, el hambre

y la desigualdad (ODS 1, 2 y 10) y, por supuesto, de mejorar la salud y el bienestar (ODS 3). La extensión de la PSS a toda la población también es crucial para el ODS 8 sobre el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, contribuyendo a una transición justa frente al desafío que plantea el cambio climático. Este logro requiere una fuerza de trabajo que tenga un buen estado de salud. Las enfermedades y la incapacidad para acceder a la atención de salud – debido a barreras financieras, geográficas, sociales o de otro tipo – afectan negativamente a la productividad laboral. La ausencia de protección financiera en situaciones de enfermedad mina la capacidad de los hogares para invertir en activos productivos y los sume en la pobreza. Indirectamente, la PPS respalda también la consecución de otras metas de los ODS, tales como la meta 5.4 sobre igualdad de género y la meta 10.4 sobre políticas de protección social y una mayor igualdad.

▶ América Latina y el Caribe

Realidades diversas

América Latina y el Caribe es una región conocida no solo por su gran diversidad en el plano físico y geográfico, sino también por su carácter multicultural y multiétnico, determinado por procesos históricos de distinta trayectoria emprendidos por sus países en la construcción de sus sociedades y Estados, y por las diferentes condiciones de vida y oportunidades para la población. Esta gran diversidad se manifiesta asimismo en grandes desigualdades, tanto entre los países como dentro de ellos, entre los grupos sociales, los territorios, los géneros. etc. La región se caracteriza por una marcada desigualdad social y económica, lo que da gran importancia a las políticas y esfuerzos de protección social en general, incluida la protección social en la salud, tanto por los logros ya obtenidos como por los retos que plantea ampliar y mejorar su alcance, e incluir a toda la población, sin dejar a nadie atrás.

El informe se concentra en 17 países de la región de América latina[1], que representan la mayor parte de su población y para los cuales fue posible el acceso a información; incluye países centroamericanos (como Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Panamá), América del Sur (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay) y del Caribe (Cuba y República Dominicana).

Demografía

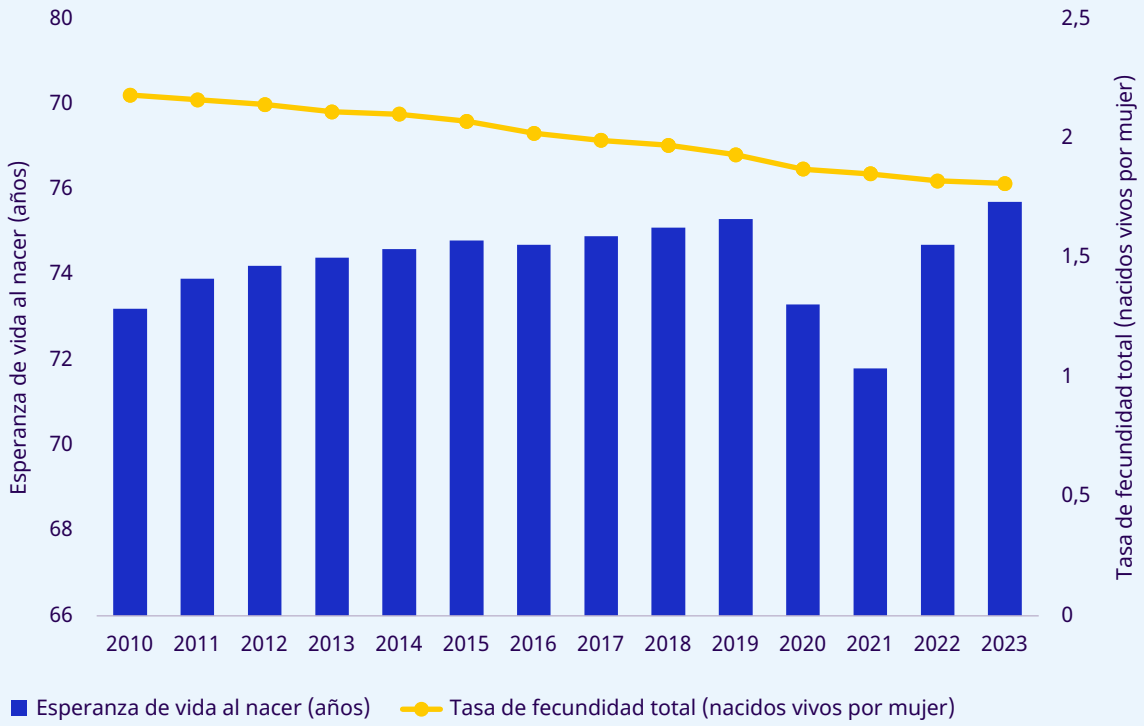
Según los datos disponibles (Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2022), se estima que, en 2022, la población de América Latina y el Caribe alcanzó 600,3 millones de personas, es decir, prácticamente cuatro veces de la que existía en 1950, y se prevé que empezará a decrecer dentro de 34 años. Este ritmo muestra diferencias entre los países. Algunos ya alcanzaron su población máxima en 2022 (Aruba, Cuba, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, y Uruguay), y otros la sobrepasarán a finales de este siglo (Bolivia, Guayana Francesa, Haití y Panamá). Se estima que la región alcanzará su población máxima en 2056. Cabe mencionar que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto demográfico en la región; entre 2019 y 2021, se perdieron 2,9 años de esperanza de vida al nacer, y es la región del mundo que experimentó un mayor descenso en ese indicador por dicha causa (CEPAL 2022). En términos de salud, la región ha experimentado cambios históricos importantes. La esperanza de vida al nacer aumentó de forma sostenida entre 1950 y 2019, al pasar de 48,6 a 75,2 años (CEPAL 2022). Sin embargo, al igual que sucede en todos los países en desarrollo, la región continúa enfrentándose a grandes retos.

Los desafíos están relacionados con la adaptación a importantes cambios demográficos: el envejecimiento de la población y el fin del bono demográfico (gráfico 1). De aquí a 2047, se prevé que las personas de 60 años o más superarán en número a las menores de 15 años, aunque con ritmos muy distintos entre países y territorios: «(...) 16 países (Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba,

[1] Cuya población total, en 2023, representaba aproximadamente el 91,0 por ciento de la población total de América Latina y el Caribe, según los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. *Perspectivas de la población mundial (revisión de 2024)*.

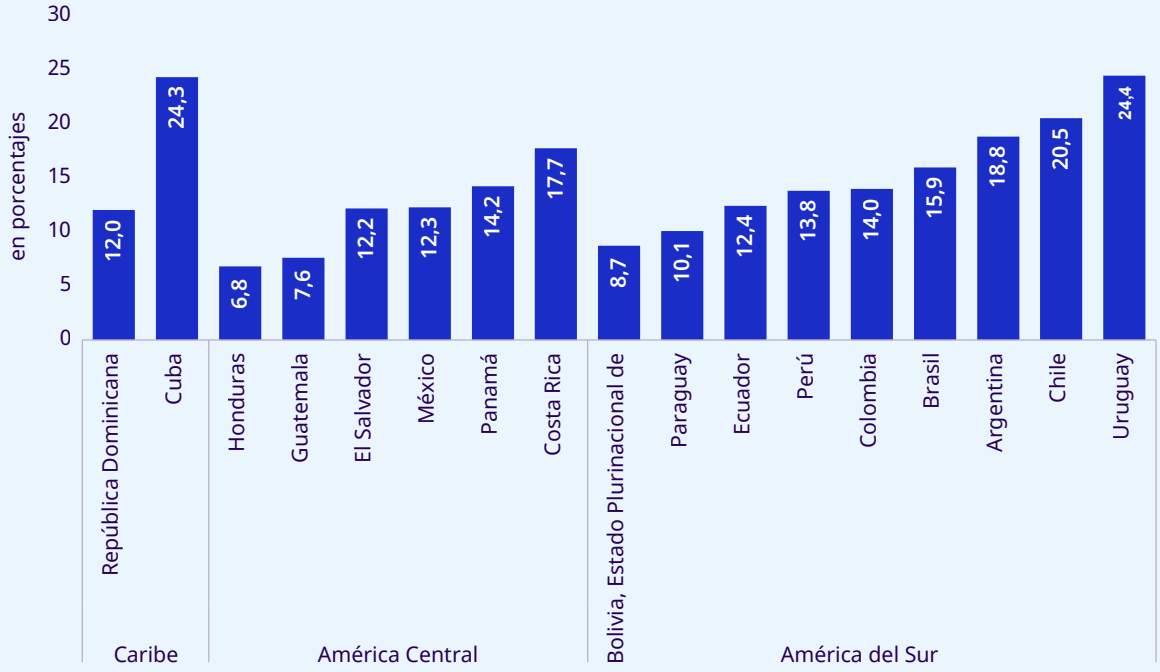
Curaçao, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago) ya han terminado, o están terminando, su etapa de bono demográfico; (...) otros ocho países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Granada, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras y Paraguay) terminarán su etapa de bono demográfico después de 2040» (CEPAL 2022). Este proceso responde a una acelerada caída de la fecundidad en conjunto con el aumento de la esperanza de vida; en 2022, la región alcanzó una tasa global de fecundidad de 1,85 hijos por mujer, es decir, inferior a la tasa de reemplazo ya desde 2015. A pesar de ello, sigue siendo la región del mundo con la tasa más alta de fecundidad temprana a nivel mundial (CEPAL 2022). El ratio de dependencia de las personas de edad avanzada (65 años o más) presenta un valor promedio regional del 15,2 por ciento y evidencia un reto socioeconómico importante para varios países (gráfico 2). Puerto Rico presenta el valor más alto (el 36,0 por ciento), y le siguen de cerca otros países del Caribe, así como Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica, con valores superiores al promedio.

Gráfico 1. Tendencias de la esperanza de vida al nacer y de la tasa de fecundidad bruta (por 1000 mujeres)**, América Latina y el Caribe, 2010-2023**



Fuente: Basado en datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial (revisión de 2024).

▶ **Gráfico 2. Porcentaje de personas adultas mayores** (65 años o más) **en relación con la población en edad de trabajar** (15 a 64 años)**, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2024** (en porcentajes)



■ Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) en relación con la población en edad de trabajar (15 a 64 años)

Fuente: Basado en datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial (revisión de 2024).

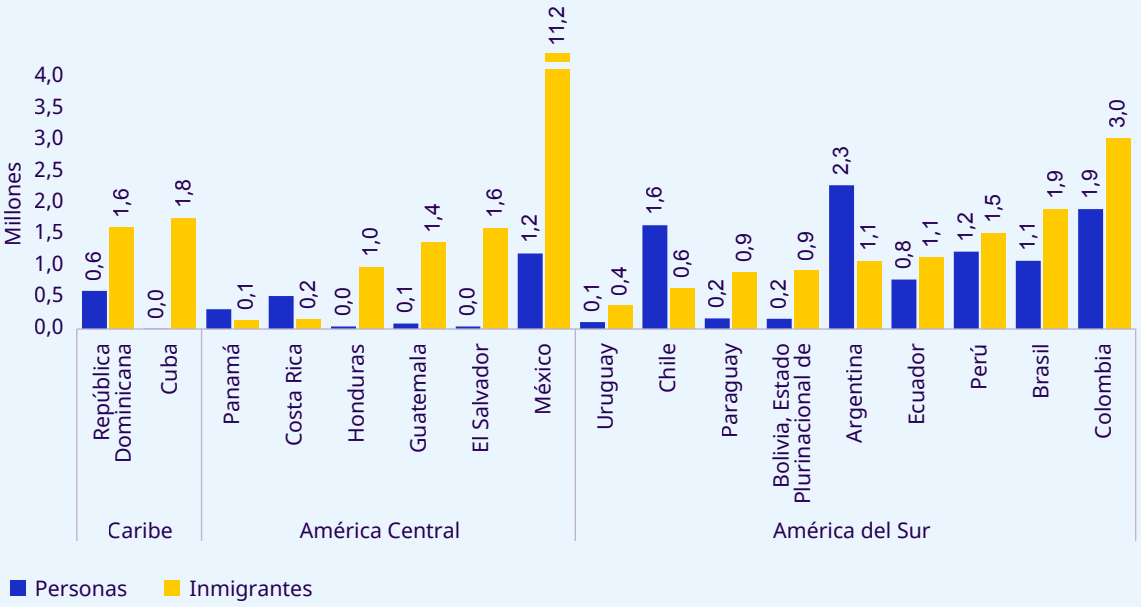
Migración

Históricamente, la región ha sido objeto de importantes procesos migratorios. Aunque normalmente se caracteriza como «expulsora de población», con saldo migratorio negativo desde 1950 hasta la fecha, según la CEPAL (2022), existen diferencias considerables entre países y movimientos recientes particulares. Por ejemplo, Colombia registra el mayor movimiento de personas inmigrantes provenientes de Venezuela, y ha pasado de una inmigración neta negativa (1950-2015) de 48 200 personas al año a una inmigración neta positiva desde 2016. En 2018, año en que se produjo el mayor saldo migratorio en el país desde 1950, Colombia presentó un saldo positivo de 494 300 personas; en Perú y Chile se han observado tendencias similares, aunque en este último país ya había una tendencia a la atracción de migrantes regionales. Es decir, la migración intrarregional cobra creciente importancia, en especial debido a la población migrante proveniente de Venezuela y Haití.

México destaca como el país con el valor más alto de personas emigrantes, y en 2020 superó los 10 millones (gráfico 3). Otros países con valores elevados de salida de personas son Venezuela, Colombia, Brasil, Puerto Rico y Haití. En cambio, los países con los niveles más altos de personas inmigrantes son Argentina (2,3 millones), Colombia (1,9 millones)[2] y Chile (1,6 millones). El análisis de la cobertura de protección social en general, así como de la PSS de esta población, es clave, debido a que en muchos casos las diferentes categorías de migrantes pueden enfrentarse a desafíos únicos para acceder a la protección social (OIT *et al.* 2021, OIT 2024b; OIT y ACNUDH 2020).

[2] Incluidos los desplazamientos de la población causados por la situación en Venezuela.

Gráfico 3. Personas inmigrantes y emigrantes internacionales, en millones, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2020



Nota: Para las personas emigrantes, la cifra indica el país de origen. Para las personas inmigrantes, la cifra indica el país de destino.
Fuente: Basado en datos de la División de Población de las Naciones Unidas - *International Migrant Stock 2024*.

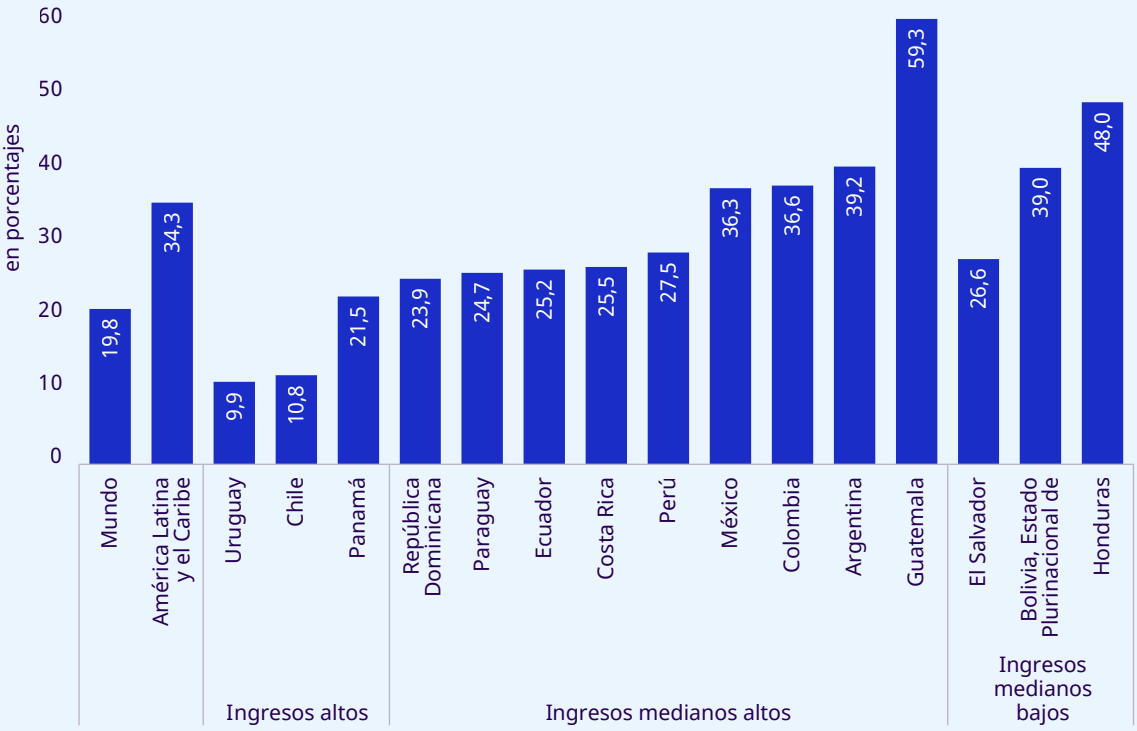
Economía

La clasificación de los países por grupos de ingresos muestra grandes disparidades en América Latina y el Caribe. Aunque con diversas fluctuaciones, el crecimiento económico de América Latina está restableciéndose tras la crisis causada por la pandemia de COVID-19. El PIB por habitante creció a una tasa de 6,1 por ciento en 2021 y de 3 por ciento en 2022, en términos reales este último año superó ya en un 1 por ciento el nivel de 2019. Los países con mayor crecimiento en 2022 fueron Panamá, Colombia y Uruguay (el 5 por ciento o más), mientras que Paraguay y Haití más bien reportaron una caída del 1,1 por ciento y el 3,2 por ciento, respectivamente. En el Caribe sobresale un crecimiento promedio alto del PIB por habitante (el 12,6 por ciento en 2022), explicado principalmente por el caso de Guyana debido a la explotación de yacimientos petrolíferos de reciente descubrimiento. Para 2023 se observa una desaceleración del crecimiento de la región, que alcanzó una tasa del 2,3 por ciento, mientras que las proyecciones para 2024 según la CEPAL arrojan un crecimiento promedio anual regional del 2,1 por ciento en el segundo trimestre del año (CEPAL 2025). Los indicadores de actividad económica muestran que la desaceleración registrada ha sido uniforme entre las economías de la región (CEPAL 2024a y 2024b).

Pobreza y desigualdad

Los niveles de crecimiento económico, aunque han impulsado mejoras, no logran resolver las condiciones estructurales de pobreza y desigualdad en la región. Según la CEPAL, en 2023, el 27 por ciento de la población de América Latina vivía en situación de pobreza y el 10 por ciento en situación de pobreza extrema (CEPAL 2024). En 2022, más de 180 millones de personas en la región no tenían ingresos suficientes para atender sus necesidades básicas y, de ellas, 70 millones no tenían ingresos para adquirir una canasta básica de alimentos (CEPAL 2023a). Según datos del Banco Mundial, independientemente del nivel general de ingresos de algunos países de América Latina, persiste en ellos un elevado porcentaje de la población que vive con menos de 3,20 dólares al día, porcentaje que alcanza los niveles más altos en Haití, Belice, Suriname, Honduras y Guatemala (gráfico 4).

▶ **Gráfico 4. Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, países seleccionados de América Latina y el Caribe, según el nivel de ingreso, 2022 o año anterior más reciente con datos disponibles** (en porcentajes)



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por la población. Los puntos de datos van de 2012 a 2022.
Fuente: Basado en los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Además de la persistencia de altos niveles de pobreza, la región se caracteriza por una gran desigualdad, que se manifiesta de muy diversas formas. El decil de población de ingresos más altos capta entre el 29 por ciento y el 45 por ciento de los ingresos totales en cada país, mientras que el decil de población de ingresos más bajos capta entre el 0,4 por ciento y el 2,5 por ciento. En los 15 países para los cuales existen datos disponibles para 2021 o 2022, el decil X capta en promedio el 34,9 por ciento del total de ingresos, es decir, 21 veces más que el decil I (el 1,7 por ciento). A su vez, los altos niveles de desigualdad de ingresos que caracterizan la región se mantuvieron con un índice de Gini de 0,452 en 2023, que no presentó variaciones significativas con relación a 2022. Según este índice, Argentina, República Dominicana, El Salvador y Uruguay fueron los países que registraron menos desigualdad (0,40 o menos), y Brasil, Colombia, Costa Rica y Panamá fueron los que mostraron la concentración más alta de ingresos (0,48 o más) (CEPAL 2024).

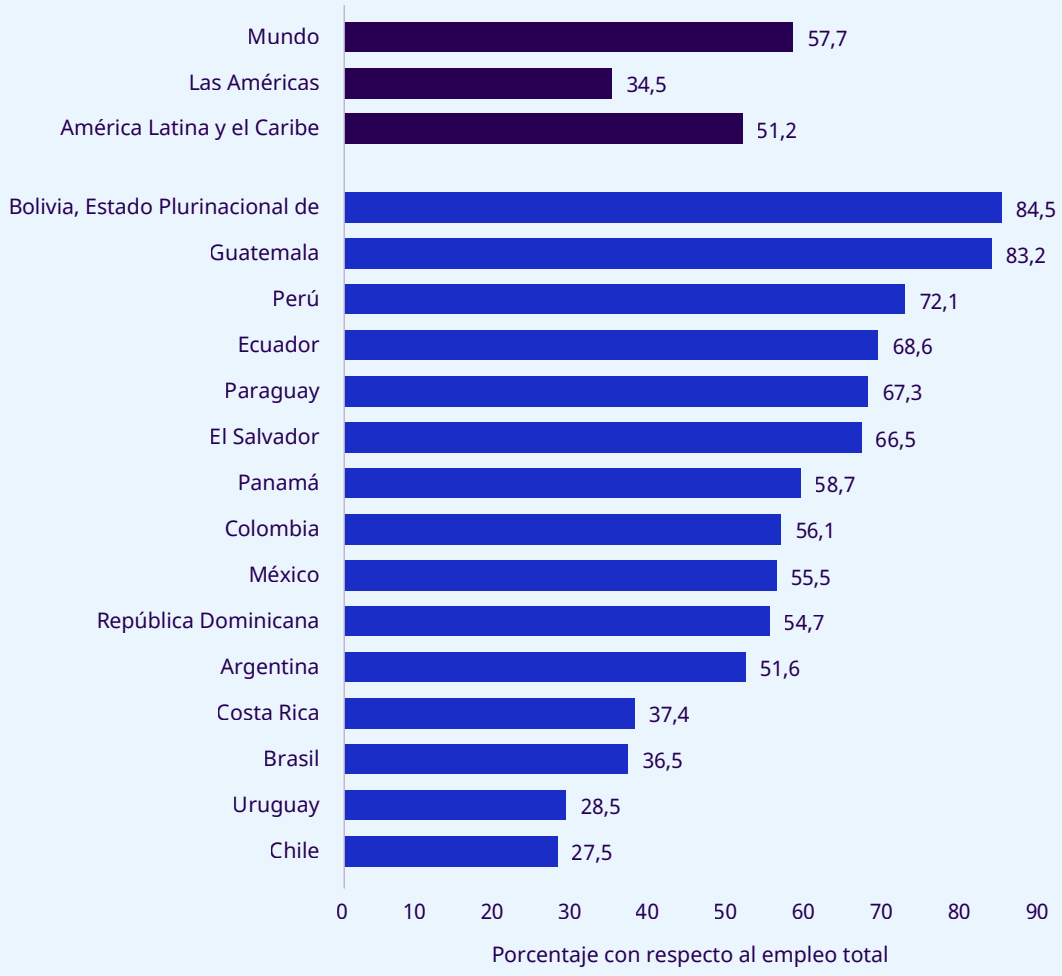
Educación y empleo

En materia de educación, se observa una gran desigualdad en los resultados educativos en términos de nivel socioeconómico, así como de ubicación geográfica y origen étnico (Arias *et al.* 2023). Esta desigualdad es particularmente pronunciada en la educación secundaria y superior, y se refleja en las oportunidades en el mercado laboral, con un impacto a largo plazo.

En materia laboral, la región afronta una importante crisis. Según la CEPAL (2023), entre 2014 y 2023, la tasa de crecimiento del número de personas ocupadas fue del 1,26 por ciento, casi la mitad del 3,2 por ciento registrado en plena crisis de la década de 1980. La pandemia de COVID-19 profundizó esta tenden-

cia.[3] Si bien se observaron mejoras entre 2020 y 2022, la recuperación progresiva del mercado de trabajo regional tras la pandemia no ha sido suficiente para genera empleos decentes y superar las desigualdades que afectan a mujeres, personas jóvenes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y la población afrodescendiente e indígena, entre otros (OIT 2025). A esto se suma la amplia incidencia de la informalidad laboral, que afecta a casi la mitad de las personas trabajadoras de América Latina y el Caribe (OIT 2024e). La población en empleo informal constituye un gran problema en la región. Es un fenómeno ampliamente extendido; el porcentaje promedio de personas en la informalidad representa el 56,5 por ciento del empleo total, y más del 50 por ciento en un grupo importante de 16 países. Honduras, Bolivia y Guatemala presentan los niveles más elevados con valores que superan el 79,6 por ciento del empleo total en la informalidad. En el otro extremo se encuentran Chile, Santa Lucía, Uruguay, Brasil y Costa Rica, con porcentajes inferiores al 40 por ciento (gráfico 5).

Gráfico 5. Indicador ODS 8.3.1 - Porcentaje de empleo informal con respecto al empleo total en el sector no agrícola, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible (en porcentajes)



Fuente: ILOSTAT.

[3] Véase: https://www.ilo.org/es/publications/panorama-laboral-2024-de-america-latina-y-el-caribe.

Persiste una brecha de género en la población laboralmente activa en América Latina, y en algunos casos esto se traduce en limitaciones en el acceso a la protección social, inclusive en materia de salud. Si bien la tasa de participación laboral masculina asciende en promedio al 74,3 por ciento en la región, la femenina apenas alcanza el 54,7 por ciento, lo que representa una brecha de género promedio de 19,6 puntos porcentuales. Las mayores brechas se observan en México, El Salvador, Nicaragua y Guatemala, que arrojan el valor más elevado en la región. Esto muestra la forma en que algunos países desaprovechan lo que se conoce como el «bono de género», a saber, el elevado porcentaje de mujeres que podría aumentar la fuerza de trabajo activa y que, a causa de diversas barreras no lo hace.

El contexto regional descrito en esta introducción pone de relieve la pertinencia de políticas sociales y de salud encaminadas a reducir la desigualdad y de prestar apoyo para superar las condiciones de vulnerabilidad en las que siguen viviendo muchos sectores de la población en la región.

©Freepik

Parte I

Síntesis

Capítulo 1. Panorama de la cobertura y suficiencia de la Protección Social en Salud en América Latina

Mensajes clave

- La mayoría de los países de América Latina han consagrado el derecho a la PSS en sus marcos jurídicos, pero siguen existiendo brechas entre derechos, cobertura efectiva y acceso. Las desigualdades territoriales, socioeconómicas y laborales afectan el acceso efectivo a la atención de salud. La cobertura efectiva de la PSS alcanza al 80 por ciento de la población de la región, es decir, una de cada cinco personas siguen sin estar protegidas.
- Persisten brechas de cobertura y financiamiento que afectan el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente para los grupos de población más vulnerables. Más esfuerzos son necesarios para asegurar una protección efectiva a las poblaciones migrantes, las poblaciones indígenas, los trabajadores de la economía informal y sus familias, y también para que la PSS sea un instrumento efectivo de promoción de la igualdad de género.
- La suficiencia de las prestaciones de PSS continúa siendo un desafío:
    - Segmentación de los derechos. En el marco jurídico o en la práctica, en la mayoría de los países los niveles de PSS son diferentes en los diversos regímenes de PSS, que benefician a distintos sectores de la población dentro de los países, y pocos países han logrado superar esta desigualdad, que refleja desigualdades más profundas en el mundo laboral y en las diversas zonas geográficas y grupos sociales.
    - Diversidad de las prestaciones cubiertas. A pesar de las importantes reformas recientes, la visión de la atención primaria de salud todavía no es una realidad en muchos países. Aun impera un enfoque de atención curativa; las intervenciones de prevención y promoción podrían reforzarse, y es preciso ajustar la oferta de prestaciones a las necesidades de una demografía cambiante, y coordinarse mejor con otros servicios y programas de protección social.
    - Aunque la mayoría de los regímenes de PSS no prevén participación financiera o prevén copagos limitados, la región muestra altos niveles de gasto de bolsillo, lo que indica que importantes sectores de la población cubiertos acceden a servicios fuera de los sistemas de PSS.
    - Persisten necesidades insatisfechas en materia de salud en la región, que afectan desproporcionadamente a los países menos ricos y, dentro de los países, a los sectores de la población de ingresos más bajos. Las barreras institucionales y financieras son las principales causas.

El seguimiento de los progresos en lo que respecta a la PSS supone evaluar tanto la cobertura legal y efectiva de la población como la suficiencia de las prestaciones, teniendo en cuenta la integralidad de los servicios de salud cubiertos y el alcance de la protección financiera, tanto en teoría como en la práctica. El cuadro 2 presenta una descripción conceptual de la cobertura legal y efectiva de las prestaciones de atención de salud, a partir de las tres dimensiones establecidas por el marco de cobertura universal en salud. La complejidad de estas dimensiones y su interdependencia, unidas a la falta de recopilación sistemática de datos, dificultan el monitoreo completo y sistemático de la cobertura de PSS. Aunque los ODS han impulsado la recopilación de datos y han introducido nuevos indicadores, se requiere más y mejor información, especialmente sobre la cobertura legal, el conocimiento y el ejercicio de los derechos por parte de la población, y la calidad de la atención, aspectos que aún se registran de manera insuficiente o incoherente (Kruk, M. E. *et al.* 2018). El éxito en una dimensión no garantiza automáticamente un rendimiento positivo en las demás; ello depende del diseño de los sistemas de PSS y de su nivel de implementación. Además de estas dimensiones, en el marco de la PSS se consideran prestaciones económicas en caso de enfermedad y maternidad, las cuales están parcialmente reflejadas en el marco del indicador 1.3.1 de los ODS y se analizan en el capítulo 2 de este informe.

▶ Cuadro 2. Dimensiones de cobertura y suficiencia de las prestaciones de atención de salud

	Legal	Efectiva
Población cubierta (personas protegidas)	Porcentaje de la población identificada en la legislación como beneficiaria de protección de la salud (es decir, conjunto integral de prestaciones sin barreras financieras).	Porcentaje de la población protegida efectivamente por un régimen que ejerce sus derechos legales (es decir, afiliación al régimen, conocimiento de sus derechos por parte de los titulares, entre otros).
Cobertura de servicios	Conjunto de prestaciones previsto en la legislación.	La medida en que las personas utilizan los servicios de salud que cumplen con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El indicador 3.8.1 de los ODS apoya el monitoreo de esta dimensión.
Protección financiera	Parte de los costos de los servicios de salud cubiertos y, por lo tanto, no sufragados por las personas, según se establezca en la legislación.	La medida en que los costos de la atención de salud son sufragados efectivamente por mecanismos colectivos, o en que estos siguen siendo una carga financiera para la persona o el hogar. El indicador 3.8.2 de los ODS apoya el seguimiento de esta dimensión.

Fuente: OIT (2021f).

1.1. Cobertura legal y efectiva

1.1.1. Cobertura legal

En América Latina se observa una incorporación progresiva del reconocimiento constitucional y legal del derecho a la salud, aunque en procesos diferentes que van desde mediados del siglo XX para algunos países, y de forma más tardía durante los tres últimos decenios para otros. Desde una perspectiva normativa, en casi toda la región se ha establecido el compromiso de lograr una cobertura universal, al menos en torno a prestaciones básicas de PSS y, en algunos casos, de forma más amplia e integral.

En la mayoría de los países, el camino hacia la cobertura legal universal ha sido el resultado de procesos muy disímiles en cuanto al tiempo y a las condiciones en que se han consolidado (Sánchez-Belmont Montiel, M. 2020). La atención de salud es reconocida como una contingencia protegida por las disposiciones

constitucionales de América Latina en Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (OIT 2023b - véase el cuadro I.1). Un ejemplo de la extensión progresiva del derecho a la salud plasmado en los instrumentos internacionales es la ratificación del Convenio núm. 102 y de otros convenios de la OIT que abordan la PSS (cuadro 3). En la región, 16 Estados han ratificado el Convenio núm. 102 o normas de nivel superior, de los cuales solo dos no han ratificado la parte II sobre asistencia médica, por lo que América Latina es la región que registra el mayor número de ratificaciones de la parte II.

▶ Cuadro 3. Estados de América Latina y el Caribe que han ratificado el Convenio núm. 102 o normas de nivel superior

PAÍS	Asistencia médica	Prestaciones monetarias de enfermedad	Prestaciones de desempleo	Prestaciones de vejez	Prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional	Prestaciones familiares	Prestaciones de maternidad	Prestaciones de invalidez	Prestaciones de sobrevivientes
Argentina	X			X		X	X	X	X
Barbados		X		C128	X			C128	X
Bolivia, Estado Plurinacional de	X	C130		C128	C121	X	X	C128	C128
Brasil	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Costa Rica	X			X	X	X	X	X	X
República Dominicana	X	X		X	X	X	X	X	X
Ecuador		C130		C128	C121			C128	C128
El Salvador	X	X		X	X		X	X	X
Honduras	X	X		X			X	X	X
México	X	X		X	X		X	X	X
Paraguay	X	X		X	X		X	X	
Perú	X	X		X			X	X	
San Vicente y las Granadinas	X	X		X	X		X	X	X
Suriname	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Uruguay	X		X			X	X		
Venezuela	X	C130		C128	C121		X	C128	C128

Con base en un examen del marco jurídico de 29 países y territorios de América Latina y el Caribe, la OIT estima que el 99 por ciento de la población de la región tiene derecho, a nivel del marco jurídico, a acceder a servicios de salud sin barreras financieras. Las exclusiones son pocas, pero vale subrayar que afectan mayormente a la población migrante temporal o en situación irregular aunque los derechos a la salud y a la protección social son derechos humanos que tendrían que estar garantizado para todos. Considerando las necesidades en materia de salud de este grupo de la población y las múltiples barreras a las que se enfrenta para acceder a los servicios básicos, los países tendrían que considerar cómo incorporarla, no solo en sus marcos jurídicos, sino también en la práctica (OIT 2023 y 2024). Los marcos jurídicos plantean diferentes visiones del derecho a la PSS en la región (cuadro 4):

- **Visión unificada y universal**. La visión integrada y unificada para lograr la universalización de la PSS no ha sido la predominante en la región, aunque se ha concretado, en algunos casos, mediante un sistema de servicios públicos de salud gratuitos o de bajo costo y accesibles para la población (como en Cuba y Brasil) o con el aseguramiento universal (como en Colombia, Costa Rica y Uruguay).
- **Visión segmentada**. La mayoría de los países de la región han logrado cubrir legalmente a toda su población, pero con diversos regímenes para diferentes sectores de la población. El marco jurídico define quién puede acogerse a qué régimen, lo que en la mayoría de los casos muestra una construcción histórica y una realidad más profunda de desigualdad social y laboral.
- **Superposición**. En general, no todos los países tienen una visión clara con un modelo para alcanzar la universalización de la PSS, y mantienen una superposición de derechos y mecanismos de cobertura inscrita en el marco jurídico.

Algunos de los principales regímenes en los países que carecen de mecanismos unificados establecen, como condición de entrada la situación laboral, y cubren a las personas trabajadoras y sus familiares (desde las personas trabajadoras asalariadas de los sectores público y privado hasta las personas trabajadoras independientes) y conviven con mecanismos universales gestionados por los ministerios de salud. Algunos regímenes están dirigidos a determinados grupos de la población laboral, como los militares, la policía y los docentes.

La revisión de los marcos jurídicos vigentes muestra una segmentación de los derechos que conlleva una fragmentación de los sistemas en todos los países que no han desarrollado una visión unificada y universal. Si bien estos dos fenómenos no necesariamente impiden la universalización de la cobertura, sí favorecen – en combinación con otros factores – las desigualdades o las limitaciones para una protección efectiva.

Segmentación de los derechos. Son pocos los países que proporcionan el mismo nivel de cobertura en cuanto a las prestaciones de atención de salud para todos los grupos poblacionales. En muchos países prevalece una segmentación con varios subsistemas o regímenes de PSS que otorgan derechos diferentes a los diversos grupos de la población y reflejan las desigualdades socioeconómicas. Este fenómeno es reforzado por el hecho de que en América Latina pocos países cuentan con redes de servicios de salud unificadas debido a la fragmentación de los servicios de salud (OPS 2010, véase más abajo). Esto da lugar a que existan diferentes grupos de la población protegidos, cubiertos por diferentes conjuntos de prestaciones y por diferentes proveedores de servicios.

Fragmentación institucional y de los servicios de salud. Coexisten varias instituciones y mecanismos encargados de administrar los regímenes de PSS. La región se caracteriza asimismo por una fragmentación de los servicios de salud propiamente dichos con «la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial» (OPS 2007). Los procesos de regulación de la autonomía de las unidades territoriales algunas veces han reforzado esta fragmentación. Este tipo de disposiciones institucionales fragmentadas pueden debilitar la solidaridad y la sostenibilidad de los sistemas de PSS. Esto es un elemento clave que debe considerarse, teniendo en cuenta que los principios básicos que pueden garantizar el mayor alcance de los sistemas de PSS son su carácter de liderazgo público, la mancomunación de riesgos y el financiamiento solidario (capítulo 3).

▶ Cuadro 4. Mecanismos de protección social en salud en 17 países de América Latina

País	Mecanismo(s) de PSS	Segmentación de los derechos	Red de prestación
Argentina	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
Bolivia	Complementariedad de varios mecanismos que cubren a diferentes grupos	Sí	Distintas redes
Brasil	Mecanismo único	No	Red única
Chile	Complementariedad de varios mecanismos que eligen por cobertura pública o privada	Sí	Distintas redes
Colombia	Mecanismo único	No	Distintas redes
Costa Rica	Mecanismo único	No	Red única
Cuba	Mecanismo único	No	Red única
Ecuador	Complementariedad de varios mecanismos que cubren a diferentes grupos		Distintas redes
El Salvador	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
Guatemala	Superposición de mecanismos[4]	Sí	Distintas redes
Honduras	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
México	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
Panamá	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
Paraguay	Superposición de mecanismos	Sí	Distintas redes
Perú	Complementariedad de varios mecanismos que cubren a diferentes grupos	Base común única (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS) y prestaciones adicionales segmentadas	Distintas redes
República Dominicana	Complementariedad de varios mecanismos que cubren a diferentes grupos	Base común única y prestaciones adicionales segmentadas	Distintas redes
Uruguay	Mecanismo único con entidades proveedoras de aseguramiento/distintos servicios	Base común única (PIAS) y prestaciones adicionales segmentadas.	Distintas redes

Fuente: Elaboración propia.

1.1.2. Protección efectiva y conocimiento de los derechos

La OIT estima que el promedio regional de cobertura efectiva de la PSS asciende prácticamente al 80 por ciento, lo que constituye una diferencia notable con respecto a los márgenes de cobertura legal plasmados en la normativa de la mayoría de los países de la región analizada en la sección anterior (OIT 2024a). Aunque existe el derecho legal a la PSS, no siempre se dispone de registros o encuestas que permitan determinar si la población está protegida efectivamente. El cuadro 5 ilustra la diversidad y, algunas veces, la ausencia de medición. También cabe subrayar que la fragmentación y la coexistencia de regímenes múltiples, algunas veces con superposición de población protegida, dan lugar a que la medición de la población protegida sea más compleja. Por ejemplo, en muchos países en los que coinciden regímenes de

[4] Desde 2018, se han firmado convenios de cooperación interinstitucional, que comienzan a reducir la superposición de ofertas de servicios a la población.

seguro de salud contributivos y un régimen universal de atención de salud, nada prohíbe que los asegurados utilicen los servicios asistenciales sin pago, y esto no se mide en muchos casos. Lo mismo sucede con los sistemas en los que la población puede optar por asegurarse voluntariamente en el sector privado. Por ejemplo, en Brasil, si bien una cuarta parte de la población recurre en primer lugar a un seguro privado, en realidad esta población también tiene la opción de utilizar los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) y probablemente algunas veces lo haga para ciertos servicios.

▶ Cuadro 5. Identificación de la población derechohabiente en 17 países de América Latina

País	Mecanismo(s)	Mancomunación de riesgos	Regímenes	Medición	Porcentaje de la población	Fuente	Año
Argentina	Múltiples	Fragmentado	Obras sociales (nacionales y provinciales)	Registro	47,70%	Ministerio de Salud	2022
			Empresas de Medicina Prepaga		14,70%		
			Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)		11,20%		
			Cobertura pública exclusiva		43%		
Bolivia	Múltiples	Fragmentado	Seguridad social a corto plazo: Caja Nacional de Salud (CNS) Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES) Caja de Salud de Caminos (CSC) Seguro Social Universitario (SSU) Caja Petrolera de Salud (CPS) Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) Caja de Salud CORDES Corporación del Seguro Social Militar (COSMIL)	Registro y encuesta	46%	INE	2021
			Sistema Único de Salud (SUS)	Encuesta	34%		
Brasil	Único	Unificado	Sistema Único de Salud (SUS)	Encuesta	76%[5]	Ministerio de Salud	2023
Chile	Múltiples	Fragmentado	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Encuesta	76,50%	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	2020
			Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)	Encuesta	15,40%		
			Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA)	Encuesta	2,60%		
			Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA)	Encuesta			
			Fuerzas armadas	Encuesta			
Colombia	Único	Unificado	Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Registro	99%[6]	Ministerio de Salud y Protección Social	2022

[5] Un elevado porcentaje de la población está asegurada por un seguro privado comercial al que recurre en primer lugar como cobertura, aunque tengan derecho a acceder al SUS.

[6] Si bien la cobertura total en Colombia alcanza el 98,9 por ciento, el SGSSS cubre al 94,7 por ciento de la población (el 44,8 por ciento mediante el régimen contributivo y el 49,9 por ciento en el régimen subsidiado). Existen además regímenes especiales o de excepción para el 4,2 por ciento de la población nacional. Véase: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/PublishingImages/Paginas/informes-gestion/INFORME-GESTION-CONGRESO-02082024.pdf.

País	Mecanismo(s)	Mancomunación de riesgos	Regímenes	Medición	Porcentaje de la población	Fuente	Año
Costa Rica	Único	Unificado	Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Registro	92%	CCSS	2023
Cuba	Único	Unificado	Servicio Nacional de Salud	NI	NI	NI	NI
Ecuador	Múltiples	Fragmentado	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)	Registro	2%	ISSPOL	2022
			Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)			ISSFA	2022
			Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) / Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino (SSC)	Registro	36%	IESS	2023
			Ministerio de Salud Pública	NI	NI	NI	NI
El Salvador	Múltiples	Fragmentado	Ministerio de Salud	NI	NI	NI	NI
			Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Registro	29%	ISSS	2022
			Sanidad Militar	NI	NI	NI	NI
			Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Registro	1%	ISBM	2022
Guatemala	Múltiples	Fragmentado	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Estimación basada en la utilización	67%	MSPAS	2019
			Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Registro	17%	IGSS	2022
			Ministerio de la Defensa Nacional (MINDEF)	NI	NI	NI	NI
Honduras	Múltiples	Fragmentado	Sistema Nacional de Salud (SNS)	Estimación basada en encuestas	69%	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	2019
			Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	Registro	17%	IHSS	2021
México	Múltiples	Fragmentado	Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), Secretaría de Salud, Secretarías Estatales de Salud	Registro y encuesta	26%	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)	2020
			Instituto Mexicano del Seguro de Salud (IMSS)		37%		
			Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)		7%		
			Petróleos Mexicanos		1%		
			Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), a través de la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina				

País	Mecanismo(s)	Mancomunación de riesgos	Regímenes	Medición	Porcentaje de la población	Fuente	Año
Panamá	Múltiples	Fragmentado	Ministerio de Salud de la República de Panamá (MINSA)	NI	NI	NI	NI
				Registro	74,7%	CSS	2022
Paraguay	Múltiples	Fragmentado	Instituto de Previsión Social (IPS)	Encuesta	20%	INE	2019
			Sistema Público - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)		74%		
			Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas		NI		
			Sanidad Policial		NI		
			Seguros de Medicina Prepaga		14%		
Perú	Múltiples	Fragmentado	Seguro Integral de Salud (SIS)	Encuesta	58%	Boletín Estadístico SuSalud	2022
			Seguro Social de Salud (EsSalud)		22,2%		
			Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Autoseguros, Empresas Medicina Prepaga		4,50%		
			Sanidad de las Fuerzas Armadas / Sanidad de la Policía Nacional de Perú (PNP)				
República Dominicana	Múltiples	Fragmentado	Seguro Familiar de Salud (SFS) - Contributivo	Registro	40%	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales	2023
			Seguro Familiar de Salud (SFS) - Subsidiado		51%		
			Plan Especial de Salud para Pensionados y Jubilados		1%		
Uruguay	Múltiples	Aseguramiento unificado	Régimen contributivo – Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Registro	76%	Ministerio de Salud Pública	2021
			Régimen subsidiado		34%		2021
		Prestación fragmentada	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)		60%		2021
			Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)		40%		2021

Fuente: base de datos mundial de la OIT sobre protección social, estudios de caso (parte II de este informe).

Hogares que viven en situación de pobreza y otras personas vulnerables

En la mayoría de los países de América Latina analizados en el presente informe, garantizar la protección de los sectores más desfavorecidos de la sociedad frente a los costos de acceso a la atención de salud se ha considerado una prioridad. Las consecuencias del gasto en salud son considerablemente más graves para los hogares en situación de pobreza que para aquellos con ingresos más altos. Además, mantener una buena salud es un requisito fundamental para la productividad laboral, y es esencial para mejorar las condiciones de vida.

Los mecanismos siguientes se enfoquen en la protección de los hogares en situación de pobreza o vulnerables:

- Con excepción de los países que desarrollaron una visión unificada y universal de la PSS, la cobertura de las poblaciones sin capacidad contributiva o con capacidad contributiva insuficiente para afiliarse a un régimen de seguro social se ofrece por medio de los **servicios públicos de atención**

de salud, que proporcionan asistencia médica gratuita o casi gratuita. En pocos casos es un mecanismo universal para toda la población, y no hay segmentación de los derechos. En la mayoría de los casos es un mecanismo universal pero que, en la práctica, coexiste con seguros de salud para otros grupos de la población (superposición), o es un mecanismo destinado específicamente a quienes no tienen un seguro de salud (complementariedad). En ambos casos, los servicios públicos de atención de salud son los que proporcionan cobertura a las personas más vulnerables. Los ministerios de Salud tienen la misión de asumir la cobertura de la población no asegurada en los regímenes del sistema, tales como las personas que viven en la pobreza, que no cotizan o cuya situación laboral les excluye de la cobertura; por ejemplo, en Ecuador, El Salvador, Panamá y Honduras. En Panamá, existen las redes del Ministerio de Salud de la República de Panamá (MINSA) para la población que requiera sus servicios, y las redes de la Caja de Seguro Social (CCS) para la población asegurada y, en Paraguay, entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y el Instituto de Previsión Social (IPS), cada uno con su red propia de establecimientos. Cuando la red de asistencia pública se dedica únicamente a los más vulnerables, que muchas veces tienen menos voz, es difícil mantener una inversión pública suficiente para garantizar una distribución de recursos comparables a los de los regímenes contributivos, lo afecta la equidad en el acceso a los servicios de salud. En unos contextos se crea un estigma o una percepción de servicios «para los pobres» construido socialmente. Esas situaciones reflejan desigualdades profundas en las sociedades, mientras la PSS debería ser un mecanismo para compartir los riesgos y redistribuir los recursos a los que más los necesitan.

- En algunos países se crearon **regímenes unificados de seguro de salud, con acceso no contributivo** para los hogares vulnerables, como en Costa Rica, Colombia y Uruguay. En Costa Rica, el régimen no contributivo de «aseguramiento por cuenta del Estado» brinda cobertura a la población en situación de pobreza registrada por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) o que forma parte del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE). Este régimen es financiado íntegramente por el Estado mediante recursos del impuesto al valor agregado y de un impuesto a la nómina laboral. Así, la población asalariada financia parcialmente la cobertura de salud de la población sin capacidad contributiva o vulnerable. En Colombia, las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad están cubiertas por el régimen subsidiado, que proporciona un subsidio pleno – libre de contribución – para la población clasificada en estos grupos según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén).
- En algunos países se han creado **regímenes de seguro de salud destinados a los grupos vulnerables** de la población, como en Chile, Perú y República Dominicana. En Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre a las personas beneficiarias no contribuyentes, que no realizan aportes a la seguridad social porque carecen de recursos para ello. En este caso, el Estado financia a estas personas beneficiarias a través de un aporte fiscal directo y de la aplicación de políticas de «copago cero» para los grupos de ingresos más bajos. El régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú brinda la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) mediante el programa «SIS para todos» sobre la base del intercambio de información con el padrón de personas beneficiarias de la Superintendencia de Salud. En República Dominicana, el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud protege a la población vulnerable y a las personas trabajadoras independientes de ingresos bajos.

Unos grupos se identifican a menudo como vulnerables, tal como las personas mayores, grupos de población indígenas y poblaciones migrantes:

- En la región existen al menos cuatro tipos de regímenes que organizan la atención de salud de las **personas adultas mayores** (OIT 2022a). En algunos países existe una organización específica para la cobertura de las personas adultas mayores, con financiamiento que procede principalmente de las personas con empleo formal. Este es el caso, por ejemplo, de Argentina, que cuenta con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Otros países han incorporado seguros públicos financiados con recursos del Estado para garantizar la atención de salud de las personas adultas mayores. Es el caso, por ejemplo, de Bolivia, que cuenta con el Seguro de Salud para la Persona Adulta Mayor. Un tercer grupo contempla a la población adulta mayor en sus regímenes de seguros de salud, con fuentes de financiamiento integradas, como Colombia, Costa Rica y Uruguay. En estos países, los aportes que realizan las personas jubiladas y pensionis-

tas sobre sus ingresos les permiten acceder a prestaciones de salud, y las personas que no generan ingresos están cubiertas como beneficiarias de los pensionistas o mediante el régimen subsidiado. En el resto de la región no existen sistemas específicos; la cobertura de salud de la población adulta mayor está incorporada en el marco de la organización de cada régimen. En lo que respecta específicamente a la PSS, con datos de la Corporación Andina de Fomento (CAF) para 2020, se estima que, en promedio para toda la región, 4 de cada 10 personas adultas mayores tiene acceso únicamente al servicio de salud público financiado con impuestos; en países como Paraguay, el Perú y Bolivia, más del 60 por ciento de la población adulta mayor depende exclusivamente del servicio asistencial (Casalí P. 2022).

- En algunos países, existe información sobre la exclusión de las **poblaciones indígenas**, aunque, por lo general, dicha información es limitada. Por ejemplo, en Honduras, el porcentaje de la población sin cobertura de seguro de salud es más alto entre la población pobre, sin escolaridad y de las zonas rurales, y entre las minorías étnicas. En Costa Rica, también forman parte del porcentaje no asegurado las poblaciones indígenas que no cuentan con el documento de registro civil.
- Es importante reconocer que no toda la información sobre la cobertura de la **población migrante** es clara en los sistemas de PSS de la región. En algunos países está claramente definida y es incluyente. Por ejemplo, en Bolivia, en virtud de Ley No 1 152 (CENDA 2021), el sistema público cubre expresamente a «las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos». En República Dominicana, el aseguramiento bajo el régimen contributivo cubre a quienes gozan de una situación legal para trabajar; por lo tanto, las personas inmigrantes que no cumplen esta condición pagan de forma directa las prestaciones o acuden a los servicios de emergencia de los establecimientos públicos. Según la Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes, sólo el 12 por ciento de las personas inmigrantes cuenta con un seguro de salud. Incluso los países con sistemas de cobertura avanzados muestran puntos débiles, debido a las múltiples barreras que afrontan las personas migrantes, especialmente aquellas en situación irregular (por ejemplo cuando la atención de salud exige presentar identificación).

Personas trabajadoras de la economía informal y sus familias

Informalidad y salud

La informalidad laboral tiene efectos concretos en la salud, y por eso es relevante el análisis de sus niveles de PSS. La expresión «economía informal» se refiere a todas las actividades económicas realizadas por personas y unidades económicas que, ya sea por disposiciones legales o en la práctica, no cuentan con cobertura suficiente o alguna forma de regulación formal (Recomendación sobre la Transición de la Economía Informal a la Economía Formal de la OIT, 2015, No. 204, párrafo 2(a)). Este es un concepto amplio que abarca una gran diversidad de realidades y arreglos laborales en la práctica. Es importante señalar que incluye tanto el sector informal como el empleo informal.[7] En términos de la protección social en general y de PSS en particular, extender la cobertura efectiva a los hogares cuyos medios de sustento dependen de la economía informal puede ser un desafío. A menudo, estos hogares no pueden optar por subsidios y enfrentan barreras legales, dificultades prácticas o ambas cosas al intentar acceder a programas diseñados inicialmente para personas asalariadas con empleos formales.

Según revisiones sistemáticas llevadas a cabo por la OPS, las personas trabajadoras de la economía informal tienen más probabilidades de sufrir depresión en comparación con las personas trabajadoras de la economía formal (OR: 5.02, CI 95 por ciento: 2.72–9.27), están más expuestas a riesgos laborales que las de la economía formal, y tienen un 30 por ciento más probabilidades de tener mala salud en comparación con sus contrapartes en el empleo formal. Además, sus pagos de bolsillo por atención medica son más altos (OPS s. f.).[8]

---

[7] Véase: Resolución relativa a las estadísticas del empleo en el sector informal, adoptada por la decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (enero de 1993), disponible en: https://webapps.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/download/res/infsec.pdf.

[8] Véase: https://www.paho.org/es/noticias/16-12-2024-ops-alerta-sobre-repercusiones-trabajo-informal-problemas-salud-mental-acceso.

Personas trabajadoras independientes

En varios países de América Latina, la cobertura en PSS de las personas trabajadoras independientes forma parte de los regímenes que también cubren a los trabajadores asalariados, en algunos casos a través de la afiliación voluntaria. En Colombia, el régimen contributivo está abierto a las personas trabajadoras independientes con capacidad de pago. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) permite la afiliación voluntaria a quienes trabajan en empresas familiares y a la población trabajadora independiente, tales como los profesionales, los comerciantes al por menor, los artesanos y demás trabajadores no asalariados. En la Caja de Seguro Social (CSS) de Panamá, la afiliación al régimen de seguridad social es obligatoria para personas trabajadoras independientes, ocasionales y estacionales y los dedicados al servicio doméstico, pero, en la práctica, la cobertura efectiva es muy baja; también existe la afiliación voluntaria para personas trabajadoras independientes no contribuyentes (cuyos ingresos provienen de honorarios que están por debajo de un umbral específico). En Ecuador, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la seguridad social contributiva cubre a las personas que tienen un empleo informal y a las personas trabajadoras independientes que se afilian voluntariamente. En el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) de El Salvador, las personas trabajadoras independientes que se afilian de forma voluntaria deben cotizar 40 dólares por cobertura individual o 56 dólares por cobertura familiar. La afiliación voluntaria a los seguros de salud puede conllevar una selección adversa y, en términos prácticos, no ha obtenido buenos resultados para ampliar la cobertura de la protección social en general.

Las personas trabajadoras independientes a menudo tienen dificultades para afiliarse a regímenes de seguro contributivos, que fueron concebidos inicialmente por trabajadores asalariados y, en general, están poco adaptados a las características de su empleo y su capacidad contributiva (OIT 2021b). Para poder adaptarse a las posibilidades económicas de las personas trabajadoras independientes, algunos regímenes subsidian una parte de la cotización. En Perú, el componente semicontributivo del SIS contempla el financiamiento por parte del Estado y un aporte adicional a cargo de la persona asegurada o su empleador, según corresponda. Este régimen ofrece tres planes: SIS Independiente, SIS Emprendedor y SIS Microempresa. Las personas trabajadoras independientes también pueden afiliarse al seguro potestativo de EsSalud, pero, en la práctica, esto ha tenido poca acogida, debido a que los aportes en cuestión son mayores que en el caso del SIS, y el conjunto de prestaciones es inferior (OIT 2024f). En Honduras, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) establece el régimen especial y de afiliación progresiva. Se incluye bajo este régimen a personas trabajadoras afiliadas de manera voluntaria, incluidas las personas trabajadoras a domicilio, independientes o autónomas. En República Dominicana, el Seguro Familiar contempla dos regímenes para los siguientes grupos de la población: i) el Régimen Subsidiado, que cubre a personas trabajadoras por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, y ii) el Régimen Contributivo Subsidiado, que cubre a los profesionales y técnicos independientes y a las personas trabajadoras por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional. De manera análoga, algunos países han establecido regímenes fiscales simplificados para las personas trabajadoras independientes o microemprendedores que incluyen contribuciones al seguro social y al seguro de salud parcialmente subsidiados (véase el capítulo 3, sección 3.2.2).[9]

Trabajo doméstico

América Latina ha mostrado avances en la cobertura legal de las personas que trabajan en hogares (OIT 2021). Se trata de una población que en algunos países suele tener una cobertura efectiva limitada, debido a que su afiliación depende en gran medida del hogar que contrata, y los hogares son más difíciles de controlar como empleadores (OIT 2022b). En Costa Rica, por ejemplo, tienen jornadas definidas y otros derechos, pero la mayoría de ellas aún no está asegurada en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (PEN 2022). En República Dominicana, en 2007 se creó un plan piloto para incluir a este grupo como parte del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS). Más recientemente, en 2022, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) emitió una resolución mediante la cual crea un plan piloto para la incorporación de las personas trabajadoras domésticas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el régimen contributivo subsidiado (Resolución No 551-08, 2022). Por su parte, el IPS de Paraguay

[9] Véase: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40americas/%40ro-lima/documents/publication/wcms_357452.pdf.

contempla un régimen especial para el personal doméstico, y el régimen especial y de afiliación progresiva del IHSS en Honduras también está dirigido a las personas trabajadoras domésticas. En Argentina, el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares fue concebido como un régimen especial dentro del monotributo, al contemplar aportes a la salud y pensiones, y posteriormente se sancionó una ley que lo regula.

Personas trabajadoras del ámbito rural

Algunos países han desplegado esfuerzos específicos para extender la PSS a los trabajadores de las zonas rurales. Por ejemplo, el Seguro Social Campesino en Ecuador (recuadro 3) se creó en 1968 para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal, y proporciona prestaciones de salud, jubilación por vejez y por invalidez, y auxilio para funerales. El número de asegurados se duplicó entre 2006 y 2016, y la pobreza rural disminuyó del 61 por ciento en 2007 al 41 por ciento en 2017 (OIT s. f.c). Otros países también han realizado esfuerzos para incluir proactivamente a los trabajadores rurales. Por ejemplo, en Costa Rica, la CCSS ha concluido acuerdos con cooperativas para la afiliación de grupo (OIT 2021g).

▶ Recuadro 3. El Seguro Social Campesino en Ecuador

El Seguro Social Campesino (SSC) proporciona prestaciones de atención de salud, incluida atención de maternidad, a la persona jefa de familia y sus dependientes. Las prestaciones de invalidez y de vejez se otorgan únicamente a la persona inscrita como jefa de familia. En caso de fallecimiento de la persona jefa de familia, se reconocen prestaciones de sobrevivientes (viudez y orfandad) y auxilio para funerales. Esta última prestación se concede también en caso de fallecimiento de cualquiera de los miembros del grupo familiar protegidos por el Seguro Social Campesino (ley de Seguridad Social y Resolución C.D. 636).

El Seguro Social Campesino se financia con el aporte solidario que pagan los empleadores, los trabajadores y los afiliados al Seguro Universal Obligatorio, y los afiliados voluntarios; con la contribución obligatoria de los seguros públicos y privados; con el aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino, y con una contribución obligatoria del Estado (ley de Seguridad Social).

En 1981 (serie disponible), el Seguro Social Campesino contaba con 111 522 personas beneficiarias (20 840 personas jefas de familia y 90 682 dependientes), y en 2023 con 996 402 personas beneficiarias (358 175 personas jefas de familia, 514 421 dependientes y 123 806 pensionistas).

Fuente: IESS, *Boletín estadístico Número 28*, 2023.

Proximidad y calidad de la red de servicios

Es importante subrayar que, para las personas trabajadoras de la economía informal, debido a la ausencia de protección laboral, la proximidad de los servicios y su efectividad en términos de tiempo de espera son muy importantes. En efecto, el tiempo de trabajo perdido no se compensa, y el tiempo de cuidados se traduce en una pérdida de ingresos. Por eso, es importante que los regímenes de salud consideren y defiendan la cobertura de las prestaciones monetarias en caso de enfermedad o maternidad y su extensión a las personas trabajadoras de la economía informal (ver capítulo 2). Cuando dicha accesibilidad y la percepción de las personas trabajadoras de la economía informal son malas, tienden a buscar servicios privados sin protección financiera, lo que aumenta el gasto de bolsillo (OIT 2025b y OIT 2021g).

Igualdad de género

En América Latina, al igual que la mayoría de los países, los marcos jurídicos y regulatorios de la PSS normalmente garantizan derechos a las mujeres y los hombres sin criterios de género específicos. Sin embargo, las desigualdades de género en la participación en el mercado laboral, los patrones de empleo, los factores socioeconómicos o del diseño de los múltiples y diferentes regímenes de la región pueden conducir a resultados desiguales. Uno de los factores que aumenta considerablemente las diferencias en materia de PSS en la región de América Latina está relacionado con el reto que representa la extensión

de la cobertura de salud para las mujeres, lo cual se deriva de problemas del mercado laboral. Como consecuencia pueden verse excluidas de la protección social en general, y de la PSS en particular, no gozar de seguridad de los ingresos, y estar en situación de desventaja al abordarse los determinantes sociales de la salud. Un análisis contextualizado es necesario. Por ejemplo, en Bolivia, en 2021, el 83,3 por ciento de las mujeres se beneficiaban de la cobertura pública o de las cajas de salud, mientras que el porcentaje para los hombres alcanzaba el 78,3 por ciento. Lo mismo sucede en Colombia, donde las mujeres participan en mayor grado que los hombres en el régimen contributivo y subsidiado. Al contrario, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos en Guatemala, del primer semestre de 2019, el 34,5 por ciento de las mujeres de la población ocupada estaba afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en comparación con el 65,5 por ciento de los hombres. La CEPAL indica que una de cada tres mujeres no tiene acceso a seguro de salud, y que 100 millones de mujeres en América Latina tiene problemas de acceso debido a barreras geográficas o socioeconómicas (CEPAL 2023a).

Esta sección ilustra que, en lo que respecta a la PSS, la importancia de la cobertura de la población ha sido un elemento clave de las medidas adoptadas a nivel mundial y en América Latina, y una de las prioridades contempladas por las entidades y personas encargadas de la formulación de políticas en este ámbito, especialmente en los últimos decenios. Sin embargo, es igualmente importante que estos programas sean adecuados en cuanto a las prestaciones que cubren, de manera que contribuyan con el alcance esperado que debe acompañar el objetivo de cobertura universal en salud y de los servicios de salud pública. Esto incluye dos aspectos críticos, tanto en teoría como en la práctica. En primer lugar, los servicios cubiertos deben ser integrales. En segundo lugar, el porcentaje del costo de acceso a estos servicios que es financiado colectivamente debe ser suficientemente alto para evitar que la carga económica sea asumida a nivel individual, protegiendo así sus ingresos y evitando el empobrecimiento. Estos aspectos se examinan en las siguientes secciones.

1.2. Prestación de servicios de salud

Un elemento central de las garantías legales de PSS es el alcance de las prestaciones. La protección que brinda un régimen de PSS se materializa siempre y cuando se pueda acceder efectivamente a dichas prestaciones, cumpliendo con los criterios de disponibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad, y calidad. En muchos países de América Latina, la segmentación de los derechos entre varios regímenes de PSS se traduce en derechos a conjuntos de servicios diferenciados y en el acceso a redes de servicios con distintas capacidades. A fin de estudiar los servicios cubiertos por los sistemas de PSS en América Latina, se realiza un análisis en dos vías. En primer lugar, se estudian los conjuntos de prestaciones incluidas y la red de proveedores identificada por la legislación, aspectos que abarcan las características de diseño de los regímenes de PSS. Por otra parte, la medida en que esto se concreta en la práctica se aborda utilizando los datos recopilados para monitorear el ODS 3 sobre la salud y el bienestar para todas las personas.

1.2.1. Conjuntos de prestaciones y utilización efectiva

Prestaciones cubiertas por los regímenes de PSS

En América Latina, los países han seguido diferentes procesos y han generado resultados diversos al definir las intervenciones y prestaciones que incluyen en sus programas de PSS – y en sus sistemas de salud en general. Los procesos que han seguido los países para esta definición varían y muestran grandes diferencias en diversos aspectos: la disponibilidad y uso de evidencia sobre la efectividad y eficiencia de las intervenciones; el dialogo social, la participación y la consulta con partes interesadas; y la disponibilidad y calidad real de estos servicios en la práctica. Cabe destacar que 14 países de la región han ratificado la Parte II del Convenio núm. 102 sobre asistencia médica, lo que significa que su normativa debe incluir al menos el conjunto de prestaciones mínimas previstas en dicho Convenio (recuadro 4).

▶ Recuadro 4. Principios de diseño

Intervenciones de carácter preventivo y curativo

El Convenio núm. 102 de la OIT insta a los Estados a proporcionar PSS que abarque las intervenciones de atención de salud, de carácter preventivo o curativo, necesarias para «conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales». Las normas de la OIT establecen que las instituciones encargadas de la PSS deben realizar un esfuerzo proactivo para alentar a las poblaciones protegidas a utilizar las intervenciones de salud de la población y, en términos más generales, los servicios de promoción y prevención, tal como se plantea en la Resolución núm. 69 sobre la asistencia médica, entre otros instrumentos. Este enfoque está en consonancia con la visión promovida por la OMS de la prestación de servicios (OMS 2021). La atención primaria de salud se identificó en una fase temprana como una función central y un enfoque fundamental en la prestación de servicios de salud. La atención primaria representa el primer nivel de contacto de las personas con el sistema de salud, para llevar la atención de salud lo más cerca posible de las comunidades, y constituye el inicio de un proceso continuo de atención a lo largo del sistema. Además del acceso necesario al primer nivel de atención de salud, también es indispensable que la atención especializada – tanto ambulatoria como hospitalaria – esté incluida en los regímenes de PSS. Esto es debido, entre otros aspectos, a los elevados costos de este tipo de atención de salud y a las barreras financieras que se pueden generar para las personas o familias. Por otra parte, la cobertura exclusiva en el segundo y tercer nivel de atención de salud plantea problemas cuando el primer nivel de atención se financia mediante gastos de salud directos. Esto crea un incentivo para que las personas pospongan la atención de salud, lo cual no es eficiente desde el punto de vista económico y de la salud pública.

Desarrollo de paquetes de prestaciones

- La Recomendación sobre Atención en Salud de 1944 (No. 69) resalta la importancia de que el conjunto de servicios cubiertos sea integral e incluya tanto intervenciones preventivas como curativas.
- Según la Recomendación No. 202 sobre los pisos de protección social, los Estados deben garantizar el acceso a un conjunto de bienes y servicios que incluyan la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad. La definición del alcance de la atención de salud «esencial» debería ser el resultado de un proceso de diálogo social al nivel nacional, que respete los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y que sea revisada periódicamente para asegurar que siga siendo adecuada para garantizar una vida digna.
- En el Convenio núm. 102 de la OIT se hace referencia a pautas para un «conjunto» mínimo de servicios de atención de salud, el cual debería incluir personal de medicina general que ofrezca un conjunto básico de servicios de atención primaria de salud, entre otros servicios de varios niveles de atención de salud, medicamentos, cuidados hospitalarios y rehabilitación.
- El Convenio núm. 130 define algo similar para la asistencia médica y las prestaciones monetarias de enfermedad. En conjunto, se contemplan también los servicios de salud reproductiva, la atención de salud materna, neonatal e infantil, y la atención prenatal, durante el parto y puerperal, y la hospitalización cuando sea necesario. Además, define que la atención de salud se complementará con servicios dentales y rehabilitación médica, incluyendo dispositivos prostéticos y ortopédicos.

Los paquetes mínimos definidos bajo los Convenios 102 y 130 incluyen medicamentos. Es importante señalar que, en el mundo los medicamentos representan una parte considerable del gasto en salud (Kaplan *et al.* 2012 ; Ozawa *et al.* 2019). Garantizar el derecho legal a acceder a medicamentos gratuitos o asequibles significa contar con una lista nacional de medicamentos esenciales, que cumpla con las normas establecidas a nivel global (OMS 2019b). Es preciso establecer regulaciones que aseguren la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y accesibles a precios justos, con el objetivo de controlar los costos y garantizar el uso eficiente de los fondos públicos colectivos.

Identificación de la red de provisión

La red de proveedores designada por un régimen de PSS incluye reglas sobre la manera en que las personas que utilizan los servicios pueden navegar por el sistema. Estas reglas deben respaldar el enfoque de atención primaria de salud y garantizar que la atención en el primer nivel de contacto oriente a las personas usuarias hacia niveles superiores de atención de salud, cuando sea necesario (OMS 2023a), lo que fomenta el uso racional de las intervenciones de atención de salud (Seyed-Nezhad M. 2021).

En América Latina, la mayoría de los países han apostado por establecer mecanismos formales de acceso a los servicios de salud con una visión integral y amplia. No ha sido tradición en la región crear conjuntos/planes/paquetes de prestaciones excluyentes, que conllevan listas (positivas y negativas) que excluyen in-

tervenciones clave desde la perspectiva de la PSS. Aunque en algunos países las normas y los planes nacionales pretenden ofrecer prestaciones integrales, en la práctica la asignación limitada de recursos, la baja calidad de los servicios en ciertas áreas o la falta de supervisión pueden dar lugar a que los programas no cumplan completamente. Se identifican las tendencias siguientes en términos del diseño de los conjuntos de servicios incluidos en los regímenes de PSS:

Salud de la población. Aunque algunos países abordan de manera particular algunos servicios específicos desde la perspectiva de salud de la población,[10] la cobertura legal suele ser universal, debido a la naturaleza colectiva de estas intervenciones, que las convierte en bienes públicos (Cichon *et al.* 1999). Por ejemplo, en los regímenes de PSS de la región de América Latina, los aspectos preventivos en materia de salud algunas veces forman parte de las definiciones básicas sobre prestaciones garantizadas en la normativa. En Colombia, el Plan de Beneficios en Salud cubre actividades de promoción y prevención, tales como información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados, en especial en temas de protección, vida saludable y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar el acceso y administrar las vacunas que proporciona el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Plan Ampliado de Inmunizaciones. En cambio, en algunos países estos servicios se gestionan de manera centralizada y al margen de los regímenes de PSS. Por ejemplo, en México, es competencia legal del Estado Federal todo lo referente a la organización, el control y la vigilancia del sistema de salud, el programa de VIH, la prevención del consumo de estupefacientes psicotrópicos, el programa contra la farmacodependencia, y el control sanitario de diversos productos y servicios de salud. Muchos aspectos de la salud de la población requieren coordinación con las políticas de PSS en general y otros aspectos determinantes de la salud en los países. Por ejemplo, la prevención de las pandemias y la respuesta a las mismas es un aspecto que requiere coordinación con las prestaciones de protección social (OIT 2024c).

Primer nivel de atención de salud.[11] Es un componente central de la configuración de los regímenes de PSS en la región de América Latina, aunque con una especificidad, una estructura y unas características diferentes entre los regímenes propiamente dichos dentro de un mismo país y entre los países:

- En algunos países, los sistemas públicos no definen el conjunto de prestaciones en el primer nivel de atención de salud, lo cual significa que se define en función de cada situación en términos de capacidades o recursos de diferentes proveedores. Este es el caso de Honduras, que cuenta con prestaciones a nivel familiar y comunitario, o de El Salvador, que tampoco define las prestaciones, pero cuenta con establecimientos de primer nivel de atención de salud del Ministerio de Salud en el Sistema Básico de Salud Integral.
- Aunque no siempre existe una lista de intervenciones cubiertas definida por los regímenes de PSS, en muchos países la organización del primer nivel de atención de salud impone un conjunto de prestaciones que deben estar disponibles. Por ejemplo, en Uruguay existen planes integrales obligatorios para todos los proveedores. En Ecuador, se ha puesto énfasis en el aspecto preventivo para este nivel de atención de salud, con base en los centros de salud del MINSA y el IESS como puerta de entrada al sistema para las personas y la comunidad. Por su parte, Brasil incluye el primer nivel de atención de salud como parte del SUS, y constituye la puerta de entrada y el pilar central del sistema de atención primaria.

Segundo y tercer nivel de atención de salud. La distinción e inclusión del segundo y tercer nivel de atención de salud o complejidad[12] en la PSS forma parte de los regímenes de PSS en América Latina, aunque en diferente grado. Es importante señalar que, en la región, algunos países prestan servicios del primer y segundo nivel en establecimientos del tercer nivel, lo que no es necesariamente eficiente. En la mayoría

[10] Según la OMS, el concepto de salud de la población se refiere a los esfuerzos desplegados por la sociedad, principalmente a través de sus instituciones públicas, para mejorar, promover, proteger y restablecer la salud de la población, precisamente mediante acciones colectivas. Esto abarca una variedad de temas y servicios, tales como el análisis de la situación en materia de salud, la vigilancia de la salud, la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades infecciosas, la protección de la salud y del medio ambiente, la preparación y respuesta a situaciones de emergencia y catástrofes sanitarias, así como la salud en el trabajo, entre otros aspectos (OMS 2011).

[11] En este nivel de servicios, es normal que existan leyes o herramientas que establecen su alcance más general que, aunque es variado, en casi todos los casos incluye la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, la atención y la rehabilitación de menor complejidad, que pueden incluir también, en función del país, procesos de vacunación, la atención maternoinfantil, enfermedades no transmisibles, etc.

[12] El segundo nivel de atención de salud suele incluir especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, dermatología, urología, oftalmología, geriatría y anestesiología, mientras que el tercer nivel atiende servicios ambulatorios y hospitalización de mayor complejidad, que requieren más tecnología, a través de centros y hospitales especializados.

de los países de la región, existen ciertos derechos legales a estos servicios, ya sea con una definición general contenida en las disposiciones reglamentarias de los regímenes de PSS, o con una definición que incluye listas positivas o negativas de prestaciones. Cabe destacar asimismo que, a este nivel de cuidado, la segmentación de los derechos es más pronunciada, y hay regímenes que ofrecen más prestaciones que otros dentro de un mismo país. Por ejemplo, en Argentina, las Empresas de Medicina Prepaga tienen la obligación legal de brindar las prestaciones incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO); sin embargo, también ofrecen planes superiores que incorporan prestaciones adicionales y mejor hotelería hospitalaria. En Perú, si bien existe un plan mínimo de prestaciones (PEAS) que deben ser cubiertas por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – SIS, EsSalud y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) - en la práctica, la población accede a planes más amplios, pero diferentes, entre aseguradoras, que varían en función de la situación laboral, y de cierta forma, del nivel de ingresos. En Chile, en la práctica, las personas de ingresos medianos altos y altos tienden a elegir una Institución de Salud Previsional (ISAPRES) para ampliar el conjunto de prestaciones mediante aportes adicionales. Por el contrario, las personas de ingresos medianos, medianos bajos, y bajos suelen elegir el FONASA, debido a que con su aporte no podrían pagar la mejor cobertura de servicios que ofrecen las ISAPRES.

Productos farmacéuticos. En América Latina, y en consonancia con las normas de la OIT, los mecanismos de PSS incorporan productos farmacéuticos, generalmente con un enfoque prioritario en la cobertura de una lista nacional de medicamentos esenciales. Este es el caso de la Lista Oficial de Medicamentos en Costa Rica, la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia; la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales en Brasil; la lista de medicamentos de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile; el cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector de la Salud en México; el Listado Nacional de Medicamentos e Insumos Esenciales en Paraguay; el cuadro Básico de Medicamentos y Productos Naturales en Cuba; la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y Especializados y la lista de medicamentos de la CSS en Panamá; el cuadro Nacional de Medicamentos Básicos en Ecuador, y el Catálogo del Plan de Servicios de Salud en República Dominicana. Otros países de la región no tienen una lista específica, pero incluyen los medicamentos como parte de la cobertura en sus regímenes (Argentina, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú e Uruguay).

Sistemas de referencia. En América Latina, muchos países han establecido componentes de sistemas de referencia o «puerta de entrada» formales con el objetivo de mejorar los servicios y gestionar los costos. El registro de pacientes significa asignar a personas concretas a proveedores del primer nivel de atención de salud, fomentando de esta manera que las instalaciones de salud asuman la responsabilidad de la atención. Desde la perspectiva de las personas usuarias, esto establece un primer punto de contacto para la mayoría de sus necesidades de salud, integrando servicios de atención preventiva y curativa cerca de sus hogares. La función de «puerta de entrada» puede ayudar a orientar a las personas usuarias hacia un proveedor apropiado cuando sus necesidades van más allá de la atención del primer nivel. Su uso también es fundamental para el racionamiento del acceso a servicios de mayor complejidad y de mayor costo (Normand, *et al.* 2009). En los países de la región analizados, existen sistemas de registro en proveedores del primer nivel de atención de salud, y referencias como normativa específica y con procesos establecidos entre los grandes niveles de atención de salud en Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana e Uruguay. Esto se refleja en la organización de los servicios. En Brasil, el SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus propias redes de atención de salud, integradas por: *a)* Unidades Básicas de Salud, que constituyen la puerta de entrada del usuario al sistema; *b)* Unidades de Pronta Atención, que son responsables de la atención de las urgencias y emergencias, y *c)* Hospitales para atención especializada y tratamientos de mediana y alta complejidad. Incluso en los países cuyos sistemas muestran altos niveles de fragmentación, no hay casos que carezcan totalmente de sistemas de registro y derivación de pacientes que ayuden a navegar por el sistema de salud, aunque sí limitaciones en su implementación efectiva. Por ejemplo, en algunos países, aunque estos mecanismos existen, los estudios ponen de relieve su debilidad a causa de su dependencia de múltiples modalidades (Argentina), o porque las limitaciones de los mecanismos de referencia conducen a que la población se «salte» el establecimiento o los procesos o correspondientes (Guatemala).

Acceso efectivo y utilización de servicios de salud

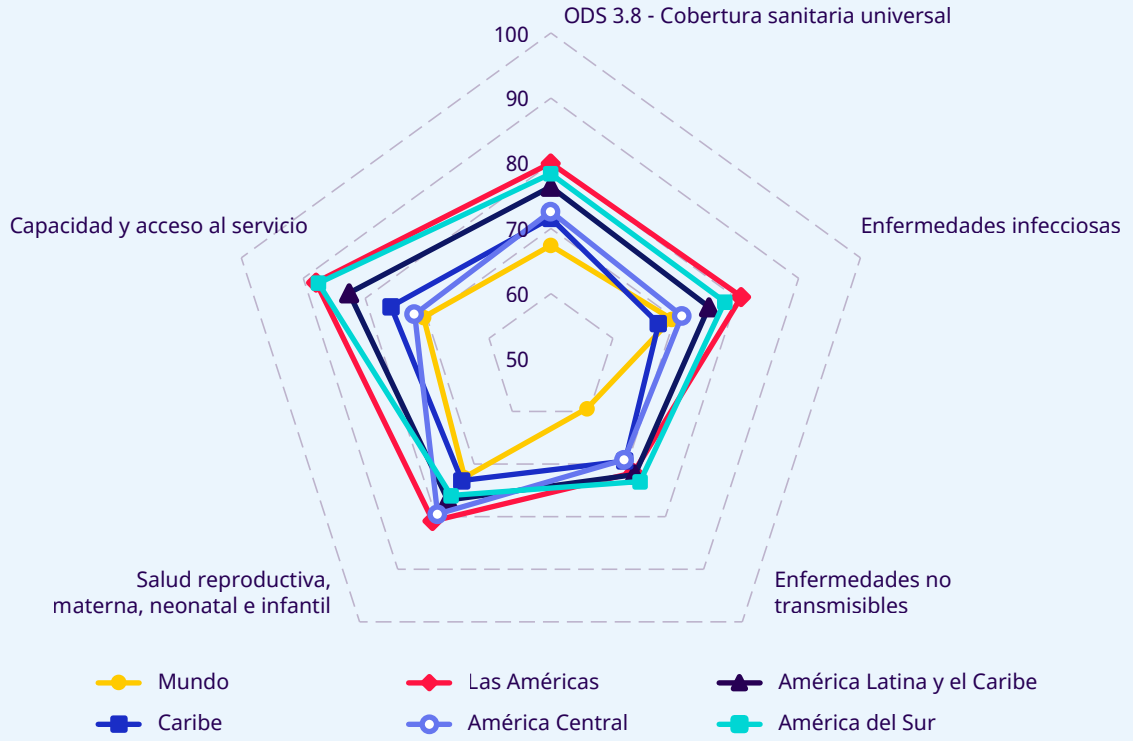
Las prestaciones garantías por las políticas de PSS y su marco legal pueden enfrentar dificultades a concretizarse cuando los servicios de salud no cumplen con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y cualidad. El monitoreo de estas dimensiones no es siempre disponible de manera completa y comparable entre todos los países. Los indicadores disponibles dan una imagen de los servicios

efectivamente disponibles y utilizados por la población, y están presentados brevemente en esta sección.

Cobertura de los servicios de salud

Entre las formas de seguimiento de los ODS, el indicador 3.8.1 es el Índice de Cobertura de Servicios Esenciales, una medida compuesta de indicadores de la disponibilidad y utilización de servicios de salud. América Latina y el Caribe, en promedio, registra mejores resultados en el indicador y sus subíndices que el promedio mundial (gráfico 6). Aun así, la región sigue la tendencia mundial de peores resultados en cuanto a la disponibilidad y utilización de medidas dirigidas a las enfermedades no transmisibles, que se trata de un ámbito en el que las necesidades aumentan con los cambios de estilos de vida y el envejecimiento. Por ejemplo, en Colombia, se incluye como parte del Plan de Beneficios en Salud, y en Bolivia su atención de salud está en el primer nivel como parte del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.[13] Es fundamental que los países lleven a cabo estrategias preventivas de enfermedades no transmisibles que aborden factores de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo perjudicial de alcohol, hábitos alimenticios poco saludables, la falta de actividad física, la contaminación ambiental y la exposición a riesgos laborales, así como determinantes sociales más amplios de la salud, lo que conlleva la coordinación con el sistema más extenso de protección social en general.

▶ **Gráfico 6. Cobertura sanitaria universal** (meta 3.8 de los ODS) **y sus cuatro subíndices, por regiones y subregiones relevantes en América Latina y el Caribe, 2021**



Nota: Los agregados globales y regionales se ponderan por la población total y por las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) y los niños (0-15 años) para el subíndice sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Con este indicador, la OMS proporciona una visión de la utilización efectiva de los servicios de salud a nivel nacional, sin desglose por régimen de PSS o por tipo de proveedor por el momento. También es clave monitorear y analizar el acceso a más servicios, y por dimensiones pertinentes que muestran la equidad en el acceso (tales como la dimensión rural/urbana, por grupos de población, etc.). Cabe destacar

[13] Con el diseño en 2015 de la Estrategia de Acción Integrada, que contempla las prácticas que deben implementarse en las redes de servicios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

que los efectos directos e indirectos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la población en América Latina y el Caribe fueron profundos, desde el aumento de la mortalidad y la reducción de la esperanza de vida al nacer, hasta repercusiones en la población con enfermedades crónicas y cáncer debido a las perturbaciones de los servicios de salud. La crisis puso a prueba los sistemas de salud en la región, y causó retrocesos en la oferta y utilización de servicios esenciales, de salud sexual y reproductiva, y de inmunización (BID 2022; OPS 2022b).

Servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

Se ha concedido suma prioridad a los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en términos de cobertura legal en la PSS en la región de América Latina, en consonancia con los instrumentos de la OIT, que establecen que la atención materna gratuita es un requerimiento mínimo de cobertura. La cobertura de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil forma parte de la mayoría de los regímenes de PSS de la región, entre ellos en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana e Uruguay. Aun así, persisten brechas de protección efectiva de las mujeres, como se ha señalado anteriormente, y en términos de respuesta a sus necesidades específicas, tales como la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, los servicios de salud prestados a las mujeres mayores y los servicios de salud mental, entre otros. Del mismo modo, servicios específicos de atención de salud y asistencia social a fin de abordar la violencia y el acoso contra las mujeres son necesarios, tal como pone de relieve el Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190).

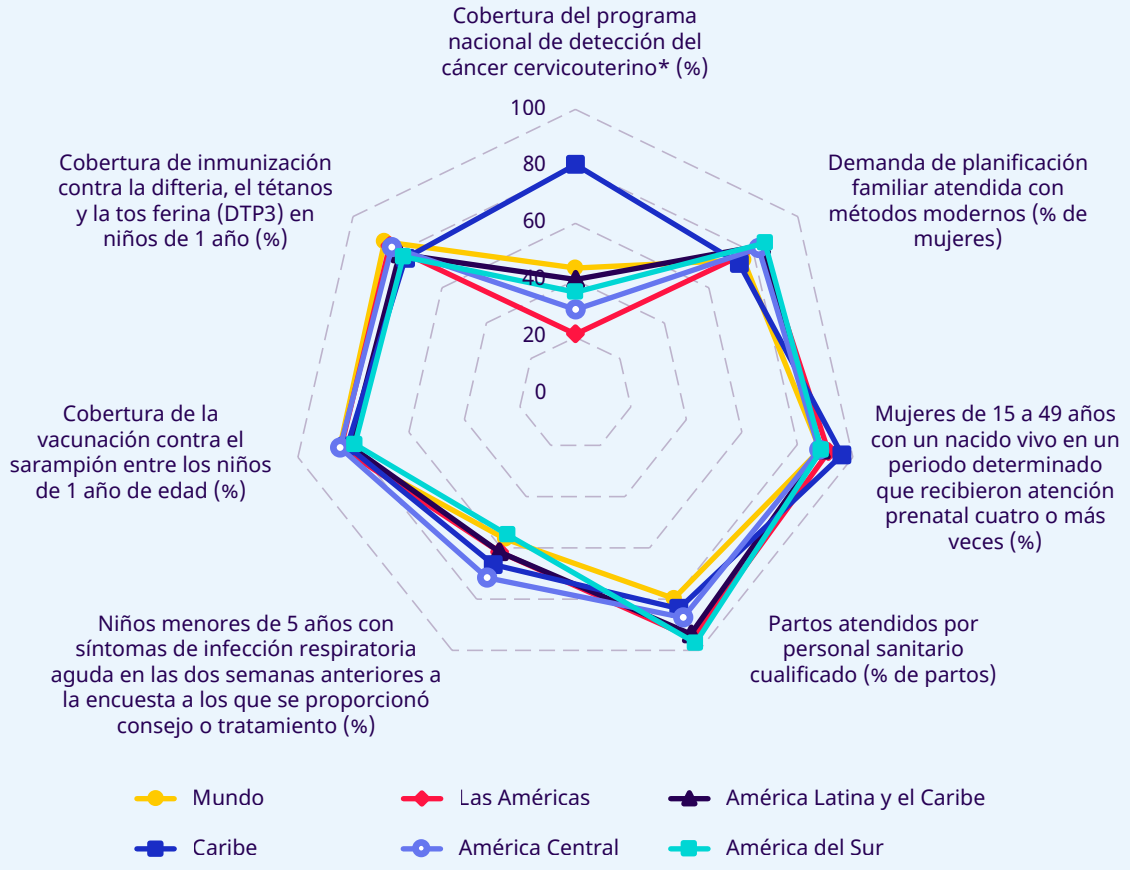
Un componente importante de la cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS) es la atención maternoinfantil y de salud reproductiva. Es una inversión de alto rendimiento en términos de beneficios para la salud. El análisis de las tendencias de los subíndices de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) (que abarca la planificación familiar, la atención prenatal, la inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), y la búsqueda de atención para las infecciones respiratorias agudas) del indicador 3.8.1 de los ODS a nivel mundial, muestra progresos muy lentos en la disponibilidad de dichos servicios en las dos últimas décadas (periodo 2000-2021) (OMS y Banco Mundial 2023) (gráfico 7).

En casi todos los países de la región la gran mayoría de los nacidos fueron atendidos por personal calificado en materia de salud; sin embargo, se observan diferencias considerables entre los países. Asimismo, pueden persistir grandes desigualdades en términos de acceso entre los grupos de la población en función de los ingresos, reflejando el "gradiente social" en resultados de salud. Habida cuenta de las barreras que pueden enfrentar las mujeres para acceder a los servicios de salud de maternidad, en particular las barreras financieras, que afectan desproporcionadamente a las mujeres con condiciones socioeconómicas precarias, es necesario redoblar los esfuerzos para garantizar el acceso a una atención de maternidad gratuita y de calidad, en consonancia con las normas de la OIT, y ampliar la cobertura de las prestaciones monetarias de maternidad (véase el capítulo 2). Tanto el acceso a una atención de salud de calidad como la seguridad de los ingresos son esenciales para garantizar un embarazo, un parto y un posparto saludables, reducir la mortalidad materna e infantil, y garantizar que el embarazo y el parto no pongan en peligro los derechos de las mujeres, incluido su derecho al trabajo y sus derechos en el trabajo (Shaw *et al.* 2016). El gráfico 8 ilustra los esfuerzos de algunos países para reducir estas barreras a las que se enfrentan las mujeres en el quintil de riqueza más bajo. Se observa que también pueden obtenerse logros en este ámbito en los países de ingresos medianos y de ingresos medianos bajos.

1.2.2. Red de proveedores de servicios

Cuando se diseña un régimen de PSS, incluidas las prestaciones que debe proporcionar, suele identificarse una red designada de proveedores de atención de salud para esta tarea. Esta elección es crucial, debido a que determina en gran medida a qué servicios podrán acceder efectivamente las personas protegidas cuando lo necesiten. La configuración de la red de proveedores de servicios y las modalidades de acceso a los servicios son elementos clave en el diseño de los sistemas de PSS. La manera en que están diseñados a nivel de la legislación influye en el acceso efectivo a las intervenciones de salud. En esta sección se proporciona una descripción general de la disponibilidad de los servicios en la región basada en datos de la OMS, y se examinan los tipos de proveedores utilizados en los sistemas de PSS de la región.

▶ Gráfico 7. Cobertura de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, por regiones y subregiones relevantes en América Latina y el Caribe, 2022 o año anterior más reciente con datos disponible

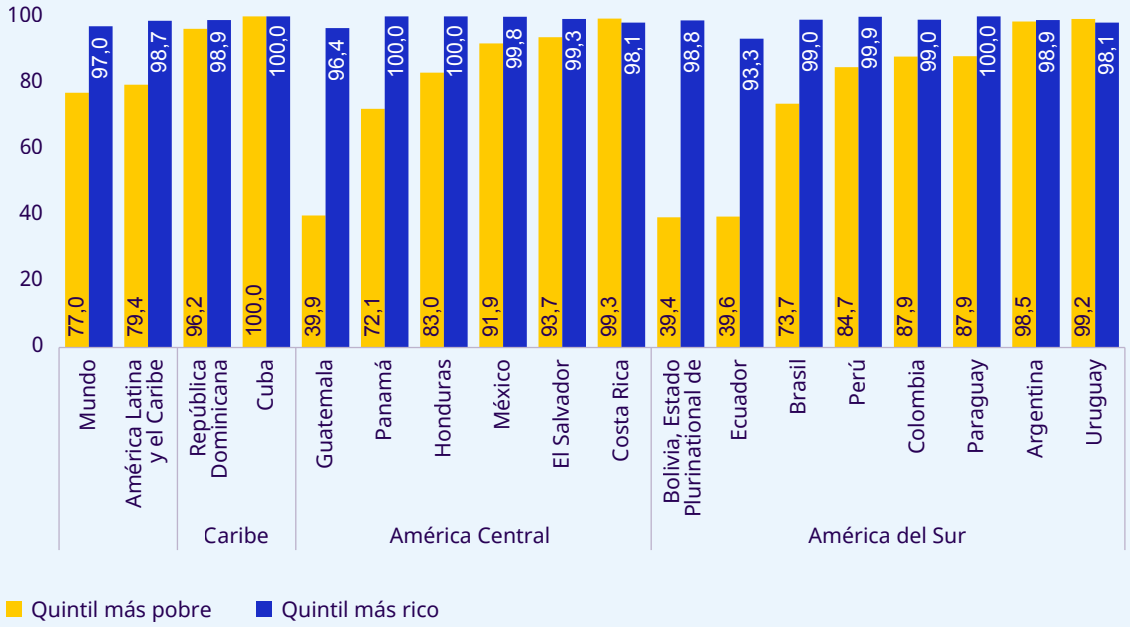


Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por los grupos de la población pertinentes.

* Estas cifras deben interpretarse con cautela: las estimaciones se basan en datos sobre la cobertura notificados que abarcan menos del 40 por ciento de la población de América Central y América del Sur.

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Gráfico 8. Acceso a los servicios de atención de salud materna: porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal calificado en materia de salud; países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2020 o año anterior más reciente



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por las mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Disponibilidad y distribución de personal e infraestructura

A pesar de las notables inversiones realizadas en el sector de la salud en los últimos decenios en América Latina, siguen existiendo importantes brechas entre las zonas urbanas y rurales o entre las zonas más remotas y las menos remotas. En algunas regiones, las brechas pueden consistir en la ausencia total de establecimientos de salud, en infraestructura con un financiamiento insuficiente, o en una notoria escasez de personal de salud calificado, de medicamentos y de dispositivos.

Personal de salud

El acceso a servicios de salud de calidad depende críticamente de las características de la fuerza laboral de salud. Esto no solo incluye la cantidad de personal de salud, sino también la combinación de habilidades, competencias, distribución y productividad. Como lo ilustra el gráfico 9, los países de América Latina y el Caribe tienen diferentes combinaciones de competencias en su fuerza laboral en salud, que reflejan modelos de cuidados diferentes. No obstante, esas diferencias, sobresale que la mayoría de los países quedan por debajo de varios umbrales definidos en sus tiempos por la OMS y la OIT.

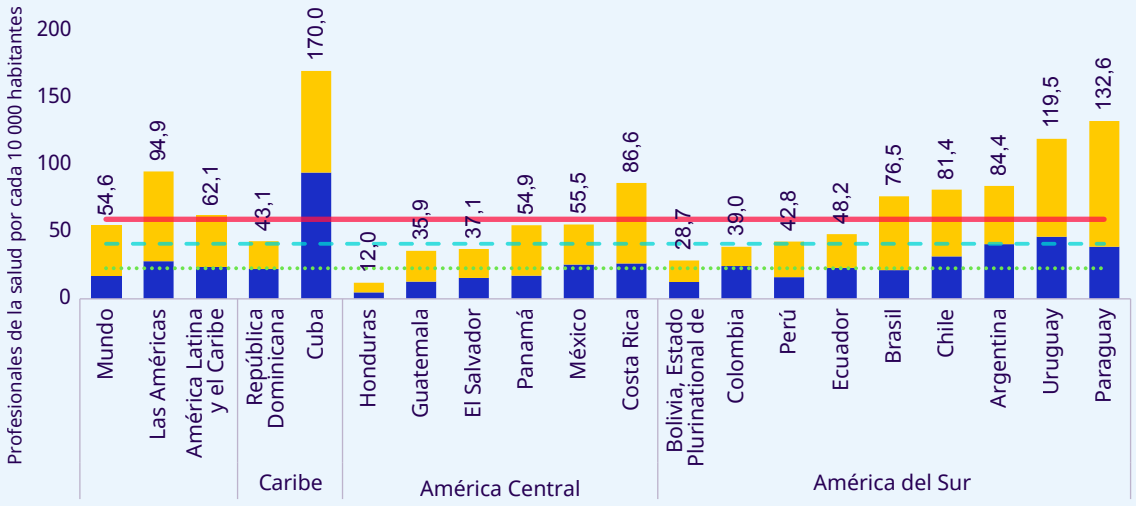
Es importante que existan inversiones para asegurar que el personal de salud esté adecuadamente protegido y respaldado para desempeñar sus funciones,[14] y que todas las categorías laborales en el sector de la salud tengan condiciones de trabajo adecuadas[15] de conformidad con el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149), de la OIT, y otras normas internacionales del trabajo, tales como la Recomendación núm. 69 y el Convenio núm. 190 de la OIT. Es un ámbito de gran peso en el empleo,[16] y de mayor relevancia ante situaciones normales o emergencias sanitarias o de otro tipo.

En 2022, el déficit de personal en el sector de la salud en las Américas ascendió a 600 000 profesionales, lo cual tuvo un gran impacto en el acceso a la atención de salud de la población en las zonas rurales y desatendidas. Los principales retos que enfrenta la región en este ámbito incluyen la migración del personal de salud a los centros urbanos o los países más ricos; la falta de planificación en otros sectores, como la educación, y la insuficiencia de educación continua para desarrollar el talento en el sector (OPS 2022a). Esta situación se podría agravar en el futuro, debido a que se prevé un déficit de 11,1 millones de trabajadores sanitarios y asistenciales de aquí a 2030 en los países más rezagados en materia de cobertura sanitaria universal (OMS 2024). Además, ya antes de la pandemia de COVID-19, se preveía un déficit de 5,8 millones de profesionales de enfermería (OMS y CIE 2025), y de 1,1 millones de trabajadores especializados en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y para adolescentes, y la mayor escasez de personal de partería: 900 000 de aquí a 2030 (UNFPA 2021). Algunos informes elaborados durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 sugerían que su impacto podría agravar aún más la escasez de personal de salud y asistenciales, debido a que, en muchos casos, estos tenían la intención de abandonar la profesión debido al agotamiento, la enorme carga de trabajo y la falta de recursos suficientes (CIE 2021). El alto grado de feminización contribuye a la infravaloración del sector por parte de la sociedad, y los ingresos medios son inferiores a los de otros sectores. Un estudio basado en datos obtenidos de 54 países de todas las regiones geográficas y en datos sobre los ingresos reveló que las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector de la salud y el sector de los cuidados oscilan entre aproximadamente el 15 por ciento (en el caso del salario medio por hora) y aproximadamente el 24 por ciento (en el caso de los ingresos medios mensuales) (OIT 2022c).

Las estimaciones recientes de la OIT muestran que el aumento del gasto para lograr los ODS en materia de salud generaría 173 millones de empleos en el sector de la salud y el trabajo social, así como en otros sectores, a través de vínculos retroactivos. Del mismo modo, la inversión en la cobertura y la mejora de los servicios de cuidados de larga duración podría generar hasta 50,9 millones de empleos de aquí a 2030 a escala mundial. Se pueden crear 13,9 millones de nuevos empleos en sectores distintos de la salud y los cuidados de larga duración ampliando el gasto en los cuidados de larga duración (OIT 2023c). El personal de salud constituye la base de todo sistema de salud, por lo que es fundamental realizar inversiones sólidas y sostenibles en este ámbito, así como garantizar condiciones de trabajo adecuadas. Estas inversiones no solo fortalecen el sector, sino que también promueven la igualdad de género, dado que la mayor parte del personal de la salud, especialmente en ámbitos como la partería, la enfermería y la atención personal, está compuesto de mujeres y jóvenes.

[14] Proteger la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios es fundamental, y beneficiará a los trabajadores, a los pacientes y a la sociedad, debido a que esto está directamente relacionado con la seguridad y la atención de los pacientes.
[15] Los trabajadores sanitarios y asistenciales se enfrentan a otros riesgos laborales, tales como peligros biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. Cabe añadir que, a diario, los trabajadores sanitarios y asistenciales soportan cargas de trabajo muy pesadas y, con frecuencia y cada vez más, sufren violencia y acoso en el lugar de trabajo. Los trabajadores del sector de la salud registran algunos de los niveles más altos de violencia en el mundo laboral.
[16] Para consultar las últimas estadísticas sectoriales, véase Servicios de salud | Organización Internacional del Trabajo.

Gráfico 9. Densidad de personal de salud calificado con respecto a tres umbrales, América Latina y el Caribe, 2022 o año anterior más reciente con datos disponibles



- Personal de enfermería y partería (por cada 10 000 habitantes)
- Profesionales de la salud (personal médico, de enfermería y de partería) por cada 10 000 habitantes
- Umbral Informe Mundial sobre la Protección Social OIT 2010 - 41.1
- Umbral sobre la salud en el mundo 2006 - 22.8

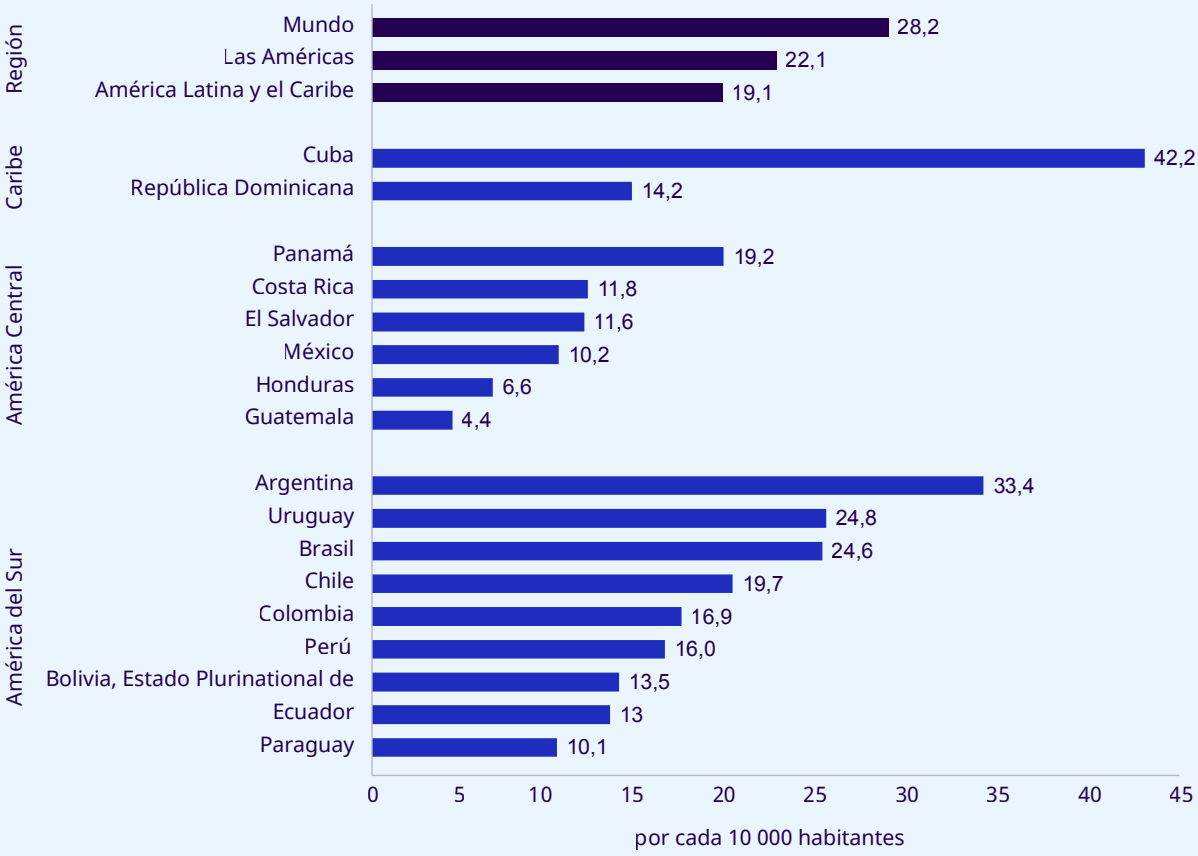
Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por la población total de personal de salud calificado.

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Infraestructura

El desarrollo y el mantenimiento de la infraestructura necesaria para la atención de salud constituyen una de las bases clave de un sistema de salud sólido, capaz de brindar servicios cercanos a la población. Además de los recursos humanos, la disponibilidad de infraestructura es un factor fundamental para garantizar el acceso. Los establecimientos de salud, entre ellos específicamente los hospitales, desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios y suelen representar el grueso del gasto en los sistemas de salud, en parte debido a la complejidad de las intervenciones que realizan. La capacidad de ese sector se evalúa mediante indicadores, como el número de camas de hospital por cada 10 000 habitantes (gráfico 10). Aunque la cantidad adecuada depende de diversos criterios – como la demografía, la duración promedio de la estancia, las tasas de admisión y las tasas de ocupación de camas –, las comparaciones regionales proporcionan información general sobre el estado de la infraestructura disponible. A pesar de factores explicativos que incluyen modelos de cuidados diferentes y la diversidad en la organización del sector de la salud, se observa que América Central está por debajo de los promedios regional y mundial. También se observa que el nivel de ingresos de los países solo explica parcialmente las diferencias existentes.

▶ Gráfico 10. Densidad de camas de hospital (por cada 10 000 habitantes), países y regiones seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año más reciente con datos disponibles



Nota: Los puntos de datos van de 2018 a 2021. Los agregados mundiales y regionales están ponderados por la población.

Fuente: Basado en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Distribución geográfica de los proveedores de salud

La distribución geográfica equitativa de los proveedores de servicios de salud es fundamental para garantizar que las personas tengan acceso a atención de salud, con independencia de su ubicación. A la escasez en términos de densidad de personal de salud se añaden cuestiones de distribución geográfica. Por ejemplo, si bien la población rural representaba el 13,4 por ciento de la población total de Brasil en 2018, solo el 4,5 por ciento del personal médico estaba ubicado en zonas rurales. Este porcentaje fue del 8,4 por ciento en Ecuador (por el 36,2 por ciento de población rural) y del 18,9 por ciento en Honduras (por el 43,5 por ciento de población rural) (OIT 2023d).

Aunque la mayoría de los países de América Latina otorgan los mismos derechos legales a toda la población, sin discriminación por motivo de ubicación geográfica o de origen étnico, en la práctica las personas que viven en zonas geográficamente remotas, debido a la gran distancia de las instalaciones de salud se enfrentan a barreras para acceder a los servicios, incluso barreras financieras (pago de transporte, etc.). Por ejemplo, según un estudio para Costa Rica, existen grandes desigualdades en la distancia de la población a los EBAIS:[17] en promedio, casi una de cada cinco personas (el 18 por ciento) reside a más de 15 kilómetros de un EBAIS. Esta cifra va acompañada de diversas desigualdades territoriales: en 18 de los 84

[17] Centros de primer nivel de atención de salud encargados de atender en primera instancia las necesidades de salud de las personas y de realizar un seguimiento de la situación en las comunidades.

cantones del país, toda la población tiene acceso adecuado al primer nivel de atención de salud, mientras que, en el otro extremo, en nueve cantones, la mitad de los habitantes están a 15 kilómetros de distancia de un EBAIS. En los dos cantones peor situados, el porcentaje de personas que no tiene acceso oportuno a los mismos supera el 73,5 por ciento (PEN 2023).[18]

Por su parte, la cobertura de PSS para los pueblos indígenas, muchos de los cuales viven en regiones remotas y desfavorecidas, puede complicarse aún más debido a las barreras lingüísticas y culturales y a la discriminación al inscribirse a los servicios o utilizarlos. Sin embargo, también existen ejemplos de políticas concretas de inclusión. En Guatemala, existe una Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, así como un Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. En Panamá, existe un Programa de Redes Integradas de Salud, que presta servicios, entre otros, a la población indígena. En Colombia, varias Empresas Prestadoras de Salud Indígena (EPSI) realizan su actividad en todo el territorio. En Bolivia, existen Estados autónomos que cuentan con seguros de salud, como el Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija y el Seguro Universal de Salud Autónomo de Beni, que han concluido convenios con el Ministerio de Salud para garantizar la complementariedad con el SUS.

Redes de proveedores de servicios de salud y desigualdad

La prestación pública y privada de servicios en los sistemas de salud

Los sistemas de salud en América Latina varían considerablemente en términos de la participación pública y privada en la prestación de servicios, lo que tiene importantes repercusiones en la cobertura y efectividad de la PSS. El peso de los proveedores públicos predomina en los sistemas de salud de la mayoría de los países. Por ejemplo, en Ecuador, las instituciones públicas concentran el 80 por ciento del total de las unidades proveedoras de servicios de salud. En Cuba, la prestación privada de servicios de salud no está autorizada. En algunos países de la región, los sistemas de salud presentan una participación mayoritaria de prestación de servicios de atención de salud a través del sector privado. En Colombia, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) privadas representan el 91 por ciento de los proveedores de servicios y cerca del 80 por ciento de los servicios de salud son prestados por proveedores privados. En Uruguay, la prestación de servicios se realiza a través de los proveedores privados de servicios de salud (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o seguros privados) o de los proveedores públicos coordinados por la ASSE. Las personas beneficiarias del Seguro Nacional de Salud tienen derecho a la libre elección del proveedor, y el 57,7 por ciento de las personas están en la IAMC.

En algunos países existen consideraciones culturales pertinentes a este respecto. En Guatemala, más de un tercio de la población utiliza la medicina tradicional indígena comunitaria, que funciona mediante pagos de bolsillo dentro de estructuras comunitarias. Sin embargo, aunque existen iniciativas puntuales, este subsistema no forma parte oficial de la oferta de servicios de salud prestados por el sector público o privado, y no está reconocido o supervisado por las autoridades competentes. Por esto, mejorar la protección y el acceso financiero abarca una importante dimensión regulatoria (Negi y Abdul Azeez 2021; Thorsen y Pouliot 2016; Haque *et al.* 2018).

Las redes de proveedores de atención de salud designadas por los regímenes de PSS

Este concepto se refiere a proveedores de servicios de salud que han sido designados o seleccionados para prestar atención de salud dentro de un régimen de PSS determinado.[19] En América Latina, en la mayoría de los países existe un sistema que implica que cada régimen de PSS tiene una red propia de proveedores que gestiona directamente, sin separación entre la función de asignación de recursos en salud y la función de provisión de servicios. Esta situación significa que, en muchos países de la región, no solo hay una segmentación de los derechos entre subsistemas o regímenes (y algunos grupos de la población que tienen derecho a conjuntos de prestaciones más amplios) sino también que estos diferentes grupos de la población acceden a proveedores distintos. También significa que, en la mayoría de los países, la fragmentación de los regímenes de PSS se traduce en una fragmentación de los servicios de salud propiamente dichos, y existe cierta impermeabilidad con pocas excepciones que permiten que los grupos cubi-

[18] Véase: Informe 2023 – Informe Estado de la Nación [2023]

[19] Pueden incluir hospitales, clínicas, profesionales en medicina y otras áreas de la salud, y son identificados y reconocidos como parte integral de la red de atención de salud para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios para las personas beneficiarias del régimen. Las redes designadas de proveedores de atención de salud que están disponibles, y son accesibles, aceptables y de calidad suficiente, pueden ayudar a lograr los objetivos de los regímenes de PSS.

ertos por un régimen de PSS puedan acceder a los proveedores de otro régimen. Por ejemplo, en Bolivia, el sistema incluye una red del SUS manejada por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), y las Cajas de salud (Caja Nacional de Salud, cajas de seguro a corto plazo) tienen cada una su propia red, además de un sector privado que cubre a una parte importante de la población prestando servicios que conllevan gasto de bolsillo. Este también es el caso de Argentina, que cuenta con un sistema fragmentado: el subsistema público tiene sus propios establecimientos de salud; la seguridad social (los seguros sociales y las obras sociales, como las obras sociales nacionales, las obras sociales provinciales y otras obras para poblaciones específicas) también tiene su red de proveedores, y las Empresas de Medicina Prepaga cuentan con un conjunto de proveedores privados. Este diseño puede ser complejo, tanto en lo que se refiere a la equidad en el acceso a los servicios, como a la eficiencia de las disposiciones institucionales para la planificación y asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud. Esto dificulta una planificación y una distribución eficaces, y se convierte en un factor de desigualdad en el acceso efectivo a los servicios de salud. Así, como consecuencia del diseño, algunos grupos de la población pueden llegar a tener acceso a diferentes proveedores, y beneficiarse de niveles de inversión y financiamiento muy distintos entre ellos. Los regímenes que cuentan con una red pública única son una minoría, como en Brasil (SUS), Costa Rica (CCSS), y Cuba (Ministerio de Salud Pública (MINSAP)).

Existen disparidades en la asignación de recursos dentro de los componentes públicos de los sistemas de PSS en la región, en particular cuando se comparan las redes de los seguros sociales y las de los ministerios de Salud. En los casos en los que ha sido posible recopilar datos, se observa que la mayor parte de la infraestructura recae en los ministerios. En Bolivia, el MSD cuenta con 3 112 establecimientos en el primer nivel de atención de salud, con 31 hospitales del tercer nivel y con 31 institutos de especialización en salud, lo que representa cerca del 92,3 por ciento del total nacional. La infraestructura de la red de cajas de salud es menor, con 131 establecimientos en el primer nivel, 24 en el segundo nivel y 10 en el tercer nivel de atención de salud de la Caja Nacional de Salud. El resto de las cajas suman aproximadamente 100 establecimientos de su propia red. En Paraguay, en 2020, el MSPBS concentró el 91,8 por ciento de los establecimientos para un total de 1 415 centros de salud, entre los que figuran hospitales regionales, municipales, generales, especializados y maternoinfantiles, así como centros de especialidades, unidades de salud de la familia y puestos de salud. En ese país, la red del IPS apenas registra unos 127 establecimientos. Al finalizar el año 2019, Panamá contaba con una cartera de servicios de 908 instalaciones a nivel nacional. Sólo el 8,5 por ciento corresponden a la CSS y el resto al MINSA. Además, en lo que respecta a la distribución del personal, también se registran disparidades, debido a que el 47 por ciento del personal médico pertenece a la CSS, y solo el 37 por ciento pertenece a las redes del MINSA. El MSP de El Salvador concentra aproximadamente el 69,3 por ciento de los establecimientos, entre los que figuran establecimientos de atención de salud del primer nivel, hospitales básicos, departamentales y regionales, centros de atención de emergencias y hospitales nacionales, mientras que la red propia y externa del ISSS está integrada por 11 hospitales, 15 unidades médicas con hospitalización y 19 sin hospitalización, 39 clínicas comunales, 6 centros de atención de día y 285 clínicas empresariales. Estas disparidades pueden afectar la calidad de los servicios de salud en diferentes regímenes de PSS, así como la percepción que tienen los usuarios de los servicios en diferentes regímenes y/o el sector privado de la salud que opera al margen de los regímenes de PSS.

La calidad de los servicios

El tema de la calidad de los servicios de atención de salud es clave, no solo para mejorar los resultados de los sistemas de PSS, sino también para limitar la tendencia al alza en el gasto de bolsillo y la búsqueda de prestaciones fuera de los regímenes de PSS, con impacto sobre la economía de los hogares. Con arreglo a la definición en el marco del derecho humano a la salud, se espera que las instalaciones, los bienes y los servicios de salud sean adecuados desde el punto de vista científico y médico, y funcionen bien. Esto significa que los proveedores deben ofrecer servicios basados en evidencia a quienes los necesitan, evitando causar daños a las personas a las que va destinada la atención de salud, y respondiendo a las preferencias, necesidades y valores individuales. La confianza en la eficacia clínica de los servicios y el grado de satisfacción de los pacientes con el trato que reciben de los profesionales de la salud son elementos clave (OMS OCDE y BIRF/Banco Mundial 2020). La calidad de los servicios es difícil de medir (Hanefeld *et al.* 2017), porque tiene diferentes dimensiones que son necesariamente medidas por instituciones diferentes (OMS 2025). Más adelante en el presente informe se ahonda en el tema de los mecanismos de reclamación, presentación de quejas y medición del grado de satisfacción (capítulo 3).

En términos generales, el control de la calidad de los servicios es unas de las funciones de los ministerios

de Salud, y en países de América Latina la calidad es un pilar en la normativa de sus sistemas de salud. En muchos casos puede identificarse la definición de responsabilidades en entidades concretas y políticas y reglamentaciones en la materia; este es el caso, por ejemplo, en Uruguay, con la Superintendencia Nacional de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, y el Observatorio de la Calidad, entre otros. En este y otros casos, existen grandes diferencias territoriales en lo que respecta a la calidad de los servicios, pero se han establecido mecanismos formales que permiten controlarla y mejorarla. En Costa Rica, existe un Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, así como evaluaciones de la atención primaria y una Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente dentro del Ministerio de Salud. Como se indica en el capítulo 3, la implementación efectiva de la regulación del sector de la salud algunas veces experimenta limitaciones en la práctica.

Las listas de espera pueden ser un tema que merece la pena investigar en profundidad: cuando las intervenciones especializadas son muy importantes para la salud de las personas y el ritmo de respuesta del sistema es lento, eso puede dar lugar a que la población busque alternativas fuera del régimen de PSS al cual tiene derecho, lo que impacta el gasto de bolsillo. Si los servicios que proveen los regímenes de PSS no están disponibles o si se considera que su calidad no es suficiente, las personas tal vez busquen atención de salud fuera de la red designada e incurra en gastos de bolsillo en salud, lo cual obstaculiza el objetivo de la protección financiera, o simplemente puede que renuncien a la atención de salud, en detrimento de su estado de salud, lo que se aborda en la siguiente sección.

1.3. Protección financiera

El objetivo de asegurar una protección financiera adecuada como parte de la PSS significa que el acceso a los servicios de salud no tenga un impacto negativo en el nivel de vida y evite que las personas se enfrenten a dificultades económicas o al empobrecimiento al atender sus necesidades en este campo. En este contexto, las normas de la OIT ofrecen orientación sobre los niveles mínimos de protección financiera frente a los costos de los servicios de salud y a la pérdida de ingresos debido a enfermedades o a la búsqueda de atención de salud (capítulo 2). En América Latina, las dificultades para garantizar la protección efectiva, las debilidades en el financiamiento, la segmentación, barreras para el acceso y las deficiencias en la calidad para brindar protección adecuada en este plano en algunos países o poblaciones han impulsado el recurso considerable al gasto de bolsillo y el aumento del papel del sector privado con un papel duplicativo fuera de los regímenes de PSS, a fin de satisfacer áreas de atención que, en teoría y legalmente, están cubierta por dichos regímenes. En esta sección se examina el estado de la cobertura legal y las políticas que afectan a la protección financiera en la región de América Latina, y posteriormente se analiza la información sobre el gasto catastrófico y el empobrecimiento debido a los gastos directos en salud.

1.3.1. Disposiciones legales y políticas que afectan la protección financiera

La OIT brinda orientación en dos ámbitos clave como indicadores que permiten abordar el conocimiento y el análisis en este campo:

- Nivel de cobertura de los costos: reafirma que la atención materna debe ser gratuita y que, en caso de mecanismos de participación financiera/copagos para otros servicios, las reglas deben concebirse para evitar barreras en el acceso y no comprometer la efectividad de la protección médica y social.
- Apoyo a los ingresos: establece pautas para el apoyo financiero a las personas que no pueden trabajar por motivo de enfermedad, cuarentena, búsqueda de atención de salud (véanse las prestaciones económicas en caso de enfermedad en el capítulo 2) o cuidado de personas dependientes que los necesitan.

Políticas de cobertura de los costos y mecanismos de participación financiera

Las políticas que conllevan copagos y diversas modalidades de distribución de los costos condicionan el acceso a los servicios, y generan gastos directos que pueden socavar la protección financiera si se establecen en niveles elevados. En todo el mundo, los copagos o tarifas de usuario a menudo se implementan para reducir el riesgo moral de los pacientes y desincentivar el uso abusivo de los servicios, pero, en

muchos casos, también se imponen en reformas políticas para limitar el gasto en salud, lo que puede tener un impacto desproporcionado en la población más vulnerable. Por ello, las normas de la OIT establecen que, cuando la legislación nacional exija la participación financiera de las personas protegidas, esta debe reglamentarse para evitar que las personas enfrenten dificultades, y no debe utilizarse como un mecanismo para financiar el sector de la salud. Los copagos y las tarifas de usuario pueden adoptar varias formas (recuadro 5).

▶ Recuadro 5. Pagos formales e informales a proveedores de salud

En todo el mundo existen diversas formas en que las personas asumen los costos de su atención de salud. Los costos directos que asumen las personas pueden presentarse a través de pagos directos, contribuciones formales o pagos informales.

- El pago directo se refiere al precio total de los servicios, no cubierto por ninguna forma de protección.
- Los mecanismos de participación financiera formal incluyen tasas de usuario y copago:
  - Las tarifas o cargos de usuario pueden consistir en cualquier combinación posible de tarifas de registro, consulta, medicamentos y suministros médicos, tratamiento, hospitalización, tarifas de parto, exámenes de laboratorio u otros servicios de salud proporcionados en sectores públicos o subsidiados por el Estado (Qin *et al.* 2019) – generalmente sin reflejar el costo total de los servicios.
  - Los copagos son pagos fijos definidos en una póliza de seguro y pagados por la persona asegurada cada vez que accede a un servicio médico. Los copagos pueden formar parte del pago total por un bien o servicio de salud, o pueden representar el 100 por ciento del costo (Dogget 2014). Pueden adoptar la forma de un porcentaje del costo. En la práctica de los seguros privados en salud, también se pueden aplicar deducibles o topes (número máximo de días, sesiones o casos).
- El pago informal se refiere a todos los pagos en efectivo o en especie realizados voluntaria o involuntariamente por los usuarios a los proveedores de atención de salud, al margen de los mecanismos de pago oficiales, normalmente de manera fraudulenta o por cobro indebido.

No todas estas modalidades están extendidas en la región de América Latina, en la cual se pueden identificar principalmente los pagos directos (no solo si no hay cobertura, sino también cuando la persona acude a servicios fuera de la red del régimen de PSS por el cual están cubiertas) y los mecanismos de participación financiera o copago formales.

En América Latina, los regímenes de protección social muestran en su diseño un nivel alto de protección financiera. En esta sección se detallen las modalidades de copago existentes; estas no son una herramienta común de los regímenes en la región y, cuando lo son, están limitadas en su nivel. Lo que es más frecuente son los pagos directos por grupos de la población no cubiertos por un régimen de PSS, o incluso por grupos de la población que son derechohabientes, pero que acceden a servicios fuera de la red del régimen.

Las políticas varían considerablemente, y las normas y prácticas de los países no son uniformes. Se puede plantear lo siguiente:

- Países y regímenes cuyo diseño no contempla mecanismos oficiales de participación en los costos (por ejemplo, la CCSS de Costa Rica, las Cajas de Salud de Bolivia, el IGSS de Guatemala, el IMSS en México, el MSPBS y el IPS de Paraguay, el MINSAP de Cuba, el MINSA, el IESS de Ecuador y el ISSS de El Salvador).

- Casos en los que hay gastos compartidos para un número limitado de prestaciones o artículos. Por ejemplo, en Colombia, si bien existen estos mecanismos para determinados servicios, no se aplican cuotas moderadoras o copagos en ámbitos como la promoción de la salud, las consultas iniciales, la salud materno-perinatal, la educación en salud, y el tratamiento de enfermedades transmisibles de interés público, como el dengue, la hepatitis y enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y el nivel de copagos depende del nivel de ingresos de los hogares. De manera análoga, los copagos no se aplican a un cierto número de enfermedades catastróficas o de alto costo, como

el cáncer, los cuidados intensivos, los trasplantes o la insuficiencia renal, entre otras. En Brasil, el programa «Farmacia Popular» solicita copagos en medicamentos para tratar la dislipidemia, la enfermedad de Parkinson o la osteoporosis, aunque se aplican subsidios gubernamentales fijados en el 90 por ciento del precio de referencia. El SFS de República Dominicana establece copagos solo para medicamentos, pero existen cuotas moderadoras fijas y variables para procedimientos más complejos y de alto costo, incluyendo: apoyo diagnóstico en internamiento y ambulatoria, atención de salud de alto costo y de máximo nivel de complejidad, cirugía, hemoterapia, hospitalización, partos (cesárea), rehabilitación y servicios odontológicos.

- Casos en que hay coparticipación de los usuarios para financiar los costos como práctica habitual en algunos de los niveles de atención para el acceso a proveedores privados, o cuando el aseguramiento propiamente dicho se delega a aseguradoras privadas (por ejemplo, las IAMC de Uruguay, las Obras sociales y las Empresas de Medicina Prepaga en Argentina en primer y segundo nivel, y las EPS en Perú).

Dentro de los regímenes de PSS estudiados, unos diseños incluyen modalidades de copago formal:

- **Copagos para acceder a servicios privados contratados por el régimen de PSS**. En las IAMC de Uruguay existe un mecanismo de costos compartidos en salud a través de tasas moderadoras y *tickets*, que se cobran a las personas usuarias de los proveedores privados. En las EPS en Perú, los copagos se aplican en la contratación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas como proveedoras de servicios, y estos no pueden superar el 2 por ciento del ingreso mensual de la persona asegurada en el caso de prestaciones ambulatorias y el 10 por ciento por cada hospitalización.

- **Copagos generalizados proporcionales a los recursos del hogar**. En el régimen contributivo de las EPS en Colombia, se utilizan copagos con valores diferenciados según los ingresos de la persona afiliada. Estos se cobran solamente a las personas beneficiarias como un porcentaje del valor de los procedimientos o servicios hospitalarios, que oscila entre el 11,5 por ciento y el 23 por ciento, con un tope máximo expresado como un porcentaje del salario mínimo. En el FONASA en Chile, el copago no puede exceder el 20 por ciento del valor de referencia y, con la incorporación de la política de copago cero, solo se aplica para la población de ingresos más altos. Esta es una medida que cabe destacar, debido a que tiene por objeto reducir las barreras para que las personas puedan acceder a los servicios que requieran en función de sus necesidades y con independencia de su nivel de ingresos o de inserción laboral. Las personas beneficiarias de los tramos de ingresos A y B (los más bajos) pueden acceder gratuitamente (con copago cero) a la atención de salud en el sistema público de salud, mientras que en los tramos C y D (los más altos) el FONASA cubre el 90 por ciento y el 80 por ciento de los aranceles, respectivamente. En Panamá, cuando una persona carece de un seguro y de recursos para hacer frente al copago, la CSS realiza una evaluación socioeconómica que puede conducir a la exoneración total del pago, la reducción del monto del copago o el establecimiento de modalidades de pago. Algunos grupos de la población que han sido priorizados están amparados en los llamados «decretos de gratuidad», como la población indígena, las mujeres embarazadas, los menores de 5 años y las personas con discapacidad.

- **Copagos únicamente para medicamentos**, como en el caso del SFS de República Dominicana, donde representan el 30 por ciento del costo del producto farmacéutico. En Brasil, parte de los medicamentos son comprados por los municipios, los Estados y la esfera federal. Otro porcentaje es subsidiado a través del programa «Farmacia Popular» y, aunque una parte está disponible de forma gratuita, se establecen algunos copagos para determinados medicamentos que están limitados en redes de farmacias privadas. En Uruguay se establecen cuotas moderadoras fijas.

Dado que casi todas las instituciones de PSS poseen su propia red de servicios, también pueden prestar servicios a personas no aseguradas por el régimen que administran, y en este caso, algunas aplican **cargos de usuario.** Por ejemplo, en la CSS de Panamá, si bien la cuota obrero-patronal cubre las prestaciones de salud que reciben las personas beneficiarias de la seguridad social, se aplican copagos para quienes no tienen seguro como una contribución para cubrir los costos de la atención de salud demandada. Los copagos consideran tarifas mínimas y el Estado subsidia la diferencia entre el monto de la tarifa y el costo del servicio.

En algunos países se aplican otros mecanismos de cobertura de costos, como las **cuotas moderadoras**. En el régimen contributivo de las EPS en Colombia, se establece el pago de cuotas moderadoras con arreglo a los ingresos de la persona afiliada. Corresponden a un monto fijo que pagan las personas afiliadas por el acceso a un servicio ambulatorio o de entrada al sistema, como las consultas médicas y odontológicas, las fórmulas médicas y los exámenes de laboratorio. En el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud en República Dominicana se aplica cuotas moderadoras fijas en consultas y copagos variables con coberturas que oscilan entre el 80 y el 90 por ciento, pero con techos en el copago en caso de hospitalización, cirugía, cesárea, atención de salud de alto costo y trasplantes, entre otros. En este país, las cuotas se aplican para muchos servicios de mayor complejidad.

Por otro lado, en El Salvador existían copagos por la prestación de salud en forma de **cuotas voluntarias**. Estos planteaban grandes barreras para el acceso, y se estima que llegaron a representar entre el 12 por ciento y el 18 por ciento del presupuesto de los hospitales. Sin embargo, a raíz de la reforma del sistema de salud emprendida en 2009, se eliminaron en todos los puntos de atención de salud.

En los países que cuentan con aseguradoras privadas para la gestión de uno o varios de sus regímenes de PSS, existen diseños más típicos del seguro comercial privado, como la presencia de deducibles. Por ejemplo, en Perú, las IPRESS privadas también establecen el cobro de **deducibles** que son fijados por las IAFAS.

En suma, puede considerarse que el copago está presente en algunos regímenes de PSS de la región, pero no es una herramienta extendida. Además, los niveles de copago, cuando existen, se mantienen relativamente bajos – la mayoría de los regímenes en los 17 países de América Latina estudiados tienen niveles de copagos que oscilan entre el 0 y el 20 por ciento. Cabe concluir que los mecanismos de costos compartidos no son la explicación de los niveles de gasto de bolsillo en la región, por lo cual es necesario estudiar con detenimiento si se trata de personas que buscan atención de salud fuera de las redes de PSS por razones económicas o de calidad del servicio, o si hay pagos informales u otros elementos que dan lugar a que más personas asuman pagos directos individualmente.

En cuanto a los **pagos informales**, en algunas situaciones los proveedores pueden optar por no cumplir totalmente las normas sobre los copagos y las tarifas de usuario, y preferir cobrar pagos informales adicionales. En el mundo, los pagos informales son frecuentes en varios países, y a menudo se utilizan como medio para asegurar el acceso, la disponibilidad o una mayor calidad de servicio. La supervisión de estas prácticas es difícil, debido a que son ilícitas, incluso en América Latina. Esto no significa que no tengan lugar sin que sea fácilmente registradas. Por ejemplo, en Perú, el Ministerio de Salud incluye los pagos informales en el marco de su monitoreo de los niveles de corrupción en salud, identificados como un problema que debe combatirse (Hanefeld, Powell-Jackson y Balabanova 2017). La existencia de pagos informales merece particular atención, es un aspecto esencial y es una cuestión en la que deben centrarse los responsables de la formulación de políticas y las instituciones encargadas de la PSS, debido a que estas prácticas no solo obstaculizan la protección financiera, sino que también afectan la confianza de las personas en las instituciones y servicios de salud. A su vez, conducen a que las personas estén menos dispuestas a respaldar tanto políticamente como financieramente los esfuerzos públicos en el sistema de salud.

Copago por servicios de maternidad

Las normas de la OIT[20] establecen que la atención de la maternidad, incluidos el embarazo, el parto y sus consecuencias, debe ser proporcionada de manera gratuita, por lo que no debe estar sujeta a ningún tipo de participación financiera ni a cualquier otra forma de participación financiera directa de las personas protegidas. Esta disposición se basa en tres conclusiones importantes de la práctica internacional (Frota *et al.* 2020):

[20] La CEACR se ha manifestado sobre este punto: «La Comisión recuerda que las tarifas pagadas por los usuarios, los co-pagos y otros pagos directos, inclusive para la atención médica de maternidad, constituyen una causa importante del empobrecimiento en muchos países y son un obstáculo continuo para el acceso a la atención médica, lo cual puede redundar en detrimento de la salud de las mujeres durante la maternidad y de la salud de sus hijos. La Comisión alienta enérgicamente a los Estados Miembros a que adopten medidas para garantizar que las prestaciones de atención médica de maternidad de calidad, tal como se enumeran en el artículo 6, 7) del Convenio, se proporcionen efectivamente y sean accesibles en la práctica para todas las mujeres protegidas por el Convenio [183].» Estudio General: *Alcanzar la igualdad de género en el trabajo.* Conferencia Internacional del Trabajo, 111ª reunión, 2023, párr. 612)

- La atención prenatal oportuna y sin demora es una inversión eficaz y de gran impacto en términos de salud. Las visitas prenatales y la vigilancia son de importancia crítica para la reducción de complicaciones y de los costos asociados. Al atender sin demora la salud de la mujer embarazada, los sistemas de salud pueden evitar tener que prestar atención de salud más intensiva (y más costosa) en el momento del parto. La atención posparto garantiza la pronta recuperación, y la identificación y la gestión tempranas de los problemas, y contribuye a la promoción de la salud, incluida la vacunación infantil y el asesoramiento sobre la lactancia materna. Éstos, a su vez, facilitan la plena recuperación de la capacidad laboral de la mujer, junto con las prestaciones de maternidad durante la licencia de maternidad (OIT 2024a).
- La relación costo-beneficio de la inversión en protección de la salud materna es alta tanto para el sistema de salud como más allá del mismo. La probabilidad de utilizar los servicios generalmente se limita a un pequeño número de eventos durante la vida de una mujer, durante un período limitado, lo que reduce el costo de los conjuntos de prestaciones de salud materna por persona en comparación con la compensación ofrecida en el caso de otros riesgos sociales (por ejemplo, enfermedad, lesiones o vejez) (Memirie *et al.* 2019).
- Es crucial garantizar el más alto nivel de protección financiera, a fin de mejorar el acceso efectivo a la atención materna para todas las mujeres. Es importante tener en cuenta que las mujeres pueden enfrentar mayores desafíos que los hombres al tener que realizar pagos por adelantado en los establecimientos de salud: pueden tener un menor peso en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos en el hogar, además de una menor capacidad financiera.

Las normas de la OIT en materia de seguridad social conceden una alta prioridad a la protección financiera para la atención materna, y los países de América Latina han mostrado un elevado nivel de compromiso en cuanto al otorgamiento de derechos en este sentido. En general, la atención materna está eximida de copagos en muchos lugares y se han elaborado diversas estrategias para este grupo de la población. Algunos países eximen de copagos a los servicios de atención materna o infantil. En Colombia, la atención de la salud materna e infantil es prioritaria para el sistema y está exenta de copagos y cuotas moderadoras. En Argentina, el Plan Materno Infantil incluye cobertura al 100 por ciento de todas las prestaciones y medicamentos necesarios durante el embarazo y hasta el primer mes después del parto, la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, y la atención de salud del niño y niña, tanto en términos de cuidados como de internamiento, como cuidados ambulatorios, vacunas obligatorias y leche maternizadas, etcétera. En Perú, los copagos no son aplicables a las prestaciones por atención de emergencia y maternidad. En Panamá, existen prestaciones gratuitas para los grupos de la población a los que se ha concedido prioridad, tales como las mujeres embarazadas, así como prestaciones que quedan excluidas de copagos, como, por ejemplo, el cobro del parto por parte de los hospitales. Por último, algunos países no prevén copagos para ningún tipo de atención, es decir, otorgan la atención materna sin participación financiera directa, como, por ejemplo, en Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Paraguay. En cambio, en Chile, la atención materna depende del tipo de cobertura de salud de cada persona, dada la fragmentación y la particular apuesta por la libre elección de regímenes. En FONASA, la cobertura es gratuita en la red pública y deben realizarse abonos para el acceso a proveedores privados en consonancia con la Modalidad de Libre Elección, mientras que en las ISAPRES la cobertura varía según el plan contratado y, si la fecha probable de concepción es anterior a la suscripción del contrato, se aplica la cobertura proporcional de parto (Superintendencia de Salud 2023). Por su parte, algunos países han implementado programas adicionales de prestaciones monetarias, como se examina en el capítulo 2.

Otras características de diseño que afectan la protección financiera

La protección financiera en materia de PSS puede estar vinculada con diversos procesos, condiciones y prioridades que afectan (positiva o negativamente) su alcance. Por ejemplo, se pueden imponer períodos de calificación, limitando la protección financiera por un período definido. Si bien las normas de la OIT reconocen que tales períodos pueden existir si se considera necesario para evitar abusos, esto a menudo tiene poca justificación en los contextos en que la cobertura obligatoria para todos previene la selección adversa. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de México no existen periodos de calificación[21][19] para acceder a los servicios de salud, salvo en el caso de las prestaciones de maternidad, para las cuales es necesario mantener vigentes los derechos durante los seis meses

[21] La expresión «periodo de calificación» se utiliza para referirse a lo que en otros países se conoce comúnmente como «periodo de carencia».

anteriores al parto. En el IPS de Paraguay existen periodos de calificación que oscilan entre 6 y 36 meses de aportes consecutivos para acceder a un conjunto de prestaciones. Además, este régimen excluye de la cobertura a las hijas menores de edad – de la persona titular del seguro – en estado de embarazo. En el caso de Argentina, para los afiliados monotributistas de las obras sociales también se establecen períodos de carencia para acceder a todo el PMO, salvo en el caso de la atención de urgencias.

Finalmente, el nivel de protección financiera otorgado por los sistemas de PSS sólo es válido dentro de la red designada de proveedores de servicios. Como se ha mencionado anteriormente, cuando una red de servicios no está diseñada para satisfacer las necesidades de la población y cuando los servicios proporcionados no cumplen los criterios de disponibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad y buena calidad, o la población considera que no los no cumplen, las personas tienden a buscar atención de salud fuera de esa red y quedan desprotegidas financieramente. Este es un problema central en el caso de América Latina, que muchas veces no está relacionado con el diseño de los programas, sino que obedece a problemas de implementación o financiamiento insuficiente (capítulos 3 y 4). Estas consideraciones afectan el nivel de protección financiera efectiva, como se analiza en la siguiente sección.

1.3.2. Protección efectiva frente a los gastos en salud

La información completa que permitiría comparar directamente los derechos legales con la protección financiera efectiva de una manera uniforme no está disponible fácilmente en todos los países del mundo. En su lugar, la mayoría de los países generan y analizan datos sobre los pagos directos a través de encuestas nacionales realizadas periódicamente. Normalmente es posible conocer, a nivel de un país: i) la proporción de gastos directos de las personas en el gasto total en salud del país y en proporción a sus ingresos, y ii) el número de hogares que caen en la pobreza debido a dichos pagos. Esto último se ha incluido en el marco de los ODS en el indicador 3.8.2. Cabe destacar que estos indicadores no son medidas perfectas de la protección financiera, sino más bien de su ausencia (recuadro 6).

▶ Recuadro 6. Limitaciones en el monitoreo de la protección financiera efectiva

Aunque a nivel mundial se han realizado enormes esfuerzos en los últimos decenios para la recopilar y analizar datos, es importante señalar que estos indicadores no constituyen herramientas de monitoreo perfectas para evaluar la protección financiera, sino más bien para identificar su ausencia. El monitoreo de la protección financiera exige información detallada, que abarca desde la cuantía de los gastos directos hasta quiénes son los que desembolsan, en qué servicios, y cuáles son las características de los hogares que incurren en dichos gastos (estructura demográfica y socioeconómica del hogar, si están protegidos o no por un régimen de PSS, etc.). Aunque los indicadores de gastos catastróficos en salud señalan las brechas de protección financiera, no proporcionan detalles sobre el tipo de servicios a los que se ha accedido (esenciales o electivos) ni sobre la situación de las personas que los utilizan (si están cubiertas o no). Esta limitación también se aplica al monitoreo de los gastos de bolsillo.

Por lo tanto, cuando se discuten las brechas de cobertura de PSS al nivel nacional, es esencial contextualizar el análisis para comprender las causas subyacentes de la alta incidencia de gastos catastróficos en salud. Se requiere una investigación más detallada a nivel nacional, y explorar, por ejemplo, los elevados gastos de bolsillo y los resultados/servicios de salud deficientes según los quintiles de ingreso/riqueza, las regiones geográficas, el género, la situación migratoria, la edad y la situación en el sistema de protección social.

Fuente: OIT, 2021c y 2024a; OMS y Banco Mundial, 2023.

Causas de una baja protección financiera efectiva

Los datos disponibles en la región de América Latina muestran cómo pueden persistir niveles elevados de gastos por parte de las personas, incluso cuando la PSS es un derecho casi universal, reconocido por ley, con regímenes que incluyen una gama amplia de servicios sin participación financiera o con copagos de nivel limitado. Sobre la base de la experiencia internacional, cabe mencionar algunos factores que pueden explicar los elevados niveles de gasto de bolsillo, aunque no todos tienen el mismo peso en la región de América Latina:

- **Brechas de cobertura de la población**. En América Latina, este problema es limitado, como se ha señalado en la sección anterior, dedicada a la cobertura de la población, debido a que en la mayoría de los casos existe universalidad, y pocos países permiten que haya grupos excluidos. No obstante, es probable que algunos problemas de protección efectiva sí afecten el acceso a protección financiera concreta.
- **Prestaciones y beneficios limitados:** Las normas de la OIT recomiendan revisar regularmente y expandir de manera progresiva el conjunto de intervenciones de salud cubiertas por los regímenes de PSS. Cuando esto no se hace, en algún momento dichas intervenciones dejan de ser adecuadas y las personas no reciben protección financiera para una parte de los servicios que requiere. En América Latina, si bien formalmente existe el acceso a servicios en varios de los niveles de atención de salud, en muchos países existen derechos diferentes que dan lugar a que algunos grupos puedan acceder a prestaciones más limitadas, lo cual puede alentarles a incurrir en gastos de bolsillo para recibir los servicios no incluidos. En el SFS en República Dominicana, el gasto de bolsillo de las personas afiliadas al régimen subsidiado se relaciona con la exclusión de determinados bienes y servicios del plan de prestaciones, y con el acceso limitado solamente a la red pública de establecimientos de salud. Asimismo, aunque los países hayan tratado de incluir amplios conjuntos de servicios, el diseño puede excluir algunos servicios de la protección financiera. Los gastos de bolsillo en que deben incurrir los usuarios del Sistema Nacional de Salud en Cuba son mínimos, y están asociados con la atención ambulatoria, y con la adquisición de prótesis auditivas y ortopédicas, sillas de rueda, muletas, bastones y espejuelos, que en todos los casos se venden a precios subsidiados por el Estado fuera del conjunto de prestaciones gratuitas.
- **Copagos oficiales**: Este aspecto, como se analizó previamente, no es predominante ni está extendido en la región de América Latina, y no explica el peso del gasto de bolsillo, que es considerable y creciente en algunos países. Sin embargo, sí existe en algunos regímenes y, además, hay algunas propuestas para su implementación que están siendo objeto de debate (incipiente) en algunos casos.
- **Pagos informales:** Como se ha señalado en la sección anterior, aunque es difícil de monitorear, hay indicaciones de que existen este tipo de pagos en América Latina, y algunos países han tomado medidas activas contra ellos en el marco de políticas de reducción de la corrupción.
- **Deficiencias en la prestación de servicios o percepción negativa de ella**. En América Latina esto puede tener un peso importante: puede deberse a una distribución geográfica desigual de los servicios, a la mala calidad percibida o efectiva de la atención de salud, y a un número insuficiente de proveedores de servicios designados por los regímenes de PSS, lo que da lugar a que las personas cubiertas busquen servicios fuera de la red, en la cual pueden acceder a servicios con protección financiera. Por ejemplo, en Guatemala, si bien el acceso a la atención en las redes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es gratuita, las deficiencias estructurales, tales como la falta de proveedores y de personal calificado en algunas regiones del país, limitan la capacidad para hacer frente a las crecientes demandas de salud por parte de la población. Como consecuencia, las personas tienden a pagar a proveedores de salud del sector privado. En Paraguay, la gran magnitud del gasto de bolsillo está estrechamente vinculada con la compra de medicamentos (el 53,48 por ciento del total), debido a la disponibilidad intermitente e insuficiente de productos en los proveedores que forman parte de los regímenes de PSS. En ese país, la participación de la compra de medicamentos es mayor para las personas en situación de pobreza o de pobreza extrema. En Brasil, aunque el SUS es un sistema público, universal y gratuito, una combinación de factores (tales como los diferentes niveles de financiamiento descentralizados y la desigual distribución del personal médico) afecta la protección financiera. Estos retos se traducen en disparidades en la calidad, la percepción de la misma y el acceso diferenciado a los servicios en las diversas regiones, mientras que, paralelamente, se ha desarrollado un sistema de salud privado que no solo es complementario, sino también, en muchos aspectos, duplicativo, que capta asimismo una parte importante del gasto total en salud. En México, un porcentaje considerable de las personas afiliadas al IMSS (el 56,8 por ciento), al ISSSTE (el 58,8 por ciento) y al Seguro Popular (el 68,5 por ciento) y no afiliadas a ninguna institución (el 88,5 por ciento) declararon haber realizado pagos en el momento de recibir atención de salud. Dado que la cobertura de los regímenes de PSS en este país no contempla copagos, esto podría revelar situaciones en las que la atención de salud de la población ocurre fuera de su correspondiente red de cobertura, o incluso la presencia de cobros indebidos.

El estudio de 17 países permite identificar algunos factores recurrentes que pueden explicar los gastos de bolsillo, así como, en algunos casos, la falta de atención de salud. Entre ellos figuran los siguientes:

- La brecha territorial recurrente que existe en la región entre los grandes centros urbanos y otras zonas genera condiciones de acceso diferenciadas y limita el uso por parte de la población rural. Las limitaciones de recursos humanos, técnicos, financieros y de infraestructura causan también una insuficiencia de los servicios, que da lugar, de muchas formas, a que la población incurra en gastos en el sector privado para atender sus necesidades inmediatas o renuncie a la utilización de los servicios.
- La percepción de la calidad de los servicios o aspectos que afectan la oportunidad de recibir atención de salud, tales como los tiempos de espera, la rapidez de los trámites y la disponibilidad de medicamentos, también pueden conducir a que la población incurra en gastos en el sector privado. Esta situación puede ser particularmente pronunciada en los grupos de la población que trabajan en la economía informal, quienes tienen cierto poder adquisitivo y al mismo tiempo altos costos de oportunidad (tiempo de trabajo perdido) y pérdida de ingresos no compensados.
- A pesar de que en muchos países existen listas de medicamentos esenciales y de que los productos farmacéuticos se reconocen como parte de las prestaciones en los programas de PSS, en algunos países existen problemas de disponibilidad de medicamentos. En Guatemala, el Programa de Accesibilidad de Medicamentos del MSPAS se encarga de brindar estos productos a un bajo costo y ha logrado mejoras en el acceso y canales de distribución, pero su alcance es limitado, debido a que no se dispone de toda la diversidad de medicamentos que necesita la población, e incluso los que están disponibles no son suficientes para atender la demanda. En ese mismo país, el IGSS proporciona los medicamentos de forma gratuita, aunque enfrenta enormes desafíos financieros para hacerlo, lo cual ha provocado distorsiones en los precios a los que se ofrecen los medicamentos a esa institución.
- También existen problemas de conocimiento de los derechos, que inhiben la utilización de los servicios, y cambios en la población que modifican la demanda. El gradiente social en estos aspectos es importante.[22]

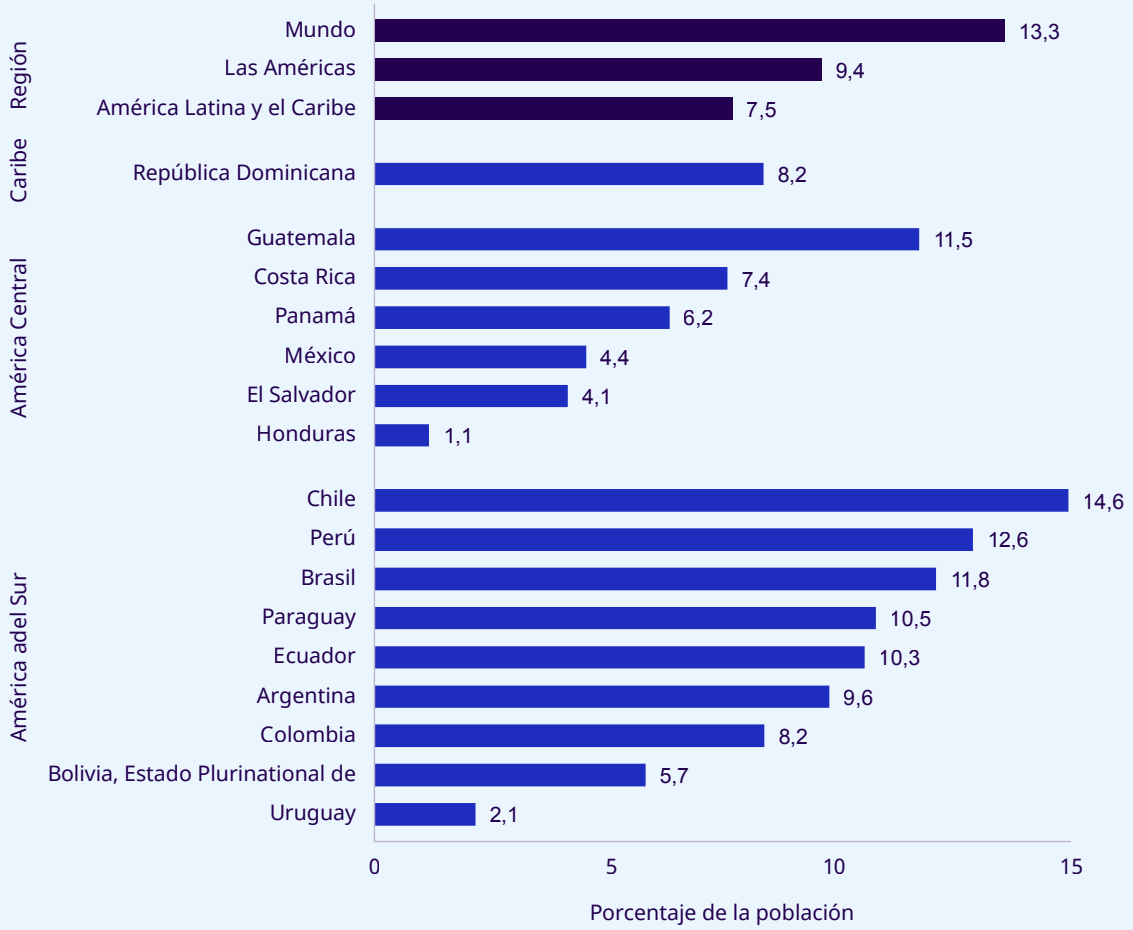
Gasto catastrófico en salud

Ya se ha mencionado que América Latina es una región altamente desigual en términos sociales y económicos. En ese marco, resulta crítico evitar los problemas de salud que afectan las condiciones de vida. El gasto catastrófico puede afectar negativamente a los hogares en cualquier nivel de ingresos, pero tiene un impacto desproporcionado en los hogares de ingresos bajos y los que dependen de la economía informal. El porcentaje de la población empujada por debajo del umbral de la pobreza debido a los gastos en salud es un marcador clave del impacto que tiene la brecha de cobertura sobre la pobreza. Según el gráfico 11, América Latina se caracteriza por una diversidad de situaciones en cuanto a gastos catastróficos en salud.[23] Algunos países de la región no disponen de datos recientes que permitan medir el nivel de gasto catastrófico (Honduras y Paraguay), y solo México, Bolivia y Perú han proporcionado datos después de 2021. Los resultados en términos de gastos catastróficos son muy heterogéneos. Algunos países han logrado mantener el nivel de gasto catastrófico relativamente bajo incluso con sistemas de salud y regímenes de PSS fragmentados, como México. América Central logra mantener en promedio niveles de gasto catastrófico relativamente más bajos que América del Sur, donde, independientemente del diseño de las garantías de PSS, el nivel de gasto catastrófico es relativamente alto.

[22] Según la OMS, «La salud sigue un gradiente social en el que cuanto más desfavorecida es la zona en la que vive la población, menores son sus ingresos, menor es su nivel educativo, peor es su salud y menos años de vida sana pueden esperar». Véase: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health.

[23] Los gastos en salud pueden exponer a los hogares a dificultades económicas, en particular cuando superan un umbral predefinido de la capacidad de pago del hogar. Cuando se supera este umbral, el gasto en salud se denomina gasto catastrófico. En el marco de seguimiento de los ODS, el indicador 3.8.2 de los ODS mide la incidencia del gasto catastrófico en salud como la proporción de la población cuyos gastos en salud superan el 10 por ciento de los gastos o ingresos totales del hogar durante el año de referencia.

Gráfico 11. Indicador 3.8.2 de los ODS: incidencia de los gastos en salud excesivos (más del 10 por ciento del ingreso o del consumo anual de los hogares)**, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año anterior más reciente con datos disponibles**

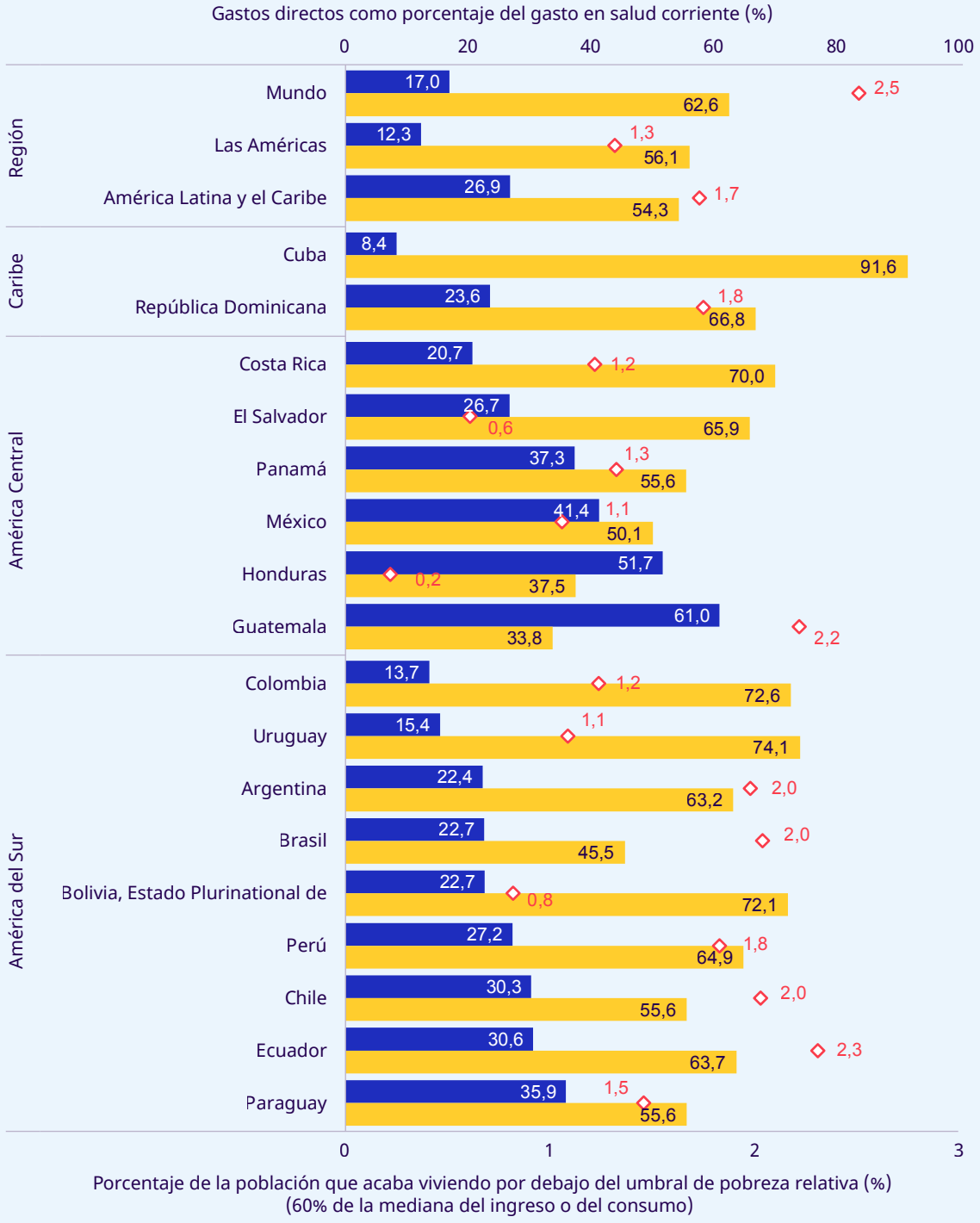


Fuente: Basado en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

La relación entre el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud

La proporción de gastos directos en relación con el gasto catastrófico en salud a menudo se utiliza para ilustrar la medida en que los países confían en la responsabilidad individual para cubrir los costos de atención de salud. No obstante, el indicador ofrece poca información sobre la naturaleza de esos pagos y quiénes los realizan en la sociedad. El bajo porcentaje de gastos directos puede obedecer al acceso limitado de la población y a la escasa utilización de los servicios de salud necesarios, debido a barreras financieras y geográficas, que algunas veces conducen a que las personas renuncien incluso a utilizar los servicios. Por el contrario, un alto porcentaje de gastos directos no se traduce necesariamente en el empobrecimiento cuando obedecen a que los hogares de ingresos altos eligen servicios privados costosos o procedimientos selectivos. Depender en exceso de la responsabilidad individual a través de gastos directos sin mecanismos de protección solidaria puede consolidar y exacerbar las desigualdades existentes en lugar de mitigarlas. El gráfico 12 muestro la relación entre los gastos públicos en salud, el gasto del bolsillo como porcentaje del gasto en salud y la población que está por debajo del umbral de pobreza relativa debido al gasto en salud. Se observa una correlación entre el alto nivel de gasto público, la reducción del gasto de bolsillo y su incidencia sobre la pobreza, aunque no este siempre el caso. Por ejemplo, en México, el gasto de bolsillo representa una parte considerable del gasto total, por lo que el empobrecimiento causado por estos gastos queda limitado.

▶ **Gráfico 12. Empobrecimiento debido al gasto de bolsillo en atención de salud: porcentaje del gasto nacional de salud de las administraciones públicas y del gasto de bolsillo en el gasto total en atención de salud, y porcentaje de la población que acaba viviendo por debajo del umbral de pobreza relativa** (el 60 por ciento del ingreso o del consumo)**, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 o año anterior más reciente con datos disponibles**



- Porcentaje del gasto de bolsillo en el gasto corriente en salud (%)
- Porcentaje del gasto de las administraciones públicas en el gasto corriente en salud (%)
- Porcentaje de la población que se ve empujada a vivir por debajo del umbral de pobreza relativa (60% de la mediana diaria del consumo o ingreso per cápita) (%)

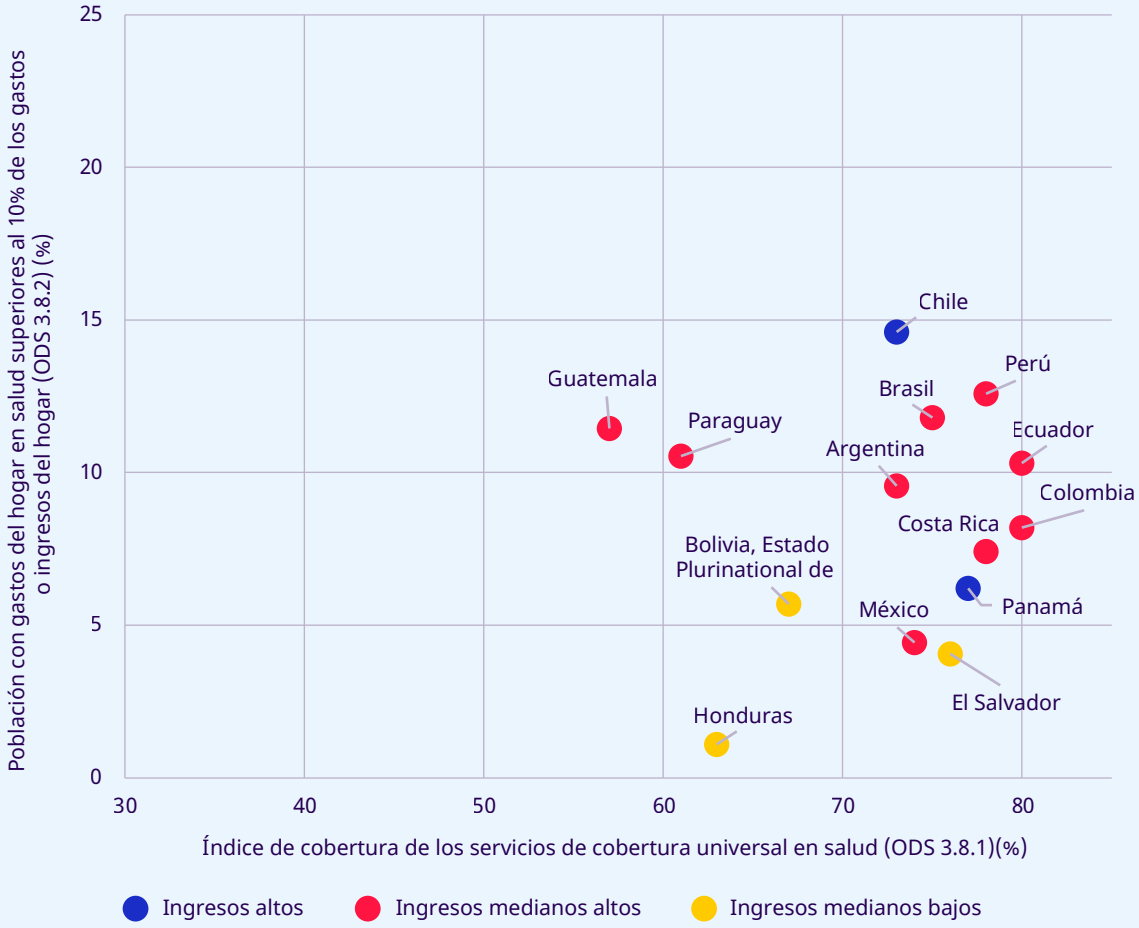
Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el gasto corriente en salud. Se utilizaron los datos de 2021 para determinar el porcentaje del gasto en salud de las administraciones públicas y los gastos directos como porcentaje del gasto en salud corriente. Los datos varían en función del porcentaje de personas que acaban viviendo por debajo del umbral de pobreza relativa (2000-2021).

Fuente: Basado en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y de la Base de datos mundial de la OMS sobre el gasto en salud.

La búsqueda de equilibrio entre ampliar la oferta de servicios y garantizar la protección financiera

Muchos países de América Latina enfrentan el desafío de equilibrar el objetivo de ampliar la oferta de servicios y, al mismo tiempo, garantizar la protección financiera. Aunque estos dos objetivos se complementan, su relación no siempre está libre de conflictos. El gráfico 13 muestra la diversidad de situaciones en la región, que refleja los niveles de ingresos de los países, pero que también permite ilustrar los mecanismos de compensación presentados en esta sección. La mayoría de los países de América Central y América del Sur tienen niveles de disponibilidad de servicios iguales o superiores al promedio mundial, pero con resultados muy distintos en términos de protección contra los gastos catastróficos. En Argentina, Brasil, Ecuador, Perú y Panamá, un elevado porcentaje de hogares incurren en gastos catastróficos en salud, aunque tienen una cobertura legal casi universal de PSS con niveles de copagos oficiales relativamente bajos, lo cual indica que, efectivamente, las personas buscan atención fuera de la red de servicios de los regímenes de PSS, incluso los hogares con ingresos relativamente bajos. La información también revela que un alto índice de cobertura legal no garantiza que la oferta de servicios de salud sea adecuada y que incida en un menor gasto de bolsillo.

▶ Gráfico 13. Correlación entre el indicador 3.8.1 y el indicador 3.8.2 de los ODS, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible



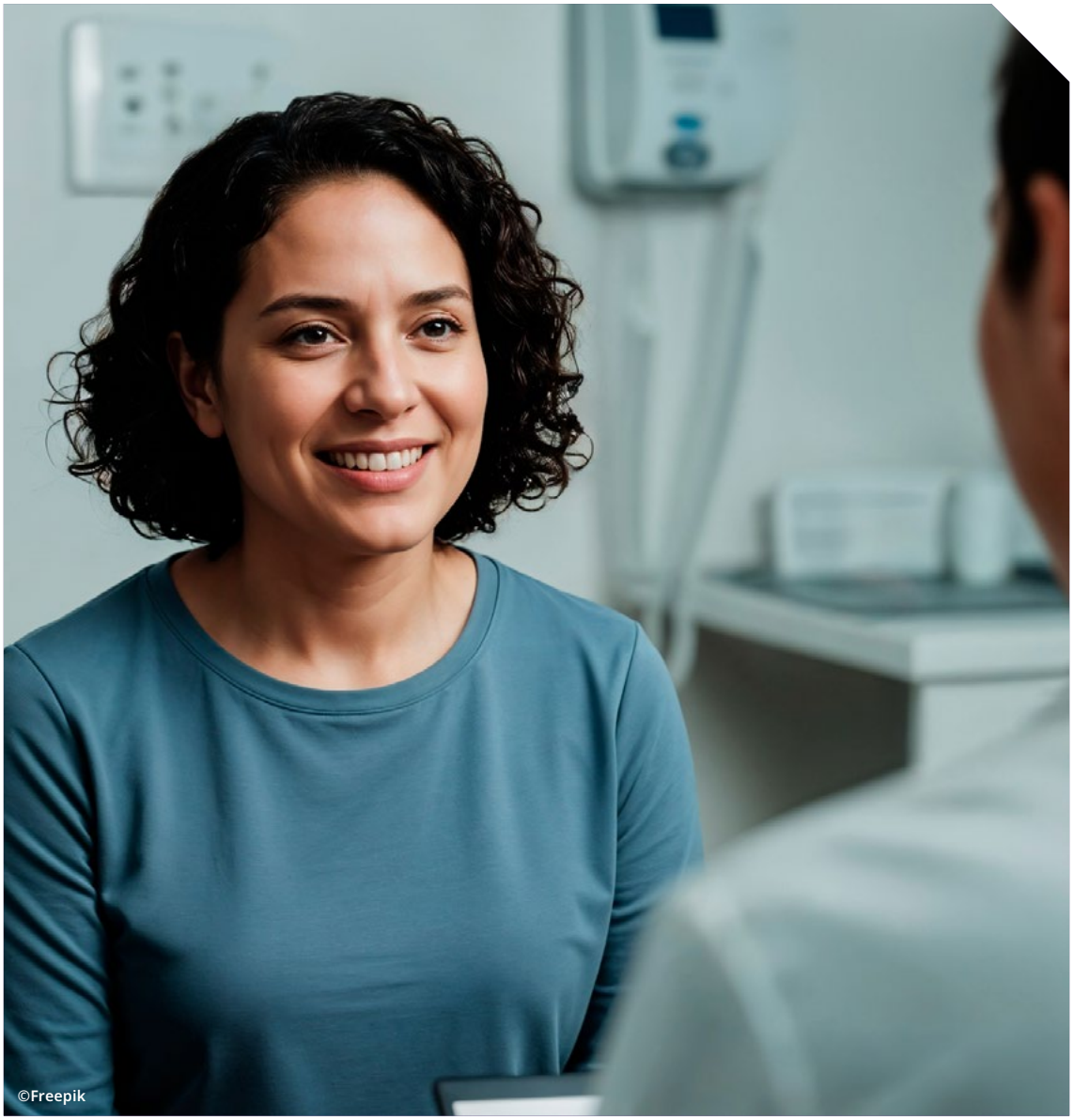
Nota: ODS 3.8.1: Los valores del índice iguales o superiores a 80 se presentan como «≥80» con fines de visualización, dado que el índice no distingue adecuadamente entre países con altos niveles de cobertura de servicios. El gasto catastrófico en salud se define como el gasto directo de los hogares en salud que excede el 10 por ciento o el 25 por ciento del consumo o ingreso total del hogar, conforme al indicador 3.8.2 de los ODS. Las estimaciones de la OMS y del Banco Mundial se basan en definiciones y métodos estandarizados para garantizar la comparabilidad internacional, lo que puede no coincidir con los métodos utilizados a nivel nacional o regional.

Fuente: Basado en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (2021).

Necesidades insatisfechas de atención de salud

Cuando las brechas en la PSS o en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud no se resuelven, las personas más vulnerables tienden a renunciar a acceder a servicios de salud cuando lo necesitan. La OMS promueve esfuerzos para que los países midan estas necesidades insatisfechas, que son una expresión de las brechas, entre otras políticas de salud, en la PSS, y deben tenerse en cuenta para su extensión, así como la mejora de sus prestaciones. Según la OPS, en 17 países de las Américas, el porcentaje de la población que afirmó tener necesidades insatisfechas de atención de salud fue, en promedio, del 35,2 por ciento (IC del 95 por ciento: 35,0-35,5 por ciento), con amplias variaciones entre los países, pero con estabilidad en el tiempo. Las necesidades insatisfechas afectan más a los países de ingresos medianos y bajos y, dentro de los países, a las personas que pertenecen a los quintiles de ingresos más bajos.

Las barreras organizacionales y financieras son las causas más frecuentes por las cuales las necesidades de atención de salud quedan insatisfechas. Por ejemplo, en Costa Rica, las principales barreras están relacionadas con la organización y gestión, mientras que, en Honduras, las barreras financieras son el principal problema. Los quintiles más pobres registraron las tasas más altas de necesidades insatisfechas durante la pandemia de COVID-19, en particular en países como Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú (OPS 2024). Las necesidades insatisfechas de atención de salud representan una falla fundamental en la consecución de los pisos de protección social promovidos por la OIT (Recomendación núm. 202).



Capítulo 2. Prestaciones económicas y su impacto en la salud y el bienestar

Mensajes clave

- Las prestaciones económicas de protección social tienen un impacto directo en los determinantes sociales de la salud, ya que garantizan ingresos durante la enfermedad, la maternidad y otras contingencias.
- Menos de dos tercios de la población está cubierta por sistemas o pisos de protección social, y se observan grandes disparidades entre los países y los tipos de prestaciones. La integralidad de los riesgos cubiertos y la suficiencia del nivel de las prestaciones son parámetros fundamentales para maximizar el impacto positivo de las prestaciones económicas de protección social sobre la salud y el bienestar.
- A nivel regional, la cobertura efectiva de las prestaciones económicas de maternidad es inferior al 30 por ciento, lo cual afecta especialmente a las mujeres ocupadas en la economía informal.
- Se han realizado avances en lo que respecta a las prestaciones dirigidas a niños, niñas y familias, pero la cobertura sigue siendo desigual.
- Las pensiones para las personas adultas mayores muestran una cobertura relativamente elevada, aunque la suficiencia y la coordinación con los cuidados de larga duración requieren particular atención.

2.1. La importancia de las prestaciones económicas de protección social para la salud y el bienestar

2.1.1. La protección social y los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana».[24] Esos determinantes están vinculados con las desigualdades sociales y económicas, y son responsables de la desigualdad en materia de salud y bienestar, entendida como las diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre los resultados en materia de salud de los grupos sociales desfavorecidos y de los grupos sociales privilegiados. Las políticas de protección social, al abordar directamente la pobreza, la desigualdad y el acceso a los servicios esenciales, desempeñan un papel fundamental en la promoción del bienestar y la resiliencia (Marmot 2013; OMS 2019c), contribuyendo así a la reducción de los factores que influencian el gradiente social en salud. En su marco conceptual, la OMS distingue entre los determinantes sociales estructurales (el contexto socioeconómico y político en el que se produce y distribuye poder y otros recursos valiosos de manera desigual entre distintos grupos sociales) y los determinantes intermedios (aquellas condiciones de vida y de trabajo más próximas a la realidad cotidiana de las personas: las condiciones de empleo y de trabajo, las condiciones de vivienda, el transporte y las condiciones psicosociales, entre otras). La protección social tiene un impacto directo en los determinantes intermedios mediante el apoyo a la seguridad de los ingresos a lo largo del ciclo de vida y la facilitación del acceso a servicios esenciales.

[24] Véase: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud.

Los efectos de la pandemia de COVID-19 y las respuestas de los países de América Latina a la crisis pusieron de relieve la necesidad de un refuerzo conjunto y una mayor coordinación entre la salud y la protección social. La pandemia puso de manifiesto la intrincada relación entre la salud y sus determinantes sociales - particularmente la situación socioeconómica y la desigualdad. La mayoría de los países actuó rápidamente para controlar el brote y enfrentar su impacto (OCDE 2020). Todos los países de la región aplicaron alguna medida de protección social como respuesta; algunos adaptaron sus programas de asistencia social existentes, crearon nuevos bonos de emergencia o recurrieron a ambas estrategias (UNICEF, 2023). Aunque la pandemia ha afectado a cada país de una manera diferente, pueden identificarse algunos retos de la respuesta a la pandemia en los cuales se pueden apoyar estrategias más amplias de coordinación entre la salud y la protección social, en particular (Casalí *et al.* 2021):

- Fortalecimiento del papel de rectoría de los ministerios de Salud y la gestión centralizada de la infraestructura hospitalaria – desde las primeras declaraciones de emergencia sanitaria, los Estados de la región reafirmaron el papel crucial que desempeña la coordinación del sector por los ministerios de Salud. Los casos de Chile y Colombia destacan por la incorporación de medidas vinculadas con la gestión centralizada de la infraestructura hospitalaria disponible en cada país, lo que incluye la infraestructura tanto pública como privada. En Costa Rica y México existieron acuerdos con el mismo fin.

- Fortalecimiento presupuestario del sector de la salud y apoyo financiero a la PSS – los Estados pusieron recursos adicionales a disposición del sector de la salud, en particular de los ministerios de Salud. Esos recursos se utilizaron en muchos países para ampliar la red hospitalaria pública y crear incentivos para el personal de salud, y algunas veces para mantener los regímenes de PSS. En Colombia, la Resolución Ministerial No 619 de 2020 autorizó la compra de cartera de las EPS del RS y RC con deuda a las IPS por parte de la ADRES. Además, con el fin de garantizar el derecho a la salud de los afiliados al RC, el Decreto 538 de 2020 estableció que, una vez finalizado el periodo de protección laboral, la ADRES continuará pagando a las EPS el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) correspondiente a los cotizantes suspendidos y su núcleo familiar, así como a las personas beneficiarias de los cotizantes que hayan fallecido durante la emergencia sanitaria. Desafortunadamente, esas asignaciones presupuestarias fueron muchas veces temporales.

- Apoyo al sector de la seguridad social y transferencias en especie a los grupos vulnerables – en muchos países se suspendieron las cotizaciones de seguridad social para los sectores o entidades económicas más afectados por la pandemia. Por ejemplo, en Ecuador, el IESS facilitó el pago de las cotizaciones de seguridad social para las microempresas y pequeñas empresas que no pudieron cumplir con sus obligaciones en materia de seguridad social en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020. Por otra parte, algunos países adoptaron medidas, como las transferencias en especie para apoyar a los grupos vulnerables. En Perú, destaca la incorporación de transferencias en especie destinadas a los grupos vulnerables de la población, a fin de garantizar artículos de higiene y protección personal y, al mismo tiempo, la apertura de la afiliación al SIS para las personas que carecían de seguro médico (Casalí *et al.* 2021).

Aun así, la región fue una de las más afectadas del mundo, al concentrar el 17 por ciento de los casos notificados y el 29 por ciento de las muertes confirmadas, a pesar de que solo cuenta con el 8 por ciento de la población mundial (BID 2022). La pandemia provocó un retroceso del 32 por ciento en las metas de la región para la consecución de los ODS, especialmente en indicadores clave de la salud como la mortalidad materna, la cobertura de la inmunización y la salud mental.[25] Los efectos no fueron los mismos para todos los grupos de la población, y la pandemia reflejó y reforzó la desigualdad en la región. En 2022, el 29 por ciento de la población estaba en situación de pobreza, y el 11,2 por ciento en situación de pobreza extrema, y se habían realizado pocos progresos en comparación con el decenio anterior. La migración, el trabajo informal, el desempleo, las brechas de acceso a los servicios esenciales, el alojamiento, el agua y la alimentación de calidad son factores claves considerados motores del gradiente social en salud en el continente.

Muchos estudios han demostrado el impacto de la protección social sobre la salud. Por ejemplo, en América Latina, las prestaciones familiares tuvieron un efecto positivo tanto en el comportamiento de búsqueda

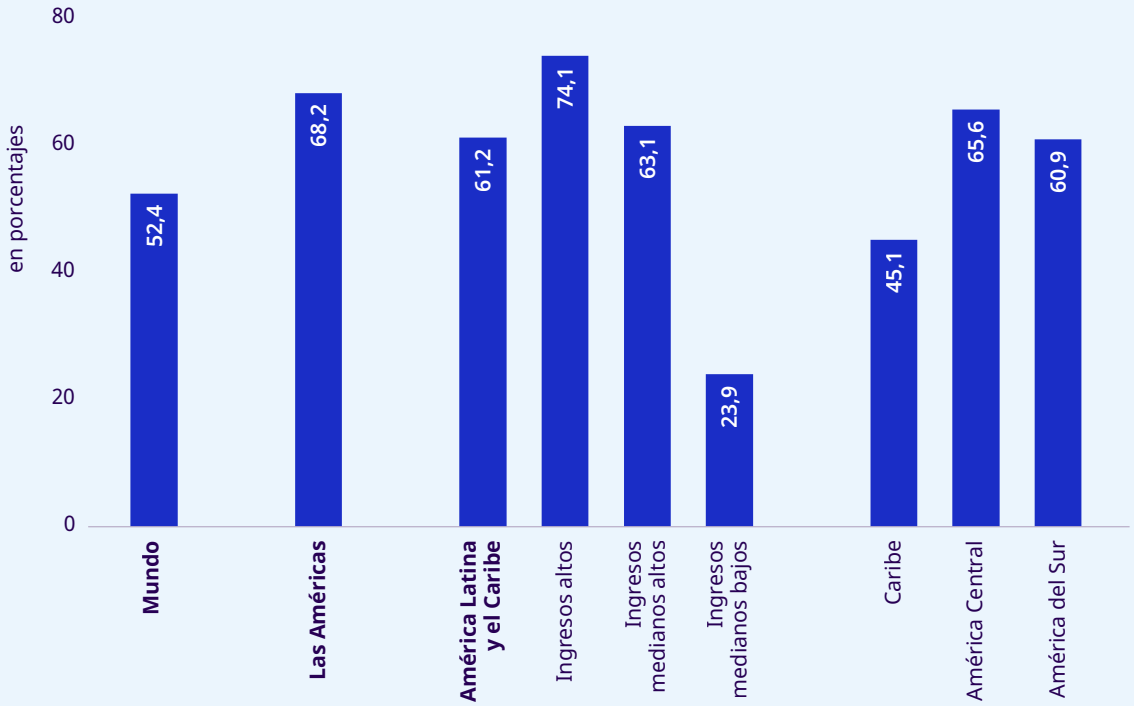
[25] Véase: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud.

de atención de salud como en los resultados en materia de salud (de Andrade, L.O.M., et al., 2015), y el seguro de desempleo repercute positivamente en la salud, incluida la salud mental (Kuka, E., 2020; O'Campo, P. et al., 2015; Tefft, N., 2011)we undertake a realist review to produce a critical understanding of how and why UI policies impact on poverty and health in different welfare state contexts between 2000 and 2013. We relied on literature and expert interviews to generate an initial theory and set of propositions about how UI might alleviate poverty and mental distress. We then systematically located and synthesized peer-review studies to glean supportive or contradictory evidence for our initial propositions. Poverty and psychological distress, among unemployed and even the employed, are impacted by generosity of UI in terms of eligibility, duration and wage replacement levels. Though unemployment benefits are not intended to compensate fully for a loss of earnings, generous UI programs can moderate harmful consequences of unemployment.","container-title":"Social Science & Medicine (1982. Asimismo, una revisión de los datos empíricos mundiales sobre el impacto de los programas de protección social en la reducción de la carga de las medidas de salud pública y sociales durante la pandemia de COVID-19 mostró efectos positivos en cuanto a la seguridad alimentaria, la calidad de la nutrición, la seguridad de los ingresos y del empleo, y la salud mental y física, así como la cohesión social y la inversión en educación por parte de los hogares (OMS, 2024a). En su conjunto, los estudios apuntan a algunas lecciones aprendidas: la integralidad de los riesgos cubiertos y la suficiencia del nivel de prestaciones económicas de protección social son parámetros fundamentales para que tengan un impacto en la salud de las personas beneficiarias. Estos resultados muestran la importancia de contar con prestaciones suficientes e integrales de alcance universal.

2.1.2. El estado de la cobertura de las prestaciones económicas de protección social en la región

La situación en cuanto a las prestaciones económicas de protección social en América Latina muestra déficits considerables, aunque desiguales entre los diversos países y tipos de prestaciones. Como se ilustra en el gráfico 14, la cobertura de las prestaciones económicas de protección social es superior al promedio mundial en América Central así como en América del Sur. Aun así, más de una tercera parte de la población no tiene acceso a ninguna prestación. Este porcentaje es inferior a una cuarta parte en los países de ingresos bajos de la región. Además, como se ilustra en el gráfico 15, esta cobertura refleja fundamentalmente la expansión de las pensiones de vejez, mientras que las prestaciones a corto plazo, incluidas las que tienen un vínculo directo con las condiciones de salud y un objetivo de salud pública (prestaciones por enfermedad y maternidad), tienen un alcance mucho menor. Los niveles de prestaciones también son inferiores a las normas mínimas establecidas en el Convenio núm. 102 en algunos países y en algunos tipos de prestaciones (OIT, 2025c). Esas brechas de cobertura, que afectan de manera desproporcionada a grupos como las personas trabajadoras de la economía informal y sus familias, las mujeres, los migrantes, entre otros, no permiten maximizar el impacto que puede tener la protección social en los determinantes de la salud y el bienestar.

▶ Gráfico 14. Indicador 1.3.1 de los ODS – Porcentaje de la población cubierta por sistemas o pisos de protección social, estimaciones mundiales y regionales y por nivel de ingresos para América Latina y el Caribe, 2023

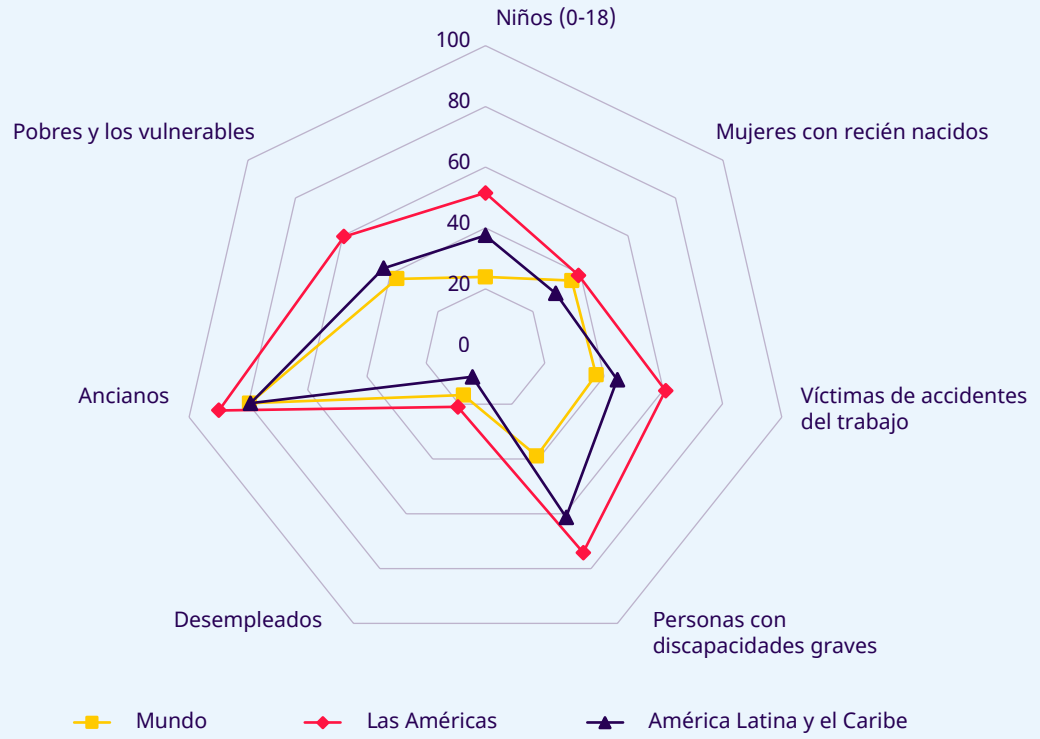


■ ODS 1.3.1 - Porcentaje de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social

Nota: En el anexo 2 del Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026 figura una explicación del método aplicado y, en su anexo 5, información más detallada. Los agregados mundiales y regionales están ponderados en función de la población. Las estimaciones no son estrictamente comparables con las de las ediciones anteriores del Informe Mundial sobre la Protección Social debido a las mejoras metodológicas, la mayor disponibilidad de datos y las revisiones realizadas por los países.

Fuente: Estimaciones modeladas de la OIT, 2024; Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, datos basados en la Encuesta de Seguridad Social; los Regímenes de Seguridad Social en el Mundo de la AISS; ILOSTAT, y fuentes nacionales.

Gráfico 15. Indicador 1.3.1 de los ODS – Porcentaje de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres con recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los vulnerables, estimaciones mundiales y de regiones seleccionadas, 2023



Nota: En el anexo 2 del Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026 figura una explicación del método aplicado y, en su anexo 5, información más detallada. Los agregados mundiales y regionales están ponderados en función de la población. Las estimaciones no son estrictamente comparables con las de las ediciones anteriores del Informe Mundial sobre la Protección Social debido a las mejoras metodológicas, la mayor disponibilidad de datos y las revisiones realizadas por los países.

Fuente: Estimaciones modeladas de la OIT, 2024; Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, datos basados en la Encuesta de Seguridad Social; los Regímenes de Seguridad Social en el Mundo de la AISS; ILOSTAT y fuentes nacionales.

2.2. Prestaciones económicas de enfermedad y maternidad

Como se ha señalado en la introducción, en el marco de las normas internacionales sobre seguridad social, la seguridad de los ingresos durante la enfermedad y la maternidad se considera necesaria para complementar las prestaciones de servicios de salud.

2.2.1. Prestaciones económicas de enfermedad

Las prestaciones de enfermedad proporcionan seguridad de los ingresos a las personas que se enferman. Por lo tanto, promueven el respeto de los derechos humanos a la salud y la seguridad social, y son un apoyo para la salud pública y la prevención de la pobreza. Para prevenir el empobrecimiento de las personas, es necesario que estas tengan acceso a servicios de cuidado de la salud sin que ello represente para ellas una carga excesiva, y a prestaciones monetarias suficientes de enfermedad. Las prestaciones de enfermedad son esenciales para apoyar los esfuerzos públicos encaminados a prevenir las enfermedades transmisibles, mejorar los resultados de salud y reducir los riesgos de pobreza (Raub *et al.* 2018). Muchos estudios han demostrado los efectos positivos de tales prestaciones tanto en el acceso como en

la adherencia al tratamiento, incluso en el caso de enfermedades largas o crónicas (OIT 2021h; Lönnroth *et al.* 2020; OMS y OIT 2024). En América Latina, existe una cobertura legal amplia (aunque no universal) en materia de seguridad del ingreso en caso de enfermedad mediante un régimen obligatorio, estimada en promedio en el 80,2 por ciento de quienes forman parte de la fuerza de trabajo (gráfico 16). En algunos países, como Guatemala y Paraguay, menos de la mitad de la fuerza de trabajo tiene cobertura legal. Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador y Panamá son los únicos países de la región que muestran brechas de cobertura legal mínima. Algunos países cuentan con regímenes voluntarios por algunos tipos de empleo, como Brasil, Bolivia, Ecuador y Panamá.

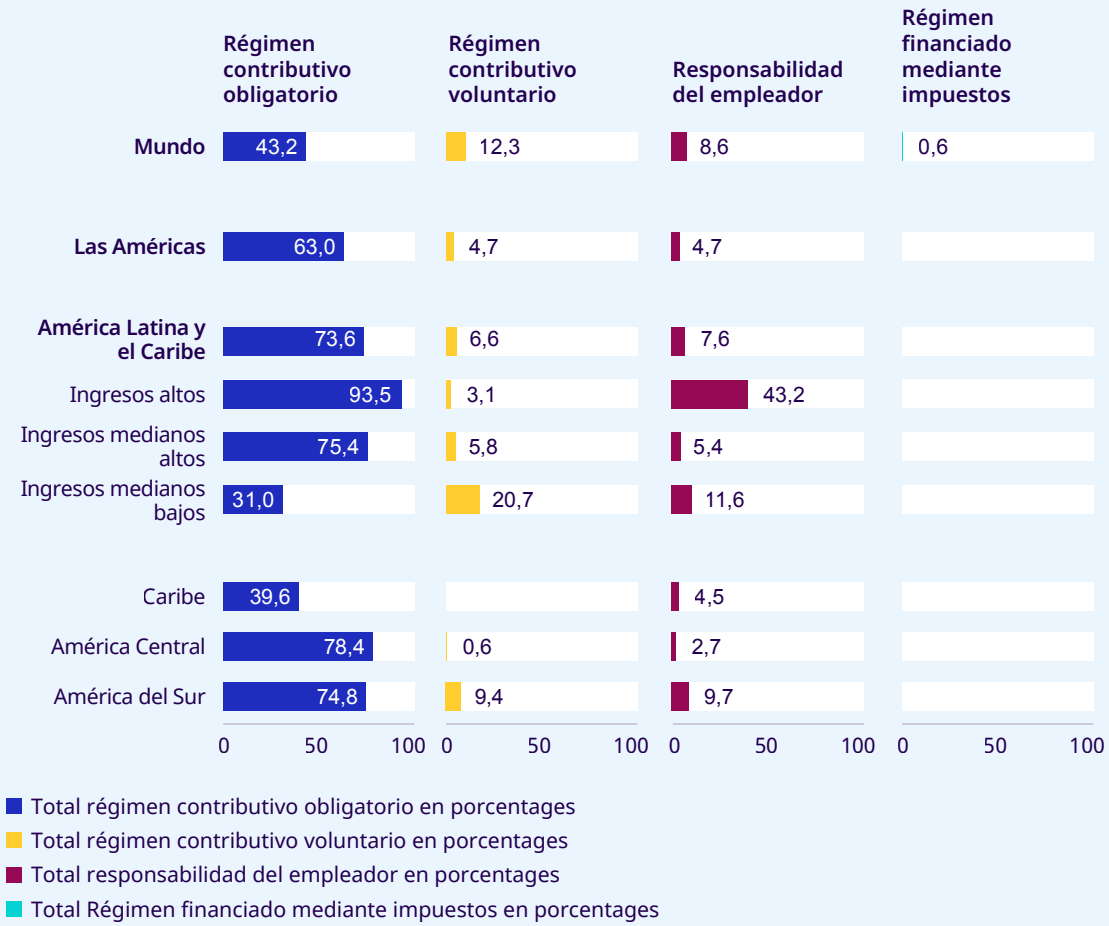
Sin embargo, la efectividad de esa protección depende en gran medida de la afiliación a regímenes concretos, en ciertas condiciones que no se dan con alcance universal, más allá de lo planteado en la normativa general. En Bolivia, las prestaciones económicas de enfermedad se aplican a la población afiliada a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, la cual no cubre efectivamente a todas las personas en edad de trabajar. En Costa Rica, existen prestaciones en efectivo por incapacidad y otras condiciones solo para la población asegurada directa. Algo similar sucede en Uruguay para la población trabajadora y, en Colombia, específicamente para quienes están afiliados al régimen contributivo. En varios casos, el ejercicio de este derecho a la protección financiera por enfermedad depende del régimen específico en un marco fragmentado. En Honduras, depende de los seguros por los cuales estén cubiertos, al igual que en Argentina, México o Perú, entre las personas afiliadas a distintos regímenes con diferentes prestaciones. En Chile, las ISAPRES tienen la obligación de cubrir a sus personas beneficiarias el pago del seguro del salario en caso de enfermedad.

Cabe señalar también que, en algunos países, la legislación laboral establece que el empleador debe asumir la responsabilidad de la seguridad de los ingresos por enfermedad. Cuando los únicos mecanismos disponibles se basan en la responsabilidad del empleador o en acuerdos privados, como en Argentina, los resultados suelen ser poco óptimos en términos de cobertura, equidad y sostenibilidad. Depender exclusivamente de la responsabilidad del empleador puede tener efectos adversos (OIT 2020b). En particular:

- El financiamiento solidario es de hecho limitado y, por lo general, sólo proporciona cobertura a los trabajadores asalariados, excluyendo algunas veces a ciertas categorías de trabajadores, como los trabajadores ocasionales o por hora.
- Las empresas asumen los costos de la enfermedad de sus trabajadores. Esto puede representar una presión sobre los trabajadores para que no tomen licencias de enfermedad, y puede ser fuente de discriminación en la contratación para las personas que tienen enfermedades declaradas, mientras que, en el caso de las pequeñas empresas, puede tener repercusiones financieras e inducirles a emplear a los trabajadores en modalidades de empleo que no las obliguen legalmente a indemnizarlos en caso de enfermedad.
- Este mecanismo ha demostrado serias limitaciones en el caso de la prevención de las enfermedades transmisibles durante crisis sanitarias como las del SARS, el MERS, la COVID-19 y otras (Miller 2020; Drago 2010; OIT 2020c; James 2019).

Las normas de la OIT promueven prestaciones de enfermedad financiadas colectivamente como mecanismos de protección sostenible. Para que las prestaciones de enfermedad cumplan sus objetivos, deberían preverse mecanismos apropiados que proporcionen protección a los trabajadores ocupados en todas las formas de empleo.

Gráfico 16. Porcentaje de la población en edad de trabajar de 15 años o más cubierta legalmente por prestaciones económicas de enfermedad, estimaciones mundiales, regionales y por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, por sexo y tipo de régimen, 2023 o último año disponible



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados en función de la fuerza de trabajo de 15 años y más. Las estimaciones no son estrictamente comparables con las estimaciones de las ediciones anteriores del Informe Mundial sobre la Protección Social debido a cambios en la metodología.

Fuente: Estimaciones de la OIT, 2024; Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, datos basados en la Encuesta de Seguridad Social; los Regímenes de Seguridad Social en el Mundo de la AISS; ILOSTAT y fuentes nacionales.

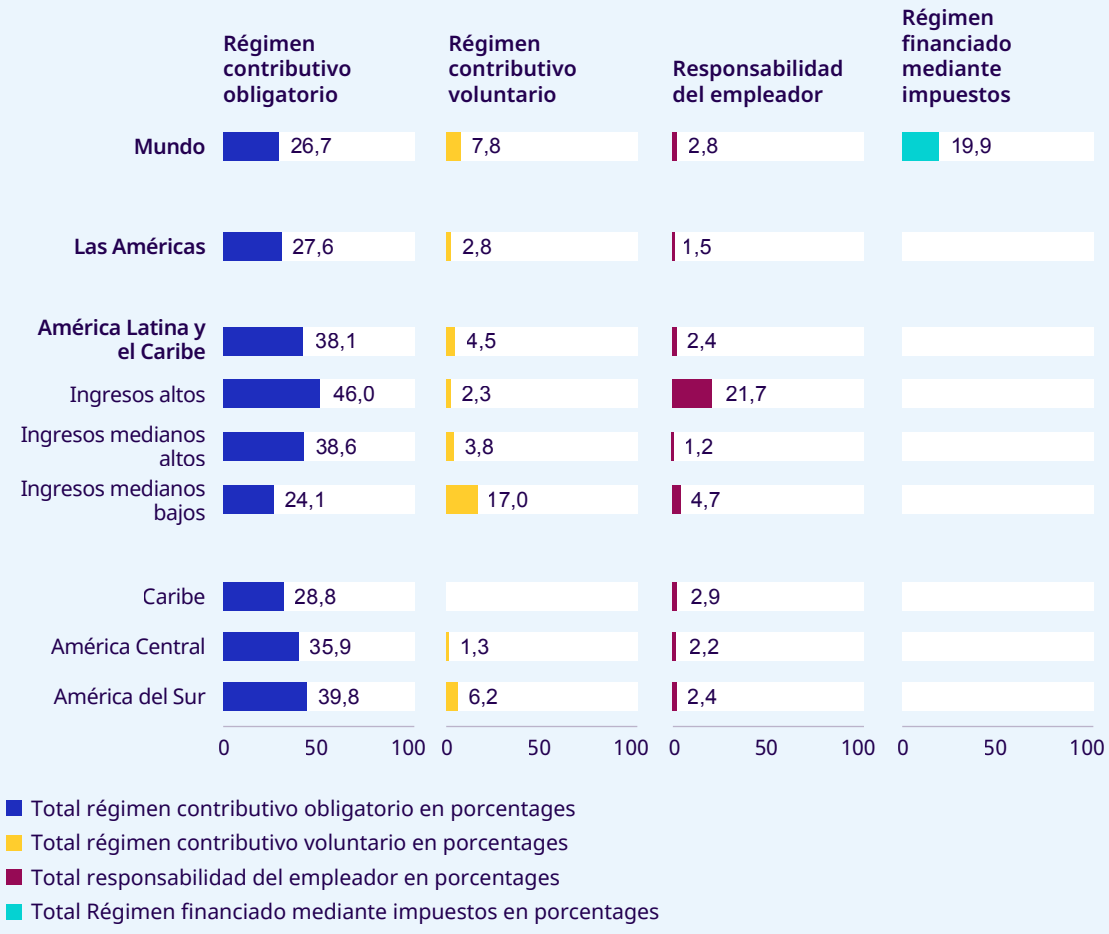
2.2.2. Prestaciones económicas por maternidad

La protección de la maternidad es esencial para promover la salud, la nutrición y el bienestar de las madres y sus hijos, y para lograr la igualdad de género en el trabajo, prevenir y reducir la pobreza, y avanzar hacia un trabajo digno tanto para las mujeres como para los hombres. Sin protección de la maternidad, las mujeres pueden acabar realizando trabajos peor remunerados y más inseguros para poder amamantar y cuidar a sus hijos. Aunque al principio lo consideren una estrategia de supervivencia temporal, es probable que las mujeres con hijos permanezcan en la economía informal, debido a que compaginan el cuidado de los hijos con la obtención de ingresos (Alfers 2020 y 2016). La seguridad de los ingresos es esencial para que las mujeres puedan descansar y recuperarse antes y después del parto y establecer la lactancia materna, y para prevenir los riesgos para la salud de las mujeres y sus hijos y proteger a las mujeres frente a la pérdida de ingresos durante este periodo crítico (OIT 2016; Shaw *et al.* 2016). Las mujeres que trabajan en la economía informal son particularmente vulnerables a los riesgos de inseguridad de los ingresos y

mala salud debido a la discriminación, las condiciones de trabajo insalubres e inseguras, la falta de protección del empleo, los ingresos a menudo bajos y volátiles, la limitada libertad de asociación, la falta de representación en los procesos de negociación colectiva y la falta de acceso al seguro social (OIT 2016).

La cobertura legal hace referencia al porcentaje de mujeres en edad de trabajar que tienen derecho a acceder a prestaciones de maternidad. Su financiamiento puede no ser exclusivamente contributivo, dependiendo del caso. Según se observa en el gráfico 17, en América Latina y el Caribe la cobertura legal contributiva asciende al 38,1 por ciento de las mujeres en edad de trabajar y es superior al promedio global (el 26,7 por ciento) y al de los países de ingresos medios altos (el 31,8 por ciento). En cuanto a las diferencias regionales, destaca que los países del Caribe (el 42,9 por ciento) tienen mayor cobertura promedio que los países de América del Sur (el 35,0 por ciento) y América Central (el 36,3 por ciento). En Costa Rica, Chile y Honduras se presentan regímenes de cobertura mixta que combinan contribuciones de los empleadores y de los trabajadores. En el caso del Ecuador, la protección legal para las madres combina tres regímenes de financiamiento: contributivo obligatorio, voluntario y a cargo del empleador.

▶ Gráfico 17. Porcentaje de mujeres en edad de trabajar mayores de 15 años cubiertas legalmente por prestaciones económicas de maternidad, estimaciones mundiales, regionales y por nivel de ingresos, por sexo y tipo de régimen, 2023



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados en función de la población en edad de trabajar de 15 años y más. Las estimaciones no son estrictamente comparables con las estimaciones de las ediciones anteriores del Informe Mundial sobre la Protección Social debido a cambios en la metodología.

Fuente: Estimaciones de la OIT, 2024; Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, datos basados en la Encuesta de Seguridad Social; los Regímenes de Seguridad Social en el Mundo de la AISS; ILOSTAT, y fuentes nacionales.

En cambio, el indicador de cobertura efectiva de la maternidad mide el porcentaje de mujeres que reciben efectivamente prestaciones durante un periodo en relación con el total de mujeres con hijos recién nacidos durante ese periodo.[26] El porcentaje promedio de mujeres que dan a luz y están protegidas efectivamente con prestaciones económicas de maternidad en América Latina es inferior a un tercio (el 29,6 por ciento), por debajo tanto del promedio mundial como del promedio para los países de ingresos medianos altos (el 32,6 por ciento), y existe una variación considerable entre los países. En América del Sur, la cobertura efectiva asciende al 36,7 por ciento, mientras que en América Central apenas alcanza el 14,0 por ciento. Con pocas excepciones, en la mayoría de los países, la mitad de las mujeres que dan a luz no reciben una cobertura efectiva (gráfico 18). Uruguay es una excepción en la región a este respecto. Las brechas de cobertura en este sentido están estrechamente relacionadas con la prevalencia del empleo informal y la ausencia de mecanismos para cubrirlo, en el caso de las mujeres.

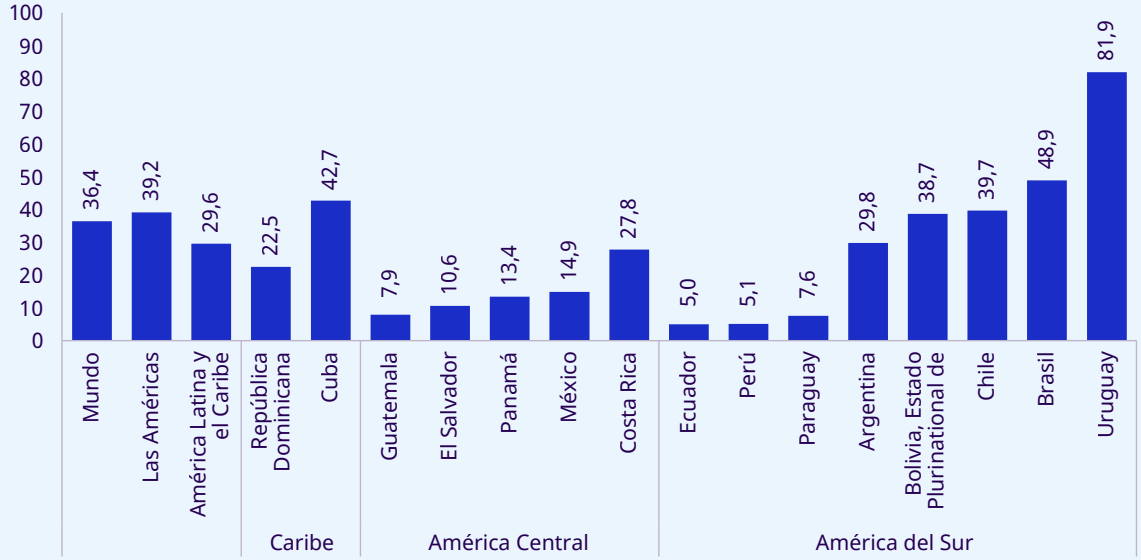
Existen ejemplos en la región de prestaciones destinadas a colmar los déficits relativos a las licencias de maternidad a los que se enfrentan las mujeres embarazadas que carecen de un empleo asalariado. En Argentina, la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) finanza la asignación por embarazo, que se trata de una asignación monetaria que pueden cobrar las personas gestantes desocupadas, las beneficiarias del monotributo social o las trabajadoras de la economía informal, a partir de la semana duodécima semana de gestación hasta su interrupción o el nacimiento, durante un máximo de nueve meses (OIT 2025c). En Colombia, el SUF está dirigido a las personas con escasos recursos que no pueden acceder a la prestación de asignación familiar o de maternidad, debido a que no están trabajando con afiliación a un sistema previsional. En el caso de las mujeres embarazadas, estas pueden solicitar el subsidio por maternidad o el SUF por maternidad desde el quinto mes de gestación. Otros países también cuentan con prestaciones de maternidad no contributivas, como Bolivia (Bono Juana Azurduy) o El Salvador (Bono Salud), aunque, en general, en América Latina pocos países cuentan con este tipo de prestaciones con respaldo legal, y muchas veces estas prestaciones están integradas en las asignaciones familiares. Por ejemplo, en Uruguay, las asignaciones familiares (AFAM-PE) son una transferencia monetaria no contributiva dirigida a las mujeres embarazadas, así como a los niños y niñas y adolescentes menores de 18 años o a las personas en situación de discapacidad, que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica.[27] El nivel de este tipo de prestaciones es generalmente bajo en comparación con los niveles mínimos establecidos por los instrumentos de la OIT (recuadro 7).

▶ Recuadro 7. Niveles mínimos de protección para las prestaciones económicas por maternidad

Según las normas internacionales sobre seguridad social, los Estados deberían proporcionar seguridad de los ingresos a las mujeres embarazadas. Al tratarse de las prestaciones del piso de protección social, los niveles mínimos de prestaciones adecuadas se definen a nivel nacional y «podrán corresponder al valor monetario de un conjunto de bienes y servicios necesarios, a los umbrales nacionales de pobreza, a los umbrales de ingresos que dan derecho a la asistencia social o a otros umbrales comparables establecidos por la legislación o la práctica nacionales, y podrán tener en cuenta las diferencias regionales» (Recomendación núm. 202). A fin de garantizar un nivel más elevado de protección, las normas de nivel superior no solo pretenden prevenir la pobreza, sino también mantener un cierto nivel de vida a pesar de la pérdida de ingresos antes y después del parto. Por consiguiente, estas normas también definen niveles mínimos de prestaciones proporcionales a las ganancias anteriores de la beneficiaria. Así, el Convenio núm. 102 exige que se cubra la suspensión de ganancias resultante del embarazo, el parto y sus consecuencias a través de prestaciones monetarias que asciendan, al menos, al 45 por ciento del salario de referencia. Por su parte, el Convenio núm.183. exige que las prestaciones pecuniarias se establezcan «en una cuantía que garantice a la mujer y a su hijo condiciones de salud apropiadas y un nivel de vida adecuado», sin que pueda ser inferior a dos tercios de las ganancias anteriores.

[26] En comparación con la cobertura legal que mide el porcentaje de mujeres en edad de procrear que tienen, por ley, derecho a recibir dicha protección.
[27] Véase: https://guiaderecursos.mides.gub.uy/31017/asignaciones-familiares---.

▶ Gráfico 18. Indicador 1.3.1 de los ODS: porcentaje de mujeres que dieron a luz y percibían prestaciones monetarias de maternidad, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2023 o último año disponible



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el número de mujeres.

Fuente: Estimaciones modeladas de la OIT, Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, apoyándose en la Encuesta de Seguridad Social; AISS, *Social Security Programs Throughout the World*; ILOSTAT, y fuentes nacionales.

2.3. Otras prestaciones económicas de protección social

El papel que desempeña la protección social en la mitigación de la pobreza es indiscutible y, si bien a lo largo del tiempo se han observado mejoras considerables en su expansión, aún queda un largo camino por recorrer.

2.3.1. Protección social de los niños y niñas y las familias

Cuando la protección social de los niños y niñas es insuficiente, estos y sus familias corren un mayor riesgo de sufrir múltiples violaciones de sus derechos y están expuestos a diversos riesgos evitables y duraderos, como enfermedades, falta de educación, malnutrición, trabajo infantil y pobreza (OIT, 2024a). La infancia es un periodo de desarrollo físico y cognitivo, aunque las deficiencias en materia de nutrición y acceso a servicios esenciales (salud, agua potable, alojamiento decente, educación y cuidados) tienen consecuencias en términos de salud física y mental que pueden persistir a lo largo de la vida. Por ello, garantizar los ingresos necesarios para una vida digna a los niños y niñas es una inversión en su salud y bienestar tanto hoy en día como en el futuro. En América Latina, la desigualdad en términos de ingresos repercute de manera desproporcionada a los niños y niñas, que se ven más afectados por la pobreza y la pobreza extrema que el resto de la población. Por ello, la protección social debe desempeñar un papel de redistribución entre las generaciones.

Si bien en América Latina y el Caribe la situación es algo mejor que el promedio mundial, debido a que más de un tercio de los niños menores de 18 años gozan de cobertura efectiva, existen disparidades considerables dentro de la región. Los países centroamericanos presentan un porcentaje promedio de cobertura del 21,7 por ciento entre los niños de 0 a 15 años, similar al registrado en la región de Asia y el Pacífico, mientras que este es casi el doble en América del Sur (el 53,7 por ciento). Solo un pequeño

porcentaje de países ha implementado sistemas de cobertura universales, ya sea a través de transferencias monetarias financiadas con impuestos (como en Bolivia) o combinando prestaciones contributivas con la asistencia social centrada en los grupos de ingresos más bajos (como en Argentina, Brasil o Chile). De esta forma, en América Latina y el Caribe conviven países con una cobertura superior al 80 por ciento, como en el caso de Argentina, con países como Cuba, El Salvador y Nicaragua, en los que la cobertura no superan el 1 por ciento de los niños y niñas de 0 a 15 años de edad. En unos países esas transferencias para niños se combinaron con un conjunto de prestaciones de salud de manera integrada (capítulo 3, sección 3.2.2).

2.3.2. La protección social de las personas en edad de trabajar

Al igual que la cobertura brindada mediante prestaciones económicas de enfermedad o maternidad (sección anterior), en la mayoría de los países de la región la cobertura proporcionada con otras prestaciones dirigidas a las personas en edad de trabajar muestra brechas considerables.

La protección social en caso de desempleo es la rama que registra una menor cobertura efectiva en el marco de la protección social (el 10 por ciento) y es inferior al promedio mundial. Esta baja cobertura está estrechamente relacionada con la ausencia de regímenes de protección social en caso de desempleo en muchos países y, cuando estos existen, con la exclusión legal de determinadas categorías de trabajadores o con las condiciones restrictivas de atribución del derecho (OIT 2022b). De igual forma, también contribuyen a ello las particularidades del mercado laboral en la región, como la alta tasa de informalidad y las barreras institucionales que enfrentan los países, lo cual limita la introducción y extensión de instrumentos, como los seguros de desempleo (CEPAL 2006; CEPAL 2023a y CEPAL 2024). El desempleo se considera un factor importante dentro de los determinantes de la salud en la región. Un amplio conjunto de investigaciones sobre el seguro de desempleo, concentrado en Europa, demuestra que repercute positivamente en la salud, incluida la salud mental (O'Campo *et al*. 2015; Kuka 2020 y Tefft 2011), lo que tendría que ser un argumento de peso para su extensión en la región.

En el plano legal, la principal protección contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales en la región (al igual que a nivel mundial) se brinda mediante regímenes de contribución obligatoria (el 56,6 por ciento). La región destaca por tener una mayor cobertura legal basada en regímenes contributivos voluntarios en comparación con el resto del mundo (el 8,7 por ciento en América Latina y el Caribe, en relación con el promedio mundial del 3,4 por ciento), y no existen países con regímenes financiados con impuestos. Entre 2015 y 2023, la cobertura efectiva no aumentó en gran medida en la región, y se situó en el 45,8 por ciento. Esta baja cobertura obedece a la relación que existe entre el beneficio aquí mencionado y el mercado formal de trabajo. En muchos casos, esta rama de protección social fue una de las primeras en introducirse en la región; sin embargo, a diferencia de otras, no se extendió a través de regímenes no contributivos, lo cual da lugar a que dependa del mercado formal de trabajo (OIT 2025c). Esta situación también limita las posibilidades de colaborar de manera efectiva e integral con los sistemas de salud y de PSS a fin de prevenir, identificar y tratar adecuadamente las enfermedades profesionales de toda la población en edad de trabajar (OIT 2024c).

2.3.3. Discapacidad

Los sistemas de protección social deben ofrecer un conjunto de garantías que cubra los gastos adicionales relacionados con la discapacidad, así como el acceso a servicios de salud, rehabilitación y dispositivos de apoyo. En la región, alrededor del 6,5 por ciento de la población presenta algún tipo de discapacidad (CEPAL 2024). Si bien en los últimos años se han observado ciertos progresos en lo que respecta a la cobertura efectiva para las personas con discapacidad, los avances no han logrado aumentar de manera significativa la protección que se ofrece en casos de discapacidad severa, la cual se considera baja. En términos agregados, América del Sur registra una cobertura efectiva del 70,7 por ciento, y a continuación América Central (el 44,2 por ciento) y el Caribe (el 37,1 por ciento) (OIT 2024a). En cuanto al financiamiento, cabe señalar que la cobertura legal en la región es principalmente contributiva a través de regímenes obligatorios, y en menor medida a través de regímenes voluntarios o de impuestos (OIT 2025c). Algunos países han establecido en su lugar prestaciones no contributivas para las personas con discapacidad en situación de pobreza, como Brasil, donde el Beneficio de Prestación Continuada (BPC) otorga una prestación equivalente a un salario mínimo mensual, o en Costa Rica, donde el programa «Pobreza y Discapacidad» brinda transferencias mensuales a personas con discapacidad de entre 18 y 65 años de edad con el fin de cubrir

los gastos adicionales relacionados con el acceso a los servicios básicos o a los servicios de apoyo que necesitan para su vida cotidiana (CEPAL 2024).

2.3.4. Pensiones para personas adultas mayores y prestaciones para cuidados de larga duración

Garantizar la seguridad de los ingresos para las personas adultas mayores es esencial a fin de mitigar la pobreza y reducir las vulnerabilidades que enfrentan. Sin duda, es importante que la protección de este grupo de la población vaya acompañada de otras ramas de protección social, como el acceso a servicios de salud y cuidados de manera coordinada para garantizar un envejecimiento saludable (Naciones Unidas s. f.).

Los regímenes de jubilación y de pensiones son la rama de protección social más desarrollada de la región. La cobertura legal de las pensiones contributivas se extiende al 48,3 por ciento de la población en edad de trabajar, lo que la sitúa por encima del promedio mundial (el 39,4 por ciento). Cabe destacar que todos los países de América Latina y el Caribe cuentan con algún régimen contributivo de pensiones y, concretamente en esta región, la gran mayoría de los países ha introducido en los últimos decenios regímenes no contributivos financiados con impuestos garantizados por ley. En los últimos años, se ha observado un aumento considerable de la cobertura de las pensiones no contributivas en relación con las contributivas. Por ejemplo, en Bolivia, la cobertura de la vejez ha sido posible gracias al establecimiento de «Renta Dignidad», un programa universal que otorga una pensión no contributiva a la población mayor de 60 años, indistintamente de su condición de aseguramiento. En términos agregados, en América Latina y el Caribe, los regímenes de pensiones brindan prestaciones en promedio al 79,3 por ciento de las personas en edad legal de jubilarse. Mientras tanto, América del Sur y América Central muestran la mayor cobertura de las pensiones, con un promedio del 80,4 por ciento y del 85,0 por ciento, respectivamente (OIT 2025c). Así, mientras en países como Costa Rica la cobertura efectiva de la protección de la vejez asciende al 56,2 por ciento, en otros, como Uruguay o Brasil (el 91,5 por ciento), casi toda la población mayor de 65 años goza de esta cobertura efectiva (OIT 2023b).

La suficiencia de las pensiones debe ser una preocupación central, para que estas prestaciones puedan desempeñar un papel al garantizar un envejecimiento saludable en un contexto de aumento tanto de la esperanza de vida como de las necesidades de cuidados de larga duración para un porcentaje considerable de las personas de edad avanzada (OIT 2024d; y OMS 2021a). En países como México, las pensiones mínimas apenas representan el 29,9 por ciento del umbral nacional de pobreza. En cambio, países como Brasil y Ecuador muestran niveles más adecuados, con prestaciones equivalentes al 220,4 por ciento y al 112,0 por ciento del umbral de pobreza, respectivamente (OIT 2024d). Los países de América Latina - en diferentes Estados, pero con tendencias claras - experimentan procesos de transición demográfica importantes, en algunos casos tan avanzados que ya no se habla de transición, sino solamente de envejecimiento de la población (OIT 2022a). Cuando las personas envejecen o viven con discapacidades que les impiden realizar las actividades de la vida cotidiana, acceder a cuidados de larga duración resulta esencial para tener una vida digna, lo cual tiene consecuencias para los sistemas de protección social (OIT 2024d). Este tipo de cuidados conlleva costos, que incluyen los desafíos físicos, financieros y psicosociales que representa para algunas personas asumir la prestación de cuidados de un ser querido (OMS 2021). El riesgo de pobreza para las personas adultas mayores (y sus familias) puede ser considerable cuando se hacen dependientes. Sufragar ellas mismas los costos de la atención necesaria es más difícil en una etapa de la vida en la que los ingresos disminuyen.

Esta atención de larga duración puede presentarse en diversas formas; debe abarcar tanto la atención de salud como la asistencia social y, preferiblemente, permitir un proceso de envejecimiento con autonomía durante el mayor tiempo posible. Un estudio realizado en América Latina indicó múltiples desafíos: colmar los déficits de financiamiento y subsanar las brechas de cobertura existentes; integrar la cuestión de la salud con la de las pensiones y los cuidados de larga duración, y adaptarse a los cambios que genera el envejecimiento de la población, el cual exigirá diferentes tipos de prestaciones (medicas,[28] económicas y sociales), ejercerá presión sobre la sostenibilidad económica y exigirá una mayor coordinación entre los tipos de prestaciones (OIT 2022a). En Argentina, los jubilados del SIPA pueden afiliarse automática-

[28] Entre las adaptaciones clave, los sistemas de PSS requerirán más esfuerzos para prevenir y atender la prevalencia de enfermedades crónicas, la multiplicidad de patologías en los pacientes y la necesidad de cuidados adicionales, con inclusión de apoyo, acompañamiento y cuidados de enfermería (ISAGS 2012).

mente al PAMI y contar con la cobertura médica y social que brinda dicha institución. La cobertura social comprende residencias para personas adultas mayores denominadas «residencias de larga estadía», que tienen por objeto ofrecer un entorno de cuidados y asistencia integral a las personas adultas mayores que no pueden valerse por sí mismas para las actividades básicas de la vida diaria, o que no cuentan con una red de apoyo familiar o social que pueda proporcionarles cuidados.

Si bien las modalidades de financiamiento y prestación de servicios de cuidados de larga duración varían mucho de un país a otro, la coherencia entre los sistemas de atención de salud, atención social y protección social es fundamental para garantizar la calidad, sobre todo en los modelos de prestación de cuidados de carácter pluralista. En la práctica, no siempre existe esa coherencia, y la coordinación suele ser escasa (Tessier, De Wulf, y Momose 2022). En ausencia de una coordinación eficaz, es probable que los modelos de cuidados de larga duración que dependen exclusiva o fundamentalmente de las familias y los voluntarios sean poco equitativos e insostenibles, habida cuenta de los cambios en las estructuras familiares y las pautas de empleo. Unos servicios de cuidados de larga duración asequibles y de calidad constituyen una alternativa a los servicios de cuidado no remunerados prestados por familiares, fundamentalmente las mujeres, que conforman la columna vertebral invisible de los sistemas de cuidados de larga duración. Es imprescindible que los sistemas de protección social asuman una mayor responsabilidad para que las personas que necesiten cuidados de larga duración puedan acceder a ellos sin enfrentar dificultades económicas.

© Unsplash

Capítulo 3. Arreglos institucionales, procesos administrativos para la PSS y coordinación con prestaciones económicas

Mensajes clave

- La mayoría de los países de la región presentan arreglos institucionales fragmentados para la PSS, con múltiples regímenes y redes de proveedores de servicios de salud, lo que limita la mancomunación de riesgos y la eficiencia.
- La gobernanza de la PSS está fragmentada, y los ministerios de Salud enfrentan a veces desafíos para ejercer una rectoría efectiva. El papel del dialogo social y los mecanismos de participación también tienen una tendencia a la fragmentación y tienen un alcance variable de un país al otro. La participación tripartita en la gobernanza de regímenes concretos de PSS varía de un país a otro, y es más sólida en los países o regímenes con estructuras tripartitas de seguro social establecidas o mecanismos de consulta ciudadana sobre salud.
- La falta de separación entre comprador (financiador o entidad encargada de asignar los recursos) y proveedor de servicios afecta la asignación estratégica de recursos.
- La región muestra avances en los procesos administrativos coordinados entre los regímenes de salud y las prestaciones económicas, tales como el uso de registros sociales de personas beneficiarias y la simplificación del registro de personas trabajadoras independientes.

3.1. Gobernanza, mancomunación de riesgos y asignación de recursos a proveedores de servicios de salud

Los principios de responsabilidad primaria del Estado y gobernanza participativa están consagrados en las normas sobre seguridad social de la OIT. En esta sección se examina la diversidad de estructuras de gobernanza y mecanismos de participación de la ciudadanía adoptados por los sistemas de PSS en América Latina.

3.1.1. Estructuras de gobernanza y participación

La PSS suele ir más allá del mandato de un único ministerio u organismo, y en la región de América Latina existe una gran diversidad de sistemas de gobernanza, rectoría y gestión en este campo. Si bien esto es cierto, dos elementos son de vital importancia para la gobernanza general del sistema: i) la dirección o rectoría del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud (que abarca la prestación de servicios tanto pública como privada) y ii) el acuerdo de gobernanza de los organismos encargados específicamente de mancomunar riesgos y asignar recursos para financiar los servicios de salud.

Regulación del sector de la salud

En las experiencias y recomendaciones internacionales, el Ministerio de Salud desempeña un papel crucial en la gestión general del sistema de salud y sus seis componentes básicos, a saber, liderazgo y gobernanza; prestación de servicios; financiamiento; personal de salud; productos médicos, vacunas y tecnologías, y sistemas de información en salud (OMS 2000). Estos pilares determinan en gran medida la capacidad de un país para proporcionar prestaciones efectivas de PSS. Los ministerios de Salud suelen desempeñar funciones esenciales, como la concesión de licencias a los proveedores de atención de salud, el establecimiento de normas y directrices de calidad, la supervisión del desempeño del sistema, la elaboración de normas de formación médica y la planificación de los seis componentes básicos del sistema. Para lograr el objetivo de proteger la salud como un bien público y garantizar que la salud no se convierta en una mercancía, se necesitan capacidades y un liderazgo sólido por parte de los ministerios, lo cual sucede en la práctica en mayor o menor medida.

Los ministerios de Salud ejercen formalmente la rectoría del sistema en su conjunto, con diferente alcance. Con denominaciones diversas, son las entidades en las que recae la rectoría formal de los sistemas nacionales de salud en todos los países analizados de América Latina, con la excepción de dos, donde existen Secretarías que desempeñan papeles similares. En México, la coordinación del Sistema Nacional de Salud es competencia del Estado Federal y está a cargo de la Secretaría de Salud y, en Honduras, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de rectoría del sistema de salud. En casi todos los casos, desempeñan una función similar, centrada en la coordinación, dirección y control del sistema, el dictado de normas, diseño de políticas, planes y programas, y la definición de prestaciones y otros aspectos comunes. Esa rectoría conlleva coordinarse con otras entidades según el diseño del sistema: ministerios de otros ramos, ejecutores de políticas a su cargo (normalmente direcciones de Salud, con diferentes denominaciones), proveedores públicos y privados, y otros actores. En general, los problemas de fragmentación mencionados en los capítulos anteriores influyen en los niveles de implementación efectiva del papel de rectoría:

- En la mayoría de los países donde los sistemas están fragmentados, el ministerio de Salud tiene varios papeles que combinar. Es el regulador de la prestación de servicios, así como un proveedor de dichos servicios, y desempeña el papel de institución responsable de la protección financiera de toda o parte de la población. También, en muchos casos, forma parte de los órganos de gobernanza de las instituciones del seguro social de salud. En Perú, el ministerio regula el SIS, el EsSalud, los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y las EPS, entre otros.
- Ante la fragmentación de los sistemas en la región, se plantean dificultades para que los ministerios implementen de manera efectiva la regulación en ciertos proveedores (especialmente privados, pero también proveedores del seguro social en los países en los que estos dependen de otra institución). La experiencia de Uruguay con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de 2007 muestra cómo el Ministerio de Salud Pública (MSP), fortalecido en su papel de rectoría, y la creación de una institución como la Junta Nacional de Salud (JUNASA) han logrado una mayor integración del sector, unificando bajo un mismo marco regulatorio a proveedores públicos y privados, lo que ha contribuido a una cobertura más universal y equitativa y a la reducción del gasto de bolsillo.
- En algunos países, el papel de rectoría conlleva una labor de coordinación con entidades locales o descentralizadas. En Bolivia, el MSD ejerce una rectoría sobre un sistema con niveles considerables de descentralización, diversidad de despliegue y responsabilidades a nivel territorial, y diferentes sistemas de financiamiento, regímenes y prestación de servicios. En Argentina, la situación es similar, dada la estructura federal, los Estados provinciales gozan de plena autonomía en materia de políticas de salud (PNUD 2011, pág. 88).

Gobernanza de la protección social en salud

En la mayoría de los países de la región, la gobernanza de la PSS sigue la fragmentación institucional descrita en el capítulo 1:

- Una parte de las garantías de PSS están **directamente administradas por los ministerios de Salud**. En los países que tienen una estructura descentralizada a nivel territorial, se delegan algunas de estas funciones con ese mismo criterio. Por ejemplo, en Paraguay, el Servicio Nacional de Salud es responsable de la gestión de los Servicios Regionales de Salud para la atención de salud y la prestación de servicios, y atiende a la población no asegurada por el sistema de seguridad social.
- Algunas partes de las garantías de PSS están **administradas por el sistema de seguridad social**, con sus propias estructuras de gobernanza autónomas. En muchos países, el Estado ha creado instituciones autónomas de PSS o las ha integrado en instituciones de seguridad social ya existentes. Esto genera diferencias considerables en lo que respecta a cuáles son los niveles de autonomía o las competencias sobre la gestión de cada régimen. Estas entidades se caracterizan por su papel en la mancomunación de riesgos, la administración del régimen o regímenes, la adquisición y la prestación de servicios de salud. Suelen gozar de cierta autonomía financiera y administrativa, y actúan bajo la supervisión de uno o varios ministerios competentes. Por ello, en la mayoría de los casos, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y/o de Protección Social participan en la gobernanza de estas instituciones. Suelen contar con la participación de la población beneficiaria y, en su caso, de los contribuyentes, en particular los actores sociales organizados.
- En algunos países que utilizan **aseguradores privados**, se han establecido estructuras de gobernanza. En Chile, existe, junto con los actores públicos, un importante sector privado que se organiza a través de las ISAPRES, en el marco de la política de libre elección, regulado directamente por la Superintendencia de Salud. En Argentina, la Superintendencia de Servicios de Salud regula el Sistema de Obras Sociales Nacionales y de Empresas de Medicina Prepaga. En Brasil, la regulación de los seguros de salud privados corre a cargo de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), vinculada al Ministerio de Salud.

En algunos países, las instituciones encargadas de las fuerzas de seguridad y las fuerzas armadas también desempeñan un papel, y gestionan mecanismos propios de PSS para su población, con diferentes modalidades que pueden ser regímenes específicos o mecanismos directos de prestación de servicios (Argentina, Chile, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Perú e Uruguay), planes transitorios de salud (República Dominicana), y convenios con las entidades de seguridad social en salud y los ministerios del ramo (México).

En algunos países, la gobernanza de la PSS está unificada. En Cuba, el MINSAP es rector del Sistema Nacional de Salud; concentra los recursos y la administración de los servicios en todos sus niveles. En Costa Rica, el Ministerio de Salud se encarga de la rectoría y la vigilancia del sistema, y la CCSS es el único asegurador público y el principal proveedor de servicios de salud. En Colombia y Uruguay, aunque la prestación de servicios y parte del aseguramiento se confían a entidades fragmentadas, la gobernanza de la PSS está unificada.

Representación y participación

Las normas de la OIT consagran el principio de gestión participativa de los sistemas de protección social y ofrecen orientación sobre los principios de PSS en materia de buena gobernanza (recuadro 8). En particular, los principios básicos subrayan la necesidad de garantizar el diálogo y la participación social efectiva. La PSS debe basarse en estructuras de gobernanza que den voz a las personas y sectores beneficiarios finales de dichas políticas. Esto incluye una gobernanza tripartita con el Estado, la población trabajadora y el sector empleador, así como otras organizaciones representativas pertinentes de las personas afectadas. En el caso de la PSS, éstas pueden incluir asociaciones de pacientes, representantes de diferentes grupos de la población, y representantes de contribuyentes en regímenes contributivos. Como se señala en la Declaración de Alma-Ata, las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Esto contribuye a garantizar que las decisiones políticas reflejen las prioridades y necesidades de la población.

▶ Recuadro 8. Protección social y buena gobernanza: principios clave de la Recomendación núm. 202 de la OIT

Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)

Artículo 72

1. Cuando la administración no esté confiada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración o estar asociados a ella, con carácter consultivo, en las condiciones prescritas; la legislación nacional podrá prever asimismo la participación de representantes de los empleadores y de las autoridades públicas. (...)

Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (núm. 168)

Artículo 29

1. Cuando la administración sea confiada a un departamento gubernamental responsable ante el poder legislativo, los representantes de las personas protegidas y de los empleadores participarán en la administración, en condiciones prescritas, con carácter consultivo.

2. Cuando no se haya confiado la administración a un departamento gubernamental responsable ante el poder legislativo:

(a) los representantes de las personas protegidas participarán en la administración, o estarán asociados a ella con carácter consultivo, en las condiciones prescritas;

(b) la legislación nacional podrá también prever la participación de representantes de los empleadores;

(c) la legislación podrá también prever la participación de representantes de las autoridades públicas.

Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)

- gestión financiera y administración sanas, responsables y transparentes;
- eficacia y accesibilidad de los procedimientos de reclamación y de recurso;
- sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;
- coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo;
- coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social;
- pleno respeto de la negociación colectiva y de la libertad sindical para todos los trabajadores, y
- participación tripartita con las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de personas interesadas.

Los mecanismos de participación reflejan la diversidad de las estructuras de gobernanza y su fragmentación:

- **Participación en las instituciones de protección social que incluyen prestaciones de salud**. En la mayoría de estas instituciones, sus consejos de administración formal tienen una composición tripartita. En Costa Rica, la Junta Directiva de la CCSS está integrada por su Presidencia, representación del Estado, el sector patronal y el laboral. En Paraguay, el Consejo de Administración del IPS tiene también representación de varios ministerios junto con el sector empleador y el sector trabajador y la asociación de pensionistas y jubilados del IPS. México cuenta asimismo con una composición de este tipo en la Asamblea y el Consejo Técnico que dirigen al IMSS y al ISSSTE. En Ecuador, el Consejo Directivo del IESS está integrado por representantes de personas aseguradas, empleadores y el Estado (representantes ministeriales de Hacienda, Trabajo, Salud Pública y Asistencia Social y Economía).
- **Participación en las instituciones gestoras de un seguro de salud público**. En Uruguay, la JUNASA está integrada por representantes del Estado (Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas), del Banco de Previsión Social y de los actores sociales de la salud: trabajadores, proveedores y usuarios. En Bolivia, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto

Plazo tiene, con carácter consultivo, al consejo técnico, que cuenta con personal técnico de las cajas y gestores, así como representantes laborales. Cuando la gestión se delega a aseguradoras privadas, la participación de las personas beneficiarias a menudo carece.[29]

- **Participación en las decisiones del sector de la salud en general.** En Brasil, en los órganos deliberativos del SUS (Consejos Nacional de Salud, Comisión Inter-Gestores Tripartita y Comisión Inter-Gestores Bipartita, que articula los gestores municipales y estatales), la participación de la comunidad está plasmada en los principios constitucionales por los que se guía el sistema. La participación de la comunidad tiene lugar a través de las Conferencias de Salud y de los Consejos de Salud, que se crearon como foros formales para el ejercicio de la democracia participativa. Las primeras pretenden evaluar la situación de la salud y proponer directrices para la formulación de políticas, y las segundas son organismos colegiados integrados por profesionales de la salud (el 25 por ciento), representantes de los usuarios (el 50 por ciento) y representantes del Estado y proveedores de servicios de salud (el 25 por ciento), con la misión de controlar, supervisar y realizar un seguimiento de las políticas públicas de salud, y de transmitir las demandas de la población a las autoridades públicas.

3.2.1. Mancomunación de riesgos

La mancomunación amplia de riesgos proporciona una manera de redistribuir los recursos desde los grupos más ricos de la población hacia los más pobres, desde los más sanos hacia los más enfermos, así como entre generaciones, sexos y localización geográfica, basándose en los valores de solidaridad y justicia social. La igualdad se refuerza si las personas deben contribuir (con impuestos o cotizaciones sociales) en función de su capacidad económica, y pueden beneficiarse en función de sus necesidades médicas. Además, la mancomunación de riesgos favorece una mayor eficiencia administrativa y un poder de compra estratégico, lo que se traduce en economías de escala y en una mejor gestión de los escasos recursos financieros. Los países de América Latina han seguido trayectorias diferentes en cuanto a la mancomunación de riesgos, estrechamente relacionadas con su fragmentación en la mayoría de los sistemas de PSS:

- **Mancomunación de riesgos amplia a nivel nacional**. Como se ha señalado anteriormente, algunos países han desarrollado una visión unificada de la PSS. En algunos casos, se establecieron hace tiempo como parte del diseño inicial, o bien se han introducido mecanismos a lo largo del tiempo para lograr una mayor consolidación de la distribución de los riesgos. En Cuba, por ejemplo, desde la creación del actual sistema centralizado en el Ministerio y el Sistema Nacional de Salud, ante la ausencia de un sistema privado complementario de financiamiento voluntario, hay una consolidación del financiamiento del riesgo. El SUS de Brasil tiene una estructura similar, y suele gestionar los riesgos para toda la población del país, aunque en este caso el crecimiento de los seguros privados de salud con oferta duplicativa capta una parte de la población. Costa Rica cuenta con un seguro nacional de salud, muy integrado en el financiamiento, la administración y la oferta, que gestiona los riesgos para toda la población. En Colombia y Uruguay se han llevado a cabo recientemente procesos de reforma que conllevan una gestión compartida de los riesgos con entidades aseguradoras y proveedores de atención de salud (recuadro 9). En Colombia, se registran reformas recientes (a partir de 1993, y posteriormente en 2015 con el ADRES) en términos de integración del financiamiento, que son progresivas y tienden a la unificación de los fondos y los riesgos. La ADRES contabiliza todos los recursos del sistema y funciona como un fondo público nacional que reúne los recursos y practica la mancomunación. De manera análoga, en el Uruguay, la creación del FONASA como un fondo único ha contribuido a una mejor gestión de los riesgos de la población y a una mayor integración del sistema.
- **Mancomunación fragmentada de riesgos.** Esta es la situación en la que se encuentra la mayoría de los países de la región. En Bolivia, por ejemplo, el SUS y cada una de las cajas del régimen de seguridad social a corto plazo proceden a la mancomunación de riesgos para sus poblaciones asignadas separadamente. Cada régimen gestiona sus propios recursos y los distribuye para la

[29] Por ejemplo, la CEACR ha pedido al Perú «estudiar la posibilidad de establecer en el seno de las EPS privadas, IPRESS o las compañías de seguros privados de salud, un mecanismo mediante el cual los representantes de los asegurados puedan participar en la administración de dichas empresas o estar asociados a ellas, con carácter consultivo». Véase: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:13100:0::NO::P13100_COMMENT_ID%2CP13100_COUNTRY_ID:2699212%2C102805.

prestación de servicios de sus establecimientos. En México, el sector estatal y cada institución de la seguridad social se encargan de financiar los gastos de salud de su población a cargo; los regímenes se financian mayoritariamente con aportes tripartitos, pero incluso se realizan sobre bases de cotizaciones diferentes entre los distintos seguros públicos. En Guatemala, Honduras, Ecuador y El Salvador, existe una situación similar; en estos países, la seguridad social funciona de manera separada en relación con el financiamiento de cada régimen con diferentes fuentes, sin una mancomunación de riesgos entre ellos. Cabe mencionar que, en muchos países, tanto los que han avanzado hacia la consolidación como los más fragmentados, sigue habiendo una mancomunación de riesgos separada para las fuerzas armadas (por ejemplo, en ordre alphabétique: Chile, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Perú e Uruguay), o para ciertos sectores del empleo público, con la intención de garantizar niveles de prestaciones más elevados para el personal.

- **Participación opcional en los regímenes públicos**. En algunos países, las personas (o las empresas) tienen la posibilidad de optar por una cobertura privada de seguro de salud que sustituye la afiliación a los regímenes públicos existentes. Este es el caso de Argentina (Empresas de Medicina Prepaga), Chile (ISAPRES) o parcialmente Perú (EPS). En efecto, el hecho de poder elegir una cobertura por seguros privados fuera de los mecanismos públicos de PSS reduce la posibilidad de compartir los riesgos y suele fomentar el «descreme» (*cream skimming*) en el mercado de los seguros de salud privados, es decir, la atracción de poblaciones más ricas y más sanas. En los países donde existen servicios nacionales de salud con atención gratuita o muy subsidiada al punto de servicio para toda la población, como en Brasil, la presencia de seguros privados de salud sustitutivos puede conducir a que estos dejen que el SUS se ocupe de las intervenciones de mayor costo, mientras ellos captan una gran parte de los recursos de las empresas y los hogares.

Recuadro 9. Pagos por capitación a entidades aseguradoras

En Colombia, la ADRES centraliza las cotizaciones recabadas por las EPS por sus afiliados, así como los recursos del Estado para el financiamiento del aseguramiento de los grupos vulnerables, y paga a las EPS un monto por afiliado denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC). De esta manera, se delega en las EPS una parte de la gestión de los riesgos del aseguramiento, y estas asignan recursos en salud a la IPS. El cálculo de la UPC se ajusta por edad y zona geográfica para reflejar los riesgos asociados a estos criterios y evitar que las EPS hagan selección basada en esos mismos criterios. El cálculo también se basa en el costo de atención de salud, la experiencia empírica de los pagos realizados por las EPS, y la inflación, entre otros factores.

En Uruguay, el FONASA paga una «cuota salud» por cada afiliado al Sistema Nacional de Salud a la entidad proveedora de su elección, que se compone de un pago per cápita y un pago variable asociado a metas asistenciales (que representa alrededor del 8 por ciento de la cuota salud). La cuota salud se ajusta en función del sexo y la edad para reflejar los riesgos asociados a estos criterios demográficos. Estas cuotas son definidas por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud, y su valor se ajusta periódicamente, sobre la base de parámetros de costos del sector. Este mecanismo de pago se introdujo en el marco de la reforma que se inició en el año 2007, y su implementación dio lugar a cambios en el financiamiento de las instituciones del sistema, particularmente de las IAMC, que participaron en mayor medida en el pago del FONASA. Esto mejoró la cobertura de riesgo de las instituciones y contribuyó a evitar que estas realizaran una selección de riesgos.

En República Dominicana, la Tesorería de la Seguridad Social que administra los fondos del SFS paga a las Administradoras de Riesgos de Salud un valor per cápita por cada asegurado, para que éstas compren los servicios a las proveedoras públicas y privadas.

En algunos contextos, una cierta fragmentación de la mancomunación de riesgos se ha visto impulsada por la necesidad legítima de hallar un equilibrio entre las responsabilidades centrales y locales. Por ejemplo, la estructura territorial tiene un gran peso en varios países en este plano. En Brasil, a pesar de ser un sistema universal, las Secretarías Estatales de Salud también gestionan por separado el financiamiento de los riesgos de poblaciones específicas. Las mancomunidades fragmentadas geográficamente pueden convertirse en un obstáculo para una protección financiera eficaz, a menos que se garantice la portabilidad de las prestaciones en todo el país. Existen soluciones para superar la fragmentación en los sistemas

descentralizados, como los pagos de compensación entre localidades. A menudo es necesario hallar un equilibrio adecuado entre las funciones que es mejor centralizar (como la mancomunación de riesgos) y las que es mejor descentralizar, para ofrecer cierta flexibilidad en la asignación de recursos adaptada a las necesidades de salud locales.

A pesar de las dificultades para eliminar la fragmentación en algunos sistemas, sus consecuencias adversas pueden mitigarse mediante una coordinación y alineación eficaces de los derechos. En algunos países que vivieron importantes procesos políticos durante los años 90 y principios del siglo XXI, se realizaron esfuerzos en pos de una mayor integración y coordinación, sin superar totalmente la fragmentación, pero mejorando el alcance del sistema y su gestión. Por ejemplo, en Colombia, la legislación de 1991 en adelante apostó por la creación de un sistema general de seguridad social en salud, con aseguramiento universal, superando estructuras más fragmentadas previas y estableciendo una coordinación más clara de los ministerios de Salud.

La capacidad de la mayoría de los países para ampliar la mancomunación de riesgos entre los grupos socioeconómicos se ha visto limitada por la segmentación descrita en el capítulo 1. En efecto, tener derechos distintos conlleva que si se gestionan los recursos en un fondo único, los que tienen menos derechos subsidian a los que tienen más. Eso puede tener efectos redistributivos si aquellos que tienen derechos más amplios son los que tienen menos recursos y más necesidades, pero también puede ser regresivo si aquellos que tienen derechos más amplios son los que tienen más recursos y menos necesidades. Por ello, los esfuerzos para superar la fragmentación se han enfrentado a resistencias de diversos tipos. En este sentido, la fragmentación de los regímenes de PSS reproduce la desigualdad existente en los países de la región y socava la capacidad de los sistemas de PSS para superarla.

3.2.2 Mecanismos de asignación de recursos a proveedores

Una función clave de las instituciones de PSS es asignar los recursos en salud en nombre de la población a la que protege, función que en algunos ámbitos se denomina «asignación de recursos» o "compra de servicios". Esta se refiere a la asignación de fondos mancomunados a los proveedores que proveen servicios de salud a la población protegida, según el conjunto de prestaciones definido (cuando existe). Una amplia mancomunación de riesgos es la base para crear una sólida función de compra o asignación de recursos, debido a que otorga peso al comprador. Sin embargo, son igualmente importantes la extensión y la naturaleza de la red de proveedores de servicios de salud, la forma de remunerar a los proveedores, y la posterior asignación interna de recursos. Esta actividad debe realizarse estratégicamente con vistas a garantizar tanto el acceso a servicios de calidad como el uso eficiente de los recursos financieros. Una tarea clave es determinar cómo asignar los recursos, incluido el diseño de los pagos a los proveedores, la fijación de los niveles de pago, las condiciones de los contratos y el establecimiento de mecanismos para supervisar y exigir el cumplimiento (Mathauer *et al.* 2019). Esta sección explora los arreglos institucionales para la asignación de recursos en salud en la región, las formas en que los regímenes seleccionan y supervisan sus redes de proveedores, y la manera en que los remunera por los servicios que ofrecen a las poblaciones protegidas.

Separación entre financiador (comprador) y proveedor

La separación entre financiador y proveedor significa que las funciones de asignación de recursos (financiamiento de servicios) y prestación de servicios están separadas y, a menudo, son gestionadas por entidades diferentes. En estos contextos, la relación entre el agente financiador y el proveedor de servicios se regula mediante contratos. La separación entre comprador (entidad que asigna recursos o los compra) y proveedor de salud pretende evitar los conflictos de intereses que existen cuando una entidad asigna recursos y presta servicios de salud a la vez. Si bien esto es cierto, la separación de ambas funciones añade necesariamente cierto nivel de carga administrativa tanto para el comprador como para el proveedor o proveedores. En algunos contextos, la separación entre proveedor y «comprador» es necesaria para incluir a los proveedores privados en la red, lo que, junto con los incentivos contractuales, podría mejorar la prestación de servicios y la capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes. En América Latina, en la gran mayoría de los países y regímenes de PSS no hay separación entre las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. En los países con varios regímenes que cubren a diferentes grupos de la población o niveles de atención, puede que en algunos regímenes se aplique una

separación de las funciones de adquisición y prestación de servicios, pero en otros no. Esto da lugar a que la fragmentación que existe en la gestión de los riesgos repercuta asimismo en la prestación de servicios propiamente dicha. Los siguientes mecanismos están identificados:

- **Integración de las funciones de financiamiento y prestación de servicios**. Este es el caso más frecuente en América Latina, en los regímenes contributivos de seguro social que tienen su propia red de prestación de servicios, así como en los regímenes de atención de salud de los ministerios de Salud. En tales casos, aún es posible «autonomizar» a nivel interno las funciones de comprador y proveedor para fomentar una función de adquisición eficaz.
- **Mecanismos de asignación de recursos públicos y privados fuera de las redes propias de los regímenes.** Se han realizado esfuerzos por unificar las redes de prestación de servicios de salud que dan lugar a pagos entre instituciones de PSS. Por ejemplo, en Ecuador, la red unificada de servicios cuenta con mecanismos de asignación de recursos entre los subsistemas públicos y establecimientos privados, a fin de remitir a pacientes entre las instituciones. En este caso, los servicios ambulatorios, oncológicos y de diálisis representan la mayoría de las remisiones y de los pagos a proveedores externos. En Argentina, el subsistema de seguridad social presta servicios mediante una red propia de proveedores, pero también concluye contratos de prestación de servicios con hospitales públicos y privados en función de la ubicación geográfica de la población afiliada. En Brasil, si bien el SUS funciona como un régimen público, universal y gratuito que cuenta con sus redes propias de atención de salud, también establece convenios con proveedores privados para la prestación de servicios, principalmente con hospitales sin ánimo de lucro. En Costa Rica, la prestación de servicios de salud corre principalmente a cargo de la CCSS, que posee instalaciones de salud propias, pero además la CCSS asigna recursos en salud del primer nivel de atención a proveedores privados, principalmente a cooperativas de salud.[30] En la legislación de muchos países se contempla la posibilidad de concluir convenios para adquirir servicios fuera de redes propias, pero la utilización efectiva de estos mecanismos y el volumen de actividades vinculadas con dichos convenios son limitados, y existe una gran variación entre los diversos países y regímenes.
- **Separación de funciones de asignación y provisión en los regímenes manejados por entidades privadas.** En países como Chile, Argentina y Perú, entre otros, las personas tienen la posibilidad de optar por un seguro privado de salud que sustituye (totalmente o parcialmente) a los regímenes públicos. En estos casos, las aseguradoras privadas muchas veces cuentan con su red propia de proveedores, pero también tienen contractos con redes de proveedores, en su mayoría privados. En Colombia y Uruguay, como se ha señalado anteriormente, aunque haya mancomunación de riesgos a nivel nacional, se delega una parte de las funciones de aseguramiento, así como la asignación de recursos a entidades públicas y, en su mayoría, privadas. La mayor parte de las entidades (especialmente en Uruguay) tienen su red propia y también asignan recursos a otros proveedores públicos y, mayormente, privados. En Colombia, las EPS realizan la contratación y el pago a las IPS públicas y privadas. Estas incluyen los hospitales, consultorios, laboratorios, profesionales independientes de salud, servicios de transporte especial de pacientes y proveedores de tecnologías de salud. En este caso particular, la prestación privada de servicios también es mayoritaria, y representa el 91 por ciento del de los proveedores. Algunas EPS pertenecen a grupos que también tienen IPS, aunque el porcentaje está regulado.

Acreditación y contratación

Independientemente de cómo esté estructurada la función de financiamiento/compra o asignación de recursos a los proveedores de servicios, es necesario definir una red dedicada de proveedores. Es crucial que dicha red proporcione intervenciones eficaces y seguras. El grado de amplitud de la red de proveedores de servicios de salud que se establezca determina en gran medida la eficacia del PSS en la práctica. Si esta red es demasiado limitada en cuanto a la gama de servicios disponibles, la accesibilidad geográfica o la aceptabilidad cultural, es poco probable que las personas disfruten efectivamente de su derecho a la PSS. Por lo tanto, la elección de los proveedores (públicos, privados-comerciales y privados sin ánimo de lucro) y sus respectivas normativas son características cruciales que deben considerarse cuidadosamente.

[30] Entre 2011 y 2021, estas administraron 117 de los 1 080 EBAIS que prestan atención de salud en el primer nivel.

Acreditación

Entre las medidas utilizadas para mejorar la calidad de la atención figuran los programas de acreditación. En la mayoría de los países de la región, los proveedores de servicios de salud públicos dominan la prestación de asistencia de salud como parte de la PSS – con excepciones como Uruguay y Colombia. Aun así, en muchos de estos países, también se ha incluido en la red a algunos proveedores privados, con algunos requisitos específicos, como estar debidamente autorizados por el Ministerio de Salud. En muchos países existen mecanismos de acreditación institucionalizados. Por ejemplo, la Organización Nacional de Acreditación de Brasil es responsable de la elaboración y gestión de las normas brasileñas de calidad y seguridad en salud, a través del Sistema Brasileño de Acreditación de organizaciones proveedoras de servicios de salud. En Chile, el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud incluye la garantía de recibir servicios de un proveedor debidamente acreditado. El Ministerio de Salud define normas para la autorización y la acreditación de los establecimientos, que son obligatorias para los proveedores institucionales de atención de salud públicos y privados. La acreditación de establecimientos corre a cargo de entidades acreditadoras, que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud. En Honduras, el Sistema Nacional de Calidad en Salud se centra en la normalización y la vigilancia de la salud para la habilitación de establecimientos, la certificación y recertificación de los recursos humanos en salud, la mejora continua de la calidad, y la gestión de información de calidad en salud.

Compra o asignación de recursos a proveedores

Cuando dos instituciones diferentes se encargan de las funciones de compra (asignación de recursos) y provisión, es necesario, no solo acreditar a los proveedores de servicios, sino también que estos celebren un contrato o convenio con la institución financiadora. En la región, los convenios se vinculan en la mayoría de los casos con la necesidad de ampliar la red de provisión propia de regímenes de PSS. En estos países en los que las redes públicas de proveedores de servicios de salud prestan la mayor parte de la atención de salud, los proveedores fuera de la red propia sólo se incluyen en sistemas de referencia para las intervenciones no disponibles en dicha red. Muchas veces, estos procesos de contratación se utilizan con proveedores privados. En Ecuador, las instituciones públicas predominan en la prestación de servicios, y existen convenios entre ellas para derivación de pacientes. También pueden remitir a pacientes a otros establecimientos de la red privada complementaria conformada por entidades que han suscrito un convenio con las instituciones públicas para la prestación de servicios.

Contratación de proveedores privados: contención de costos y equidad

El equilibrio entre la prestación pública y la privada de servicios varía considerablemente de un país a otro, y son pocos los países en los que el grueso de la prestación de servicios corresponde al sector privado, como sucede en Uruguay y Colombia. En estos casos, es difícil que los Estados se planteen centrar las prestaciones únicamente en los proveedores públicos y, en otros, es probable que las limitaciones de inversión en el sector de la salud público conduzcan al aumento de la presencia privada.

En muchos países de América Latina, los esfuerzos nacionales para extender la protección social universal mediante conjuntos integrales de prestaciones en redes públicas, pero con un financiamiento público insuficiente, han dado lugar a sistemas duales. En algunos, los servicios de salud públicos esenciales cubiertos por los regímenes de PSS proporcionan una buena cobertura de servicios básicos con un alto nivel de protección financiera que contribuye a mejorar la salud de la población. Sin embargo, los grupos con mayores ingresos de la sociedad exigen mayores niveles de servicios, y prestaciones adicionales (no necesariamente médicas). En Costa Rica, la demora en la adecuación de la oferta de ciertos servicios, particularmente de cirugías selectivas y algunas especialidades, han creado una demanda insatisfecha a causa de las limitaciones de acceso a los servicios de salud. Esto se traduce en largas listas de espera que alientan a la población a asignar recursos privados en salud fuera de la red de la CSSS. El subsistema privado de Brasil cuenta con su propia infraestructura a través de consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS y de carácter duplicativo, aunque es regulado por las autoridades de salud. Este refleja problemas de acceso en el sistema público y constituye una fuente de inequidad, que fomenta las altas tasas de aseguramiento privado en salud en el país y aumenta las brechas en cuanto a las condiciones de acceso a los servicios de salud en función de las posibilidades de pago de las personas. En Bolivia, el sector privado participa en la prestación de los servicios, aunque no está integrado en programas de PSS, lo que genera un gasto de bolsillo considerable pese a los esfuerzos por ampliar la cobertura pública. El desarrollo progresivo de estos sistemas duales conlleva el riesgo de socavar la solidaridad

y la sostenibilidad de los sistemas de PSS existentes. En la mayoría de los países estudiados, los cuidados y los medicamentos adquiridos fuera de las redes de regímenes de PSS explican los altos porcentajes del gasto privado, incluso del gasto de bolsillo, dentro del gasto total en salud que se explican en el capítulo 1.

Métodos de pago o asignación de recursos a los proveedores

La forma en que se pagan o asignan recursos a los proveedores puede influir en su comportamiento y puede incentivar el acceso, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud y limitar los riesgos morales. En el cuadro 6 se describen los distintos tipos de mecanismos de pago a proveedores en la atención en salud, según las experiencias internacionales. Cada incentivo puede transformarse en riesgo, y la mayoría de los países del mundo utilizan una combinación de métodos de pago a los proveedores para maximizar sus ventajas y mitigar los riesgos. Asimismo, algunos métodos de pago incorporan pagos adicionales por cumplimiento de metas de salud.

▶ Cuadro 6. Métodos de pago o asignación de recursos a proveedores en el mundo

Método de pago	Definición
Presupuesto global	Pago prospectivo en el que los proveedores de atención de salud reciben una cantidad fija de dinero por prestar una serie de servicios acordados. En este caso, los proveedores tienen total flexibilidad para asignar internamente estos fondos.
Presupuesto por partida	Pago prospectivo en el que los proveedores reciben una cantidad determinada de dinero ya asignada a partidas específicas. El presupuesto no es flexible y los gastos deben ajustarse a las partidas definidas, a menos que el proveedor cuente con la autorización previa del comprador.
Tarifa por servicio	Pago retrospectivo basado en la actividad. El proveedor recibe un reembolso por cada servicio individual prestado.
Capitación (per cápita)	Los proveedores reciben una cantidad fija de dinero para prestar los servicios acordados a cada persona inscrita durante un periodo determinado. Se recibe antes de la prestación del servicio.
Por día	Los proveedores de atención de salud cobran una cantidad fija por servicios prestados al día.
Por caso	A los proveedores se les paga una cantidad fija por caso, por ejemplo, por cada diagnóstico, ingreso o alta.
Por desempeño	Se paga a los proveedores a condición de que alcancen determinados umbrales de desempeño basados en medidas predeterminadas.

Fuente: Adaptado de Kazungu *et al.* 2018.

Por ejemplo, cada mecanismo conlleva distintos tipos de incentivos:

- Los pagos basados en caso (o pago por intervención) incentivan el aumento del número de ingresos, pero también la reducción de insumos de la atención de salud. Pueden mejorar la eficiencia de la combinación de insumos y reducir la duración de las estancias. También pueden causar la salida prematura de los pacientes de los establecimientos de salud si la presión es excesiva para reducir la duración de la estancia, lo que puede aumentar las readmisiones y afectar la calidad percibida de la atención de salud.
- El pago per cápita y el presupuesto global se asocian a la prestación insuficiente de servicios, las listas de espera y el exceso de referencias hacia a otros proveedores, pero también pueden mejorar la eficiencia de la combinación de insumos.
- Los pagos por servicio están asociados a un mayor número de servicios prestados. Los pagos por servicio con tarifa fija pueden conducir a una reducción de los insumos (mayor eficiencia) por servicio, mientras que los pagos sin tarifa fija pueden conducir a un mayor uso de insumos y a una mayor ineficiencia. En particular, fomentan la fragmentación de la atención de salud, debido a que cada servicio se factura individualmente, lo cual desincentiva la coordinación entre diferentes profesionales o niveles de atención de salud. Esto puede conducir a la duplicación de pruebas o procedimientos. Asimismo, causan una mayor carga administrativa.

- Los pagos por día tienden a aumentar la duración de la estancia, los ingresos y la capacidad de camas, pero también reducen los ingresos por día de hospital.
- Los presupuestos por partidas conducen a una prestación insuficiente de servicios y a un exceso de referencias hacia otros proveedores, al aumento de los insumos y a pocos incentivos para mejorar la eficiencia de la combinación de insumos. En concreto, incentivan el gasto de todos los fondos restantes al final del ejercicio presupuestario (Langenbrunner, J. *et al.* 2009).

En América Latina, la manera en que se pagan o asignan recursos a los proveedores que forman parte de las políticas de PSS refleja la organización de los regímenes descrita anteriormente. Cada institución responsable de un régimen de PSS tiene su red propia de proveedores, así como proveedores externos con los cuales ha concluido convenios. En la mayoría de los casos, los métodos de pago o asignación de recursos a los proveedores son distintos de un régimen a otro y también dentro de cada régimen entre proveedores propios y los proveedores contratados. Por ejemplo, en Brasil se registra una gran diversidad de métodos de asignación de recursos. En el caso del SUS y su red propia se utiliza una combinación de presupuesto global, pagos per cápita, pagos por desempeño, pagos por servicios y otros incentivos, mientras que en los convenios con proveedores privados se utilizan los pagos por servicio y desempeño. En Chile, cada régimen cuenta con sus propios proveedores y métodos de pago establecidos. Por ejemplo, el FONASA financia a los proveedores públicos para la atención primaria de salud mediante el pago per cápita y el pago prospectivo por prestación. En el caso de los proveedores públicos de mayor complejidad, se utilizan pagos por presupuesto y pago por prestación. Además, el FONASA contempla la asignación directa por servicio a proveedores por fuera de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que complementan la oferta de salud ante la ausencia de estas prestaciones en la red pública.

Esto significa que, en la región, aunque haya notables excepciones, la función de «asignación estratégica» (transferencia de recursos a proveedores) está sumamente limitada por el alto nivel de fragmentación de los regímenes de PSS, y se combina con una separación limitada entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios dentro de cada régimen. En general, dado que en muchos regímenes y países de la región no hay separación entre las instituciones financiadoras y los proveedores, se utiliza con frecuencia el método de asignación por presupuesto (asignación de base histórica) cuando se trata de los proveedores propios. A continuación, se ilustra la utilización de varios métodos de asignación de recursos en la región.

Per cápita

Las asignaciones o pagos per cápita se utilizan en varios países. Para ser eficaces, estos pagos suelen requerir el establecimiento de un conjunto uniforme de servicios, y los pacientes tienen la obligación de utilizar dichos servicios en el establecimiento de salud del primer nivel en el que están registrados. Los países de ingresos altos que utilizan pagos o asignación per cápita tienden a combinarlos con un método de pago por resultados para contrarrestar los incentivos perversos en términos de calidad. En Costa Rica, la asignación de recursos en salud del primer nivel de atención (EBAIS) a cooperativas de salud y otras entidades privadas se realiza a través de contratos de gestión basados en pagos per cápita. En Bolivia, el pago a los proveedores de la red propia del MSD y de los servicios departamentales y municipales de salud se realiza mediante presupuestos. Para el primer nivel, los presupuestos se definen sobre la base de un método per cápita con ajustes demográficos. El IHSS de Honduras paga a los proveedores privados subrogados mediante un pago per cápita anual en el primer nivel de atención.

Tarifa por servicio o prestación

El control de los costos con esta modalidad de pago o asignación de recursos exige una inversión considerable en el establecimiento de normas sobre las condiciones en las que se pueden utilizar servicios o medicamentos concretos, y un ajuste constante de los precios en respuesta a la infrautilización o sobreutilización de los servicios. Es difícil imponer tales normas cuando el número de personas cubiertas es pequeño. Por ejemplo, en Argentina, para los regímenes de seguridad social y la medicina prepaga, conviven diferentes modelos de atención de salud, en algunos casos centralizados en médicos de cabecera para su derivación a especialistas y centros de mayor complejidad. En este caso, existen diversas modalidades de contratación y pago de los proveedores, aunque el pago por prestación suele ser más frecuente. En Chile, los recursos asignados por el FONASA y las ISAPRES a proveedores privados se pagan principalmente de forma retrospectiva, mediante pagos por servicio. El IPS de Paraguay se basa en sistemas de pagos por servicio para el financiamiento de su propia red de hospitales. En Panamá, la CSS

utiliza la modalidad de pago por actividad realizada para la asignación de recursos del MINSA o del sector privado en los casos en que no dispone de instalaciones propias para brindar esas prestaciones.

Presupuesto global

Los presupuestos globales se utilizan en muchos países, principalmente para los proveedores de asistencia de salud pública. Este es el caso del subsistema público en Argentina y de la CCSS en Costa Rica para brindar servicios a través de su red propia en los distintos niveles de atención. En Guatemala, el Ministerio de Salud utiliza la asignación presupuestaria para pagar servicios. El MSPBS de Paraguay utiliza las transferencias presupuestarias en sus redes del primer nivel de atención de salud, hospitales y clínicas. En Cuba, el MINSAP distribuye fondos mediante asignación presupuestaria entre los distintos niveles y unidades de atención de salud. El MINSA y la CSS en Panamá también utilizan este tipo de mecanismos para el pago a establecimientos de salud en todos los niveles de complejidad en sus redes propias.

Pago o asignación por desempeño

Los incentivos de pago por desempeño pueden ser importantes para contrarrestar los desincentivos para la calidad que pueden surgir con la utilización de algunos mecanismos de pago a proveedores, en particular los pagos per cápita, aunque estos no parecen utilizarse ampliamente en la región. En Brasil el nuevo modelo de financiamiento de la salud primaria, Previne Brasil, incluye un componente de entrega de recursos per cápita, un pago por desempeño y algunos incentivos para medidas estratégicas y áreas prioritarias. El monto de capitación única se aplica a la población registrada en los Equipos de Salud de la Familia, y se ajusta por factores socioeconómicos, demográficos y geográficos, lo que proporciona un incentivo para registrar a las personas que aún no están registradas. El pago por desempeño se centra en siete áreas prioritarias, entre ellas la atención prenatal, la salud de la mujer, la inmunización infantil y la atención de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes mellitus). Las acciones cubren características específicas en función de las necesidades de cada municipio. El objetivo de este mecanismo es reducir las desigualdades en el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud primaria.

3.2. Procesos administrativos y coordinación

3.2.1. Procesos administrativos en la protección social en salud

Los principios enunciados en las normas internacionales sobre seguridad social incluyen la gestión eficiente de los recursos y la accesibilidad de los procesos administrativos para las personas beneficiarias. En un contexto de alto nivel de fragmentación en la mayoría de los países de la región, la descoordinación de los procesos administrativos puede crear confusión entre la población a la hora de determinar a qué régimen afiliarse y acerca de los respectivos derechos y responsabilidades. La existencia de distintos regímenes gestionados por diferentes instituciones puede conducir a la duplicación de estructuras organizativas para la realización de las mismas tareas. Por ello, es crucial proponer procesos administrativos centrados en el servicio a la persona beneficiaria. En esta sección se examinan los principales procesos administrativos a lo largo de las operaciones de los regímenes de PSS para proporcionar ejemplos ilustrativos de las prácticas y destacar los principales puntos de discusión, si bien no se analizan exhaustivamente.

Sensibilización y conocimiento de sus derechos por los derechohabientes

Es importante garantizar que las personas conozcan su derecho a la PSS para que puedan acceder efectivamente a los servicios de salud sin barreras. Este es un punto clave para subsanar las brechas de cobertura, y las instituciones encargadas de la PSS deberían centrarse en él. En América Latina, los diversos sistemas de salud y protección social han utilizado diversos canales para sensibilizar e informar sobre el derecho a la PSS, y sobre los procedimientos para que los derechohabientes ejerzan efectivamente sus derechos. Se realizan actividades de sensibilización destinadas al punto de servicios de salud (en particular a nivel local y con proveedores de salud primaria) y a las oficinas administrativas en los territorios, y se utilizan líneas telefónicas, sitios web y campañas de comunicación a través de diversos medios de comunicación de masas, así como la comunicación directa. Aun así, existen indicaciones de que los derechohabientes muchas veces no reciben información correcta o suficiente sobre sus derechos y sobre los procedimientos concretos para acceder a ellos, y de que persisten grandes desigualdades en el acceso

a la información. Por ejemplo, una encuesta realizada en Perú sobre las personas beneficiarias del SIS reveló que las características sociodemográficas están relacionadas con el conocimiento de los derechos como asegurados.[31]

Los canales de información deben ser adecuados y las administraciones proactivas. Por ejemplo, en Colombia, se ha intentado incrementar la información sobre los derechos, en particular sobre el derecho a elegir una EPS y a participar en las decisiones sobre la PSS. El régimen de seguridad social en salud ha encomendado a las EPS que comuniquen de manera más proactiva a sus afiliados sus resultados y los procedimientos de participación disponibles. Los resultados revelan la necesidad de invertir más y de adaptar los métodos de sensibilización. En efecto, una encuesta reveló que «el 24,6 por ciento y el 2,8 por ciento de los 1 311 hogares encuestados conocían las Cartas de Derechos y Deberes (cartas que envían las aseguradoras para informar a sus afiliados sobre sus derechos y deberes) y las Cartas de Rendimiento (cartas que envían las aseguradoras a sus afiliados para informarles sobre el desempeño de la aseguradora en relación con otras aseguradoras); el 8,8 por ciento y el 0,7 por ciento las utilizaban, respectivamente» (Ismail *et al.* 2025). La misma encuesta reveló un bajo nivel de entendimiento por las personas de los procedimientos para hacer efectivo su derecho a participar en la gobernanza y en el establecimiento de prioridades para el régimen de la seguridad social en salud.

Identificación, afiliación y registro

«No dejar a nadie atrás» significa que toda la población esté incluida en un régimen de PSS. Sin embargo, en muchos países, las barreras administrativas continúan dificultando el registro o afiliación a un régimen de salud. En algunos casos, los propios regímenes no registran a la población, mientras que otros han logrado el registro automático, al menos para algunos grupos de la población. Por lo tanto, una parte importante de los procesos administrativos eficaces consiste en garantizar que la universalidad de la cobertura se materialice en la práctica, mediante la identificación y el conocimiento adecuados de todas las personas cubiertas. Los países de la región han adoptado varias medidas para fomentar la concienciación, y facilitar la identificación y la afiliación o el registro (cuando proceda). En general, se utiliza un conjunto de mecanismos, tales como:

- La identificación y el registro final (si procede) al punto de servicio. En algunos países que cuentan con sistemas universales de servicios de salud públicos no se lleva a cabo el registro, pero en muchos casos se requiere una identificación. En los países en los que existe fragmentación, algunas veces se verifica si la persona beneficiaria ya está afiliada a un seguro; en otros casos no existen mecanismos para comprobar y compartir la información entre los diversos regímenes de PSS.
- La utilización de registros sociales para identificar a las personas beneficiarias, como en Costa Rica (SINIRUBE) o Colombia (Sisbén) (recuadro 10).
- La identificación y el registro por el empleador o la organización profesional en el caso de los regímenes de seguro social en salud. Por ejemplo, en Costa Rica, las personas trabajadoras por cuenta propia, algunos de ellos agrupados en asociaciones (cooperativas, asociaciones de productores locales, y otras) establecen convenios colectivos de aseguramiento con la seguridad social. Presentan solicitudes con la documentación que acredita su condición jurídica y pagan las cotizaciones colectivamente simulando una nómina.
- Identificación y registro automático por otros programas de protección social (véase la sección 3.2.2).

[31] Véase: https://revistas.udh.edu.pe/RJP/article/view/601.

▶ Recuadro 10. Utilización de registros sociales en la PSS: el caso de Colombia

El Sisbén es un sistema de clasificación de la población colombiana basado en las condiciones de vida y los ingresos, que pretende identificar a las posibles personas beneficiarias de los servicios sociales. La clasificación comprende cuatro grupos principales, integrados por subgrupos: el grupo A para la población en situación de pobreza extrema, el grupo B para la población pobre, el grupo C para la población vulnerable que corre el riesgo de caer en la pobreza, y el grupo D para la población no pobre y no vulnerable. La metodología y las clasificaciones se actualizaron por última vez en 2022 (Sisbén IV). Para beneficiarse del régimen subsidiado del seguro de enfermedad, las familias deben estar registradas, tener sus datos actualizados, y ser asignadas a uno de los grupos y subgrupos mencionados.

El Sisbén es una herramienta definida a nivel nacional y administrada a nivel descentralizado. Los municipios y distritos son responsables de la gestión del Sisbén en sus territorios. Por lo tanto, la recopilación de datos incumbe a los municipios y distritos. Utilizan dos tipos de encuestas: de barrido y a demanda. Las encuestas de barrido son similares al censo y se basan en un enfoque puerta a puerta en las zonas geográficas y los barrios más pobres. Se utilizan para crear la base de datos inicial y deben realizarse cada tres años. Además, las personas pueden actualizar sus datos en cualquier momento a través de la encuesta a petición, cuando necesiten corregir nombres, añadir o eliminar familiares, o solicitar una nueva evaluación de sus vulnerabilidades. Los coordinadores departamentales sirven de enlace entre el Estado central y los municipios y distritos. Los datos recopilados a nivel local se compilan en una base de datos nacional, que se actualiza periódicamente (cada mes). Esto garantiza la coherencia de los datos en cualquier momento y lugar.

La población inscrita en los grupos A, B y C está cubierta por el régimen subsidiado del seguro de enfermedad y no tiene que pagar nada. Desde 2022, la población inscrita en el grupo D también está cubierta por el régimen subsidiado si no cumple con las condiciones para cotizar al régimen contributivo (véase más arriba). En este caso deben pagar una cuota mensual de solidaridad por cada persona adulta de la familia, que actualmente está establecida entre 24 200 y 106 200 pesos por persona y mes – dependiendo del subgrupo al que esté adscrita la familia (va del D1 al D21). Para este último grupo, las entidades territoriales son las encargadas de verificar las condiciones de afiliación al régimen subsidiado, con la información de las EPS, y de garantizar el acceso de la población al Sisbén. Para ello, realizan búsquedas activas con objeto de identificar a la población que no está afiliada al aseguramiento en salud.

Cotizaciones y recaudación de ingresos

Cuando los regímenes de PSS son parcialmente o totalmente contributivos, la recaudación es una función administrativa crítica. En la mayoría de los países existe una combinación de procesos de recaudación:

- Recaudación por el empleador. Puede automatizarse fácilmente para los trabajadores del sector formal cuando el empleador tiene la obligación de recaudar las cotizaciones a través de la nómina. Con esta configuración, la recaudación de cotizaciones en todo el espectro de los programas de protección social contributivos aumenta la eficiencia y la eficacia.
- Recaudación por mecanismos conjuntos entre los regímenes de PSS y otros programas de protección social (véase la sección 3.2.2).
- Recaudación directa con la persona o el hogar por el organismo gestor de la PSS.

Cuando los procesos de recaudación de cotizaciones son demasiado complejos o el nivel de cotización es inadecuado, el cumplimiento sigue siendo un problema (OIT *et al.* 2024g). En caso de insuficiencia o inexistencia de subsidios para los actores más pequeños, esto puede desincentivar la transición de las empresas de la economía informal a la formal. Como consecuencia, es necesario que el sistema de seguridad social, el ministerio de Trabajo y las autoridades fiscales concierten esfuerzos. En muchos casos, los esfuerzos y mecanismos administrativos en lo que respecta a este tema no son específicos para los regímenes de PSS, sino que se coordinan e integran con la seguridad social (véase la sección 3.2.2).

Algunas veces, las personas necesitan asistencia personalizada que les orienta en el proceso de cálculo y pago de las cotizaciones. Por ejemplo, en Colombia, las personas trabajadoras por cuenta propia cuyos

ingresos son inferiores a dos salarios mínimos pueden optar por el mecanismo de nómina asistida, en el que asistentes formados les ayudan a comprender sus obligaciones de cotización y les facilitan el proceso de pago a través de diversos canales, como plataformas web, líneas telefónicas directas o aplicaciones de mensajería como WhatsApp.

Delegación de funciones administrativas a entidades públicas y privadas

En América Latina, algunos países delegan una parte de la administración de sus regímenes de PSS a aseguradoras públicas y privadas, como Colombia y Uruguay. En Colombia, la afiliación a la PSS, así como los pagos a los proveedores de salud, se realizan por intermediación de las EPS. Cabe destacar que deben cumplirse ciertas condiciones para que tenga lugar la delegación de funciones de aseguramiento a entidades, en particular entidades privadas (por ejemplo, véase el recuadro 11).

▶ Recuadro 11. Delegación de funciones administrativas a las Empresas Prestadoras de Salud en Colombia e impacto en los pagos a proveedores de salud

Existe evidencia del deterioro de las condiciones financieras de las EPS, que se refleja en las deudas que mantienen con los proveedores de servicios y en la afectación patrimonial de varias EPS. Esta situación genera alertas sobre la viabilidad de sus actividades y su sostenibilidad, sobre el pago efectivo a los proveedores de servicios de atención de salud y, por último, sobre el acceso efectivo de las personas beneficiarias a dichos servicios.

Asimismo, aunque se les impuso la obligación de contar con mecanismos participativos de gobernanza, sus esfuerzos a este respecto han sido limitados. Las EPS tienen la obligación legal de organizar asociaciones de usuarios que controlen su trabajo y de informar a los derechohabientes sobre cómo participar, pero la información comunicada es de difícil de acceso y las asociaciones de usuarios disponen de escasos recursos. Una encuesta reveló que sólo el 3 por ciento de los encuestados se comunica con una asociación de usuarios y el 1 por ciento las considera útiles (Ismali, *et al.* 2025).

Por ello, una propuesta de reforma que está discutiéndose incluye el establecimiento de un sistema de pagos a los proveedores centralizado mediante la ADRES, de tal modo que se eliminarían las funciones de aseguramiento de las EPS y se le atribuirían funciones de administración de los centros de atención primaria, así como de los sistemas de referencia y contrarreferencia.32 Esta propuesta se ha planteado debido a los problemas relacionados con un aseguramiento centrado en la gestión financiera, y no en la gestión de riesgos, a las barreras de acceso a las que se enfrenta la población y a las desigualdades en la prestación de servicios. Además, se reconoce la existencia de condiciones de competencia poco eficiente entre las EPS y las IPS, y existe una concentración de mercados de aseguradores y de proveedores.

Procesos para medir el grado de satisfacción

Medir y gestionar el grado de satisfacción permite a las instituciones identificar los factores que determinan el grado de satisfacción o de insatisfacción, que ulteriormente pueden utilizarse de una manera estratégica para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios y la confianza de la población. Para ello es necesario adoptar un enfoque centrado en las personas. La inversión del sistema nacional de PSS en mecanismos de presentación quejas y de notificación del grado de satisfacción también contribuye a aumentar la confianza de la población en el sistema de salud y de seguridad social, y aumenta la utilización oportuna de las prestaciones para poder obtener resultados sociales óptimos. Los enfoques tradicionales para recabar opiniones incluyen buzones de quejas o líneas telefónicas directas. Por ejemplo, en Panamá, a nivel local, las Regiones de Salud utilizan el sistema de Buzón de Sugerencias en las instalaciones de salud para recabar opiniones de los usuarios y medir de manera indirecta su grado de satisfacción. Cada instalación cuenta con un equipo de calidad que se encarga de abrir y revisar las sugerencias para realizar un seguimiento y presentar el plan de mejoras. Sin embargo, se trata de herramientas pasivas y limitadas

[32] Véase: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/nueva-propuesta-para-transformar-entre-todos-el-sistema-de-salud-en-colombia.aspx.

en términos de su ámbito y alcance. Puede que no representen las voces de los grupos más vulnerables y tienden a centrarse en responder a las consultas, en lugar de evaluar el grado de satisfacción con las diversas dimensiones de los servicios de atención de salud y de seguridad social. Los mecanismos de medición del grado de satisfacción incluyen:

- **Medición del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud integrada en mecanismos más amplios de mejora de la calidad de los servicios de salud al nivel nacional**. Panamá cuenta con un Observatorio de Calidad de la Atención en Salud que, sobre la base de la recopilación de ciertos indicadores, permite observar el comportamiento del sistema, incluido el grado de satisfacción del usuario. El observatorio cuenta con un buzón de recomendaciones y sugerencias. En Ecuador, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, entidad adscrita al Ministerio de Salud, desempeña funciones de vigilancia en temas de calidad de la salud y recepción de reclamaciones y sugerencias de los usuarios sobre la calidad del servicio, entre otras. En Honduras, como parte del Sistema Nacional de Calidad, en 2011 se creó una unidad de atención a los usuarios dentro de las unidades de salud que incorpora en sus actividades la gestión y consolidación de información sobre quejas y sugerencias, así como la realización anual de una encuesta de satisfacción de los usuarios, entre otras. En enero de 2023, Ecuador inició el Plan Nacional de Medición de la Satisfacción de la Calidad en la Atención de los Servicios de Salud, cuyo ámbito de aplicación serán los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria. En Perú, los usuarios tienen acceso al Sistema de Gestión de la Calidad para la Protección de Derechos en Salud mediante una plataforma de múltiples canales, que permite presentar reclamaciones las 24 horas del día por vía telefónica o virtual, además de la tradicional atención presencial o por correo, incluso a través de una aplicación móvil denominada SUSALUD Contigo.
- **Medición del grado de satisfacción de la población con el aseguramiento y la atención de salud integrada en encuestas nacionales**. En Uruguay, los proveedores deben realizar encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados de forma periódica.[33] En Chile se utiliza la Encuesta de Satisfacción de los Servicios Públicos del FONASA[34] y la Encuesta de Bienestar Social, publicada por primera vez en 2021. En México se utiliza la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública.[35] En Brasil también se utiliza la *Pesquisa Nacional de Saúde*.[36] En Guatemala, la Encuesta de Evaluación de la Calidad de los Servicios Públicos Básicos tiene un alcance limitado, debido a que su representatividad abarca únicamente el municipio de Guatemala.[37]
- **Medición por las instituciones de seguro social en salud del grado de satisfacción de sus asegurados.** Cabe mencionar, por ejemplo, la evaluación de los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2009-2019, o la encuesta socioeconómica nacional de acceso a la salud de EsSalud en Perú, que se realizó en 2015 para complementar la información de los registros administrativos y las encuestas nacionales de salud. Estas encuestas pueden profundizar en aspectos tales como el conocimiento y el ejercicio del derecho a la salud, la experiencia del usuario en el punto de servicio, y el grado de confianza de los usuarios en el asegurador y en los establecimientos de salud a su disposición, y explorar las disparidades en lo que respecta a esos elementos según la situación socioeconómica.

Procesos de quejas y resolución de conflictos

Tramitar las quejas y garantizar el funcionamiento de los mecanismos de reclamación desempeña un papel importante para hacer realidad el acceso a la PSS y exigir a las instituciones y los proveedores que rindan cuentas. Deben existir sistemas que garanticen a las personas el derecho de recurso en caso de denegación de la prestación o de queja sobre su calidad o cantidad. Los países han establecido diversos

[33] En 2017, el grado de satisfacción global con los servicios del primer nivel de atención de salud alcanzó un índice de 8,2 (en una escala de 10 puntos), con una valoración similar para la ASSE y las IAMC, y un mayor grado de satisfacción con los seguros privados.
[34] Para 2020 reveló que el 77 por ciento de las personas encuestadas estaban satisfechas con el servicio recibido, además de otros instrumentos como la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2021.
[35] Esta indica que la percepción de la calidad de la atención ambulatoria desde el 2000 se mantiene por encima del 80 por ciento, como buena o muy buena.
[36] Las ediciones más recientes datan de los años 2013 y 2019. Según este instrumento, la atención primaria de salud obtiene una puntuación global de 5,9 en una escala de 0 a 10.
[37] Según este instrumento, solo el 48 por ciento de la población encuestada en ese municipio estaba satisfecha con los servicios de atención de salud de los centros de salud públicos.

mecanismos de resolución de conflictos y quejas de los usuarios. En México existe una instancia pública de resolución de conflictos entre los pacientes y los servicios médicos adscrita a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Esta Comisión aborda los conflictos surgidos por irregularidades o por la falta de prestación de servicios. En Argentina, las barreras para acceder a la atención de salud (tiempos de espera prolongados, escasez de turnos y falta de insumos hospitalarios, entre otros aspectos, que son comunes a algunos países) han dado lugar a la presentación de reclamaciones administrativas a la Superintendencia de Servicios de Salud ante la negativa de cobertura de prestaciones integradas en el PMO.[38]

Algunos países registran un gran número de litigios sobre el acceso efectivo a los servicios de salud, incluso por servicios garantizados en una lista nacional de servicios con cobertura o aseguramiento universal (por ejemplo, en Brasil o Colombia).[39] En Colombia, según los datos de la Defensoría del Pueblo en su informe de tutelas por vulneración del derecho a la salud, en 2022 se interpusieron 633 475 tutelas con motivo de la prestación de servicios de salud, tratamientos integrales y medicamentos, y los pacientes afectados por tumores, enfermedades del sistema osteomuscular y enfermedades del sistema circulatorio fueron los que más tutelas interpusieron (OIT s. f.d). Es necesario contar con sistemas de recopilación y análisis de quejas, e integrar dichos sistemas en procesos de mejoras constantes de los regímenes de PSS para evitar litigios excesivos. En Argentina, en 2025 se creó el Procedimiento de Mediación Prejudicial en Materia de Salud (PROMESA), que es un mecanismo establecido por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud, a fin de agilizar la resolución de conflictos relacionados con las prestaciones de salud, sin necesidad de recurrir directamente a la vía judicial.

3.2.2. Mecanismos de coordinación entre programas de salud y de protección social

Coordinación de políticas

La coordinación de las políticas de salud y protección social facilita el acceso de las personas beneficiarias a una protección integral, a lo largo del ciclo de vida. La garantía de la seguridad de los ingresos mediante prestaciones de enfermedad, maternidad, desempleo o vejez es fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud. La seguridad de los ingresos permite a las personas mantener su nivel de vida durante los episodios de enfermedad, lo que contribuye a mantener o restablecer su salud mediante una nutrición adecuada, una vivienda digna y un entorno saludable. A su vez, el acceso a la atención de salud sin penurias también contribuye a mantener los niveles de protección de los ingresos de los hogares. Un ejemplo de esto es el establecimiento de prestaciones para las personas adultas mayores, que se centran en varios aspectos a la vez, como la seguridad financiera y la atención de salud, entre otros. Al mismo tiempo, algunos países han realizado esfuerzos para reflejar esta visión en los marcos políticos (políticas nacionales de protección social y de salud) o jurídicos (códigos de protección social que incluyen prestaciones de salud) formales. Aun así, destaca la fragmentación como un elemento clave tanto de los sistemas de salud como de los sistemas de protección social, lo cual impide en muchos casos una visión unificada y una coordinación efectiva en la práctica.

Los organismos de supervisión, como los diversos consejos nacionales de seguridad social, pueden garantizar el equilibrio de los distintos regímenes y la no fungibilidad de los fondos. Se logra la eficiencia administrativa con sistemas en los que un único organismo de seguridad social aplica una serie de prestaciones de protección social, bajo la supervisión de los ministerios competentes. Los sistemas de este tipo no están extendidos en la región; existen formalmente amplios mecanismos de rectoría y coordinación entre los ministerios en los consejos de salud, que incluyen diversos ministerios más allá del tema de la salud (como los analizados en las secciones anteriores), pero no necesariamente llevan a una articulación de las prestaciones en diversos ámbitos. En algunos países, los ministerios rectores combinan la salud con la protección social en otros ámbitos, por ejemplo, Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social), Guatemala (MSPAS), Paraguay (MSPBS) y República Dominicana (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

[38] Ante esta situación, en 2018 se creó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con el objetivo de reducir el número de litigios relacionados con la cobertura de tratamientos, procedimientos clínicos y medicamentos.
[39] Véase: https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/el-derecho-la-salud-m-s-all-de-la-cobertura-universal.

Para lograr esa coordinación, se requiere una supervisión de alto nivel, así como mecanismos específicos de coordinación interministerial. Si bien en las secciones anteriores se exponen ejemplos de la coordinación entre los ministerios y las entidades para la rectoría y dirección de los sistemas de salud, lo cierto es que la región reproduce la fragmentación interna de su estructura en la PSS, con una coordinación limitada de las diferentes dimensiones de la protección social en general. Como en otras regiones del mundo, la coordinación y colaboración entre el sector de la salud y el sector social a menudo se ven obstaculizadas por políticas inadecuadas, la burocracia administrativa, la ausencia de un marco de colaboración formalizado, objetivos divergentes y culturas organizativas. Desde la perspectiva de las personas beneficiarias, esto puede traducirse en prestaciones segmentadas e inadecuadas. También crea una duplicación de esfuerzos, así como costos conexos para hacer frente a procesos administrativos como el registro, el pago de las cotizaciones y un mecanismo de reclamación y apelación, lo que hace más complejo el acceso a las prestaciones. En este empeño será esencial una mayor integración de las políticas en materia de protección social universal y cobertura sanitaria universal (FAO *et al.* 2022).

Coordinación de procesos administrativos

Esta coordinación puede existir en ámbitos tanto contributivos como no contributivos:

Utilización de sistemas comunes de identificación y elegibilidad entre programas de asistencia social y los regímenes de PSS. Algunos países están coordinando sus operaciones para brindar cobertura a los grupos vulnerables y mejorar la eficiencia mediante procesos integrados. En algunos se utiliza el mismo mecanismo para identificar a las personas beneficiarias de los programas de asistencia social para múltiples programas de protección social, lo que reduce la duplicación de tareas. Por ejemplo, en Costa Rica, el SINIRUBE conforma una base que permite el otorgamiento de aseguramiento por cuenta del Estado a personas que han sido declaradas en situación de pobreza por el Instituto Mixto de Ayuda Social, gracias a este sistema que también se utiliza para otros programas sociales. Asimismo, en Colombia, el Sisbén clasifica a la población colombiana sobre la base de las condiciones de vida y los ingresos, a fin de unificar a las posibles personas beneficiarias de los servicios sociales.

Procesos administrativos integrados en el ámbito contributivo. La recaudación de las cotizaciones de las personas trabajadoras independientes, empleadas en microempresas o en sectores no sujetos al registro obligatorio en el sistema de PSS requiere adaptar los niveles, la periodicidad y los procedimientos de pago. En efecto, estos actores pueden tener cierta capacidad contributiva, pero a menudo sus ingresos no son regulares ni previsibles. Además, los procedimientos automatizados son más difíciles de integrar debido al gran número de unidades productivas y a su diversidad. No obstante, muchos sistemas de protección social intentan introducir procedimientos adaptados, en coordinación con las autoridades fiscales o de forma independiente:

- ***Procesos de registro en el seguro social adaptados***. Por ejemplo, en Costa Rica, la CCSS no solo administra las prestaciones de salud, sino también las pensiones y el régimen de invalidez, vejez y muerte. En la mayoría de los países de América Latina, estas economías de escala se ven limitadas por la fragmentación de los sistemas de protección social. Por ejemplo, en Costa Rica existen mecanismos de cobro para el trabajo independiente, adaptado a los tipos de actividad y los niveles de ingresos. Los niveles de cotización se adaptan a las actividades productivas de los miembros de la organización y a su capacidad contributiva. Los convenios colectivos permiten diferentes escalas de cotización dentro de la organización. Los inspectores verifican periódicamente que estas escalas se ajustan a los ingresos de los miembros, garantizando la igualdad y el cumplimiento de los acuerdos establecidos. La CCSS emplea a un grupo de inspectores especializados para supervisar el registro de las personas trabajadoras por cuenta propia, centrándose en varios sectores económicos. Además, se ha contratado a más personal administrativo e inspectores para fortalecer la capacidad administrativa de seguimiento de los casos de evasión de registro. El cumplimiento de la obligación de pago de las cotizaciones a la seguridad social también está vinculado con la elegibilidad para los programas gubernamentales de apoyo a las microempresas y pequeñas y medianas empresas (mipymes). Además, la integración de las prestaciones en una única institución de seguro social permite lograr sinergias y economías de escala en la administración. Se pueden consolidar funciones comunes, como la afiliación, la recaudación de cotizaciones y las funciones de apoyo (recursos humanos y finanzas), lo que conduce a una mayor eficiencia administrativa.

- ***Regímenes fiscales simplificados***. Regímenes monotributo como el de Argentina, Brasil o Uruguay pueden ser una vía atractiva alternativa para pequeños contribuyentes, debido a que la unificación de los pagos tributarios y las cotizaciones a la seguridad social en una sola cuota facilita y agiliza el cumplimiento de las obligaciones de estos grupos de la población, y puede ser como un mecanismo para generar subsidios entre las personas afiliadas (Ortíz *et al.* 2019), aunque debe prestarse especial atención a los incentivos adversos y los problemas de sostenibilidad que pueden generar estos sistemas simplificados (Cetrángolo *et al.* 2013). En Perú, las personas que cotizan al Nuevo Régimen Único Simplificado – un mecanismo de simplificación impositiva del Estado – tienen afiliación automática al seguro de salud bajo el SIS Emprendedor. El régimen monotributo de Argentina está dirigido a pequeños contribuyentes conocidos como monotributistas – que se dedican a actividades de venta de productos (bienes muebles), alquiler o prestaciones de servicios. Este régimen unifica los pagos tributarios con los aportes jubilatorios y la obra social, para que se pague una sola cuota mensual que agiliza el cumplimiento de las obligaciones de la persona asegurada (AFIP 2023). Así, este grupo de la población está incluido en el subsistema de seguridad social.

Prestaciones integradas y coordinadas: el caso de los programas de transferencias condicionadas

Los programas de transferencias condicionadas fueron una innovación en América Latina destinada a las personas y familias en situación de pobreza o en otras situaciones de vulnerabilidad. Estos programas fueron un intento de proponer conjuntos de prestaciones integradas de salud entre varios sectores para promover el desarrollo humano y, en particular, reducir la pobreza infantil. Los principales grupos de población destinatarios de estos programas son los niños y niñas, los adolescentes y las mujeres embarazadas que viven en hogares en situación de pobreza. Estos programas representan un vínculo directo con la PSS y, en general, con el sector de la salud y el sector de la educación, debido a que condicionan las prestaciones financieras o determinados servicios sociales a la utilización de prestaciones de salud, junto con otros aspectos, como la educación. En su mayoría, combinan las transferencias condicionadas al cumplimiento de indicadores y controles de acceso efectivo a los servicios de salud y asistencia y el rendimiento escolar (recuadro 12).

▶ Recuadro 12. Programas de transferencias condicionadas en países seleccionados de América Latina

En Argentina, la Asignación Universal por Hijo (AUH) está dirigida a las familias con hijos o hijas menores de 18 años de edad, o con hijos con discapacidad de cualquier edad, así como a las mujeres embarazadas desocupadas o que trabajan en la economía informal. El programa condiciona el pago de un 20 por ciento del monto de la transferencia a la certificación del cumplimiento de condicionalidades en salud (controles periódicos de salud y cumplimiento del calendario de vacunación) y educación (asistencia escolar para menores de 18 años). En 2021, la cobertura efectiva de la AUH alcanzó al 9,6 por ciento de la población.

En Brasil, el programa «Bolsa Familia» incluye condicionalidades en materia de salud (cumplimiento del calendario de vacunación y controles de crecimiento y desarrollo para menores de 7 años; asistencia a controles prenatales y acompañamiento de madres lactantes entre 14 y 44 años) y educación (asistencia escolar mínima para niños, niñas y adolescentes). Las transferencias están dirigidas a las familias con mujeres embarazadas o en período de lactancia, los niños y niñas de entre 7 y 12 años, y los adolescentes de entre 12 y 18 años. En 2021, la cobertura efectiva del programa alcanzó al 27,7 por ciento de la población. El Benefício Primeira Infância se introdujo para complementar el programa «Bolsa Familia» con 150 reales brasileños (28 dólares de los Estados Unidos) adicionales pagados cada mes a 8,9 millones de niños y niñas de 0 a 6 años.

En Chile, la red de protección social contempla el programa «Chile Seguridades y Oportunidades» y el SUF. Este abarca un conjunto de transferencias monetarias que complementan los ingresos autónomos de los hogares en situación de pobreza extrema. El programa combina transferencias condicionadas y no condicionadas (como controles de salud al día, cumplimiento con la asistencia escolar y premios al rendimiento escolar, entre otros). Por su parte, el SUF está dirigido a personas de escasos recursos que no pueden acceder a la prestación de asignación familiar o de maternidad. En 2017, la cobertura efectiva del programa alcanzó al 3,38 por ciento de la población (últimos datos disponibles), mientras que, en el caso del SUF, ascendió al 11,4 por ciento en 2021.

En Guatemala, los programas «Bono Social», «Crecer Sano» y «Programa Vida» atienden a la población en situación de pobreza, pobreza extrema, desnutrición crónica, niñas y adolescentes embarazadas, y víctimas de violencia sexual. Estas transferencias están sujetas a condiciones como la asistencia a controles de salud y controles de embarazo. En Paraguay, el programa «Abrazo» y el programa «Tekoporã» incorporan corresponsabilidades en salud (cumplimiento de indicadores en salud), educación (matriculación en el sistema escolar formal, asistencia escolar por mes y promoción al siguiente grado) y trabajo infantil (mantener a los niños y niñas alejados de actividades económicas). En 2020, la cobertura efectiva del programa «Abrazo» apenas alcanzó el 0,14 por ciento de la población (últimos datos disponibles), mientras que, en el caso del Tekoporã, la cobertura efectiva ascendió al 12,7 por ciento. En Perú, como parte del régimen subsidiado del SIS, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres ofrece transferencias condicionadas con el objetivo de promover el acceso a la salud preventiva maternoinfantil y a los servicios de escolaridad sin deserción de la población pobre o en situación de pobreza extrema.

La mayoría de estos programas ha logrado mejorar las condiciones de vida y los resultados en materia de salud y educación de las familias beneficiarias. Sin embargo, no siempre han conseguido en la práctica la coordinación intersectorial que solía instituir su diseño. En algunos países, especialmente en aquellos con menos recursos, las condicionalidades en salud no han ido acompañadas de las inversiones necesarias en los servicios de salud para que se cumplan fácilmente y sin dificultad de acceso, sin tiempo de espera y sin barreras financieras para las personas beneficiarias. Por ejemplo, inicialmente, en el programa «Solidaridad» de República Dominicana se observó una inadecuación entre la demanda y la oferta de servicios que no permitía a las personas beneficiarias cumplir con las condicionalidades sin crear un peso desproporcionado. En otros países la coordinación funcionó. En la primera década del siglo XXI, programas como «Chile Solidario» y «Juntos» del Perú pretendieron registrar automáticamente a sus personas beneficiarias al FONASA y al SIS, respectivamente. En cambio, programas como «Oportunidades» en México no solo facilitaron la afiliación al Seguro Popular, sino que también incluían un paquete adicional de intervenciones de salud (Cecchini *et al.* 2011). Las acaloradas discusiones mantenidas a principios

del siglo sobre los programas de transferencias condicionadas parecen haber dejado un escaso legado en términos de mecanismos de coordinación institucional que, en teoría, hubieran podido utilizarse de manera más amplia que en prestaciones para los más pobres (Schwarzer *et al.* 2014).

Además, algunos elementos de diseño limitan su impacto. En primer lugar, en su mayoría, estos programas están vinculados con mecanismos de focalización que en algunos casos pueden ser imperfectos y restringidos, lo que explica su cobertura limitada, con excepción de «Bolsa Familia» en Brasil. En segundo lugar, la protección social debe funcionar tanto para los niños como para las mujeres, y para ello es necesario garantizar la seguridad de los ingresos y el bienestar de las familias con hijos sin imponer una carga adicional a las mujeres vinculada al cumplimento de las condicionalidades.

Capítulo 4. Financiamiento

Mensajes clave

- La insuficiencia de financiamiento público de la salud es un factor clave que limita la cobertura y suficiencia de la PSS en la región.
- El gasto público regional en salud como porcentaje del PIB es inferior al promedio mundial, mientras que el gasto privado sigue siendo elevado.
- Se requiere movilizar recursos adicionales mediante reformas tributarias, formalización del empleo y mejora en la eficiencia del gasto.
- La fragmentación institucional dificulta la coordinación entre salud y protección social, lo que a su vez afecta la inversión conjunta.
- Se estima que la región necesita aumentar el gasto público en salud en aproximadamente 2,7 puntos porcentuales del PIB para alcanzar las metas de los ODS en salud y protección social.
- La escasez de financiamiento público adecuado y sostenible es un determinante mayor de las dificultades para alcanzar la meta 3.8 de los ODS sobre la cobertura sanitaria universal en sus diversas dimensiones. El gasto de las administraciones públicas en salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe es inferior al promedio mundial, así como al promedio de las Américas, aunque la importancia concedida a la salud en términos del porcentaje del gasto público total ha experimentado un ligero aumento en los últimos decenios.
- El gasto privado en salud sigue siendo una parte importante del gasto total en salud y es superior al promedio mundial. La mayor parte de este gasto privado está compuesto de los pagos directos de los hogares para los servicios de salud, lo que repercute directamente en la protección financiera contra los gastos catastróficos y afecta desproporcionadamente a los hogares con ingresos menores. Por lo tanto, las brechas de cobertura y suficiencia en PSS reflejan estos déficits de financiamiento público.
- Urge abordar las deficiencias en materia de PSS mediante la movilización de recursos adicionales y suficientes. Las sociedades no pueden permitirse el lujo de no tener PSS, y deben invertir en sistemas de salud y protección social sólidos que respondan a las crisis – como la pandemia de COVID-19 –, a fin de garantizar la salud pública y proporcionar una vía para la recuperación económica equitativa ante situaciones de emergencia como esta.
- La movilización de recursos, en el contexto de la situación económica actual de la región, exige una combinación de diversas medidas que deben tener en cuenta las fuentes de ingresos existentes. Los ingresos tributarios representan una fuente importante y el ratio de impuestos como porcentaje del PIB, que es muy inferior al promedio de la OCDE, indica la necesidad de adoptar medidas para ampliar la base imponible. Los esfuerzos de registro de las empresas y de formalización del empleo pueden combinarse con una recaudación de impuestos saludable. Estos esfuerzos deben ir acompañados del aumento de la eficiencia de los sistemas de salud y protección social, a lo que podría contribuir la reducción de la fragmentación institucional.
- Las brechas de cobertura están relacionadas con los grandes déficits de financiamiento de la protección social, que han aumentado considerablemente desde el inicio de la crisis causada por la pandemia de COVID-19. En 2023, el gasto público total en protección social y en salud representó el 15,0 por ciento del PIB en América Latina y el Caribe, manteniéndose por debajo del promedio mundial (el 19,3 por ciento). Dados estos niveles de inversión, la región se enfrenta a un déficit de financiamiento que limita la posibilidad de garantizar un piso de protección social y hacer realidad los las metas 1.3 y 3.8 de los ODS.

- Las estimaciones disponibles indican que, para subsanar este déficit, el gasto público en América Latina y el Caribe tendría que aumentar aproximadamente 2,7 puntos porcentuales del PIB, de los cuales un punto porcentual debería orientarse a la salud. La lógica subyacente a una inversión conjunta y coordinada en salud y protección social, como unas políticas complementarias que tengan un impacto conjunto sinergético, es un aspecto bastante evidente. Aun así, en muchos países estas políticas compiten para obtener recursos, y es necesario reforzar una visión unificada para movilizar fondos.`

En este capítulo se examinan las tendencias del financiamiento de la PSS en América Latina. Además, se exploran las distintas vías que se han utilizado para garantizar una movilización de recursos adecuada, con vistas a orientar a los países que necesiten aumentar los recursos necesarios para lograr el objetivo de la cobertura universal en salud, sobre todo en vista de los cambios en el mundo del trabajo, las tendencias demográficas y otros aspectos que hacen que sea fundamental potenciar y fortalecer la seguridad financiera de los sistemas.

4.1. Aumentar el financiamiento público: una necesidad

4.1.1. El papel esencial del financiamiento público en salud

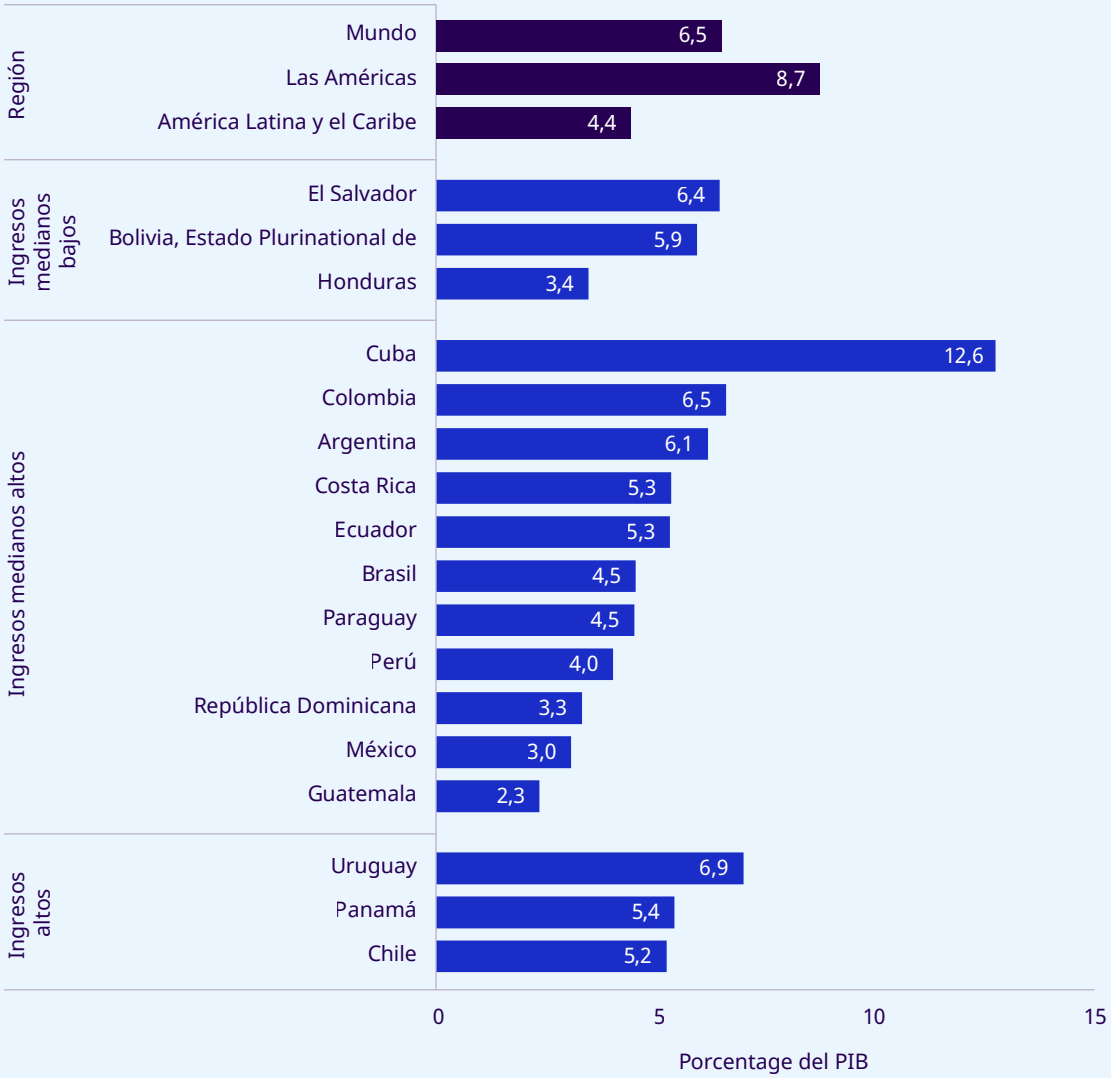
Tendencias del gasto público en salud

El gasto público en salud como porcentaje del PIB es un indicador importante que refleja, hasta cierto punto, la prioridad que se concede a la salud en un país (Savedoff, W.D., 2007). En la región, los Estados gastan apenas el 4,4 por ciento del PIB en salud, por debajo del umbral del 6 por ciento que establece la OMS[40] (gráfico 19). Este porcentaje es inferior al 3 por ciento en Guatemala, Haití y Venezuela.

© ILO

[40] Aunque la OPS considera que el umbral del 6 por ciento del PIB es una cantidad razonable que el Estado debe destinar al gasto en salud, el nivel adecuado de gasto depende de muchos factores, como el perfil epidemiológico, el nivel deseado de estado de salud, la eficacia de los insumos de salud adquiridos a los precios establecidos, así como como el valor relativo y el costo de otras demandas de recursos sociales.

Gráfico 19. Gasto nacional en salud de las administraciones públicas en proporción al PIB, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021 (en porcentajes)



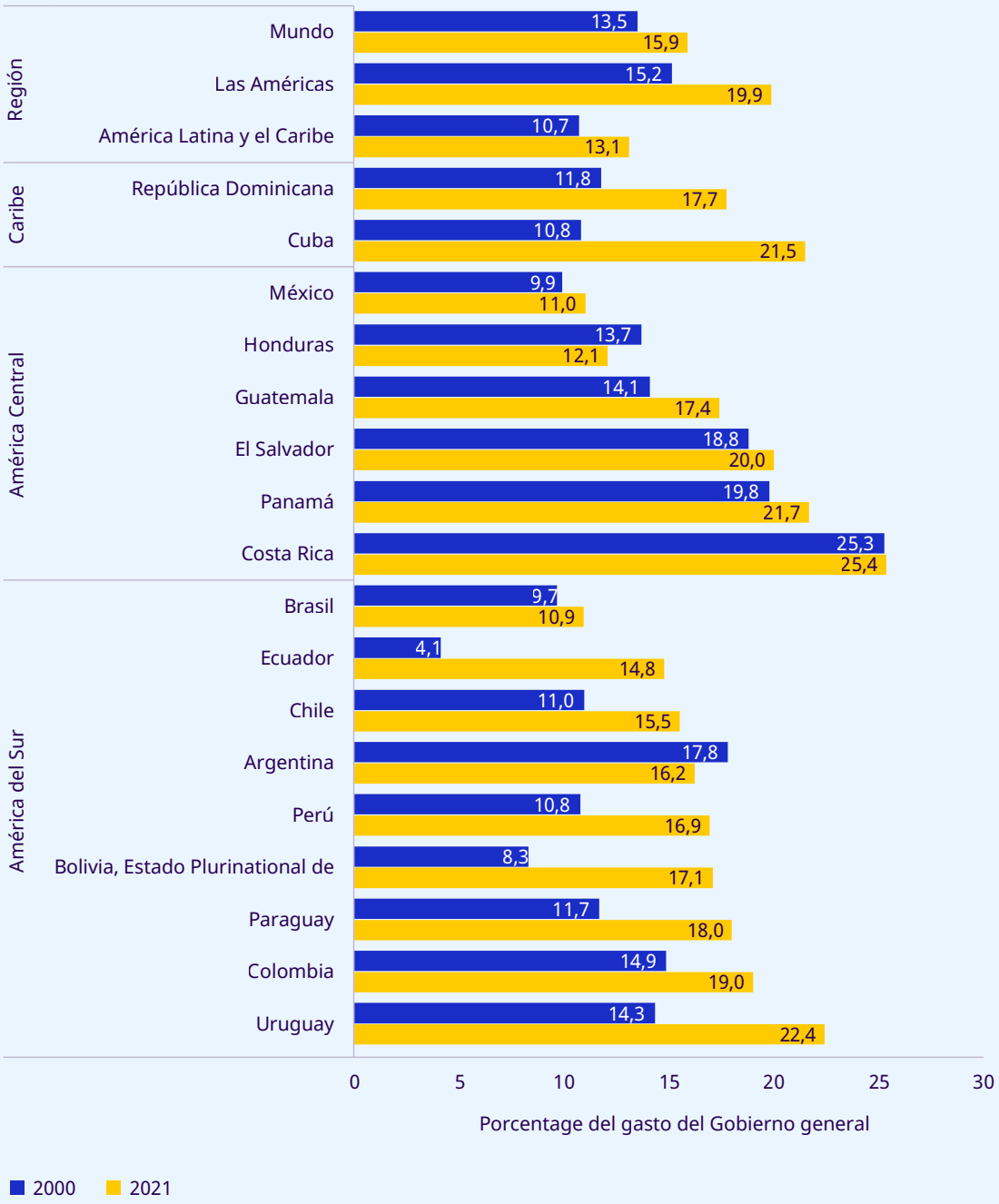
Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el PIB. Incluye el gasto en salud de los sistemas de seguridad social.
*Incluye el gasto en salud de los sistemas de seguridad social.

Fuente: Basado en datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y de la Base de datos mundial de la OMS sobre el gasto en salud.

Garantizar un financiamiento público adecuado de la salud, incluida la PSS, requiere apuntalar la sostenibilidad y previsibilidad de las fuentes de financiamiento. El gráfico 20 muestra la evolución del porcentaje del gasto público asignado a la salud. La mayoría de los países presentan un comportamiento sostenido al alza (Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, México, el Paraguay, Perú y Uruguay), aunque destacan Ecuador, Chile y Bolivia con los mayores incrementos. En los dos últimos decenios, Argentina ha experimentado descensos sostenidos en el porcentaje del gasto público destinado a la salud. También se identifican casos como el de Costa Rica, donde este gasto aumentó considerablemente entre 2000 y 2021, si bien en el último decenio ha retrocedido a su nivel registrado en 2000. Algunos países, como Panamá, presentan un comportamiento más estable durante los 20 años analizados. La tendencia general al aumento sigue la tendencia regional y mundial. Existen diferencias importantes entre los países en términos del porcentaje del gasto público asignado a la salud, pero, en conjunto, ese porcentaje es inferior al promedio mundial y

de las Américas. Aunque este porcentaje indica la importancia concedida a la salud en la inversión pública, también puede reflejar la eficiencia de dicha inversión, o estar influido por el nivel de presupuesto del Estado.

▶ Gráfico 20. Gasto nacional en salud de las administraciones públicas, como proporción del gasto del Gobierno general, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000 y 2021 (en porcentajes)



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el gasto del Gobierno general.

Fuente: Basado en datos de la Base de datos mundial de la OMS sobre el gasto en salud.

Importancia del gasto público en el gasto nacional en salud

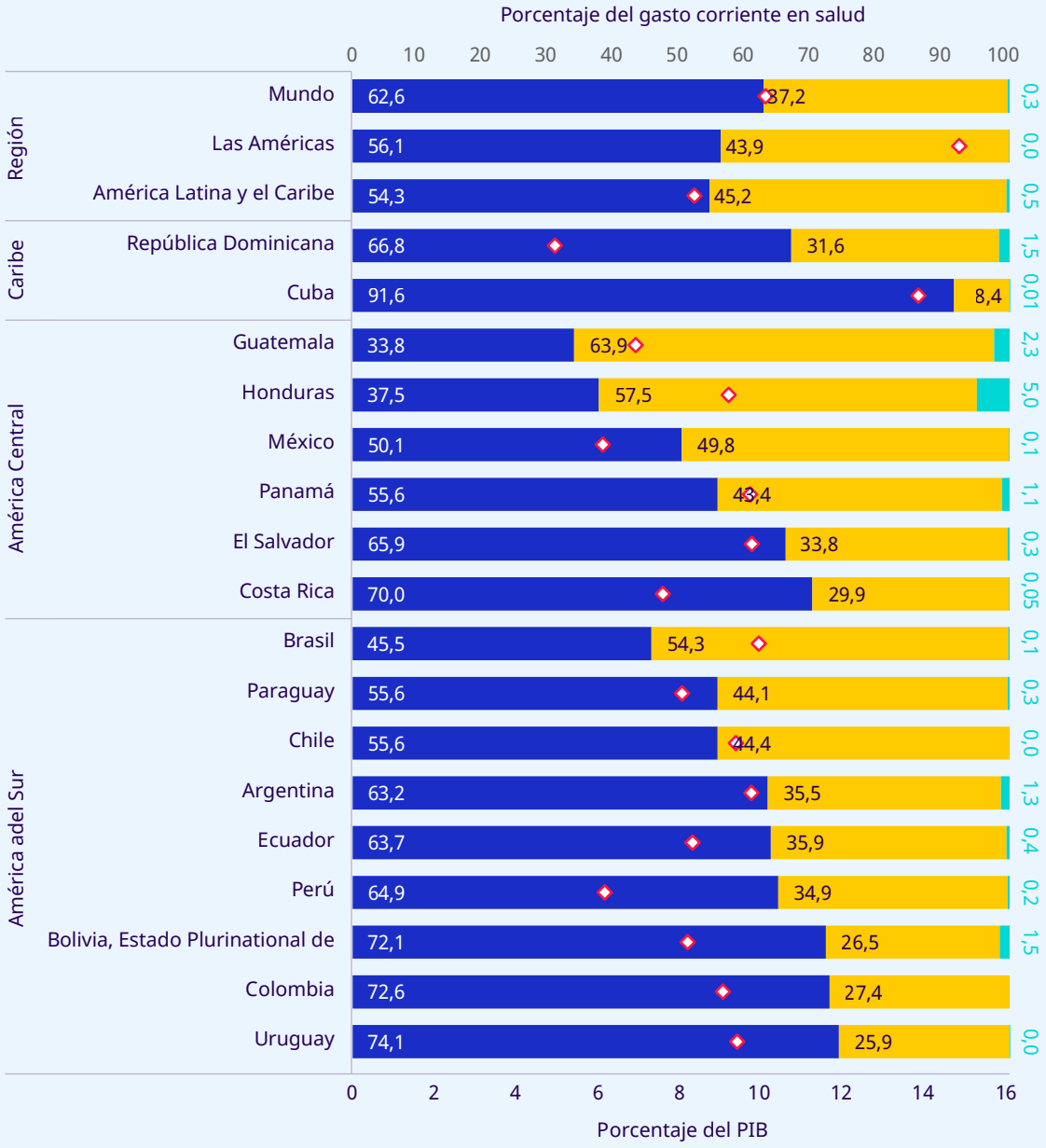
El gasto público se considera la fuente de financiamiento más adecuada, en consonancia con los principios de solidaridad en este ámbito y de responsabilidad general y principal del Estado consagrados en el Convenio núm. 102 y las Recomendaciones núms. 69 y 202 de la OIT. La parte relativa del gasto público en el gasto nacional en salud es un reflejo de los esfuerzos colectivos para ampliar la cobertura de salud y tratar de lograr la universalidad. La cantidad de recursos asignados a la salud como porcentaje del PIB, medida por el gasto corriente en salud, también revela el grado de prioridad que una población concede al sector de la salud (gráfico 21).

El gasto público en salud representa más del 62,7 por ciento (promedio mundial) del gasto corriente en salud en 17 de los 34 países y territorios de América Latina y el Caribe, y más de la mitad en 25. Destaca Cuba, este gasto público supera el 90 por ciento. Le siguen Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guyana y Uruguay, con porcentajes que superan el 70 por ciento. Existe una correlación entre la importancia del gasto público en el gasto corriente en salud y la protección financiera de la población (véase la sección anterior sobre protección financiera). El gráfico 21 ilustra asimismo que entre los países de América Latina en los que el porcentaje del gasto público en el gasto corriente es el más alto figuran todos los países que han logrado una visión unificada de sus políticas de PSS (Colombia, Costa Rica, Cuba y Uruguay), con excepción de Brasil. En Brasil, se ha establecido un régimen no contributivo, el SUS, financiado con recursos públicos como régimen universal. Aun así, la inversión pública es insuficiente (representa menos de la mitad del gasto corriente) para responder a las necesidades de toda la población y superar la desigualdad social, lo que conduce al crecimiento de un sistema privado paralelo. Para los hogares, existe una tendencia creciente a los pagos de bolsillo como parte del gasto corriente en salud, que aumentó del 21,8 por ciento en 2000 al 30 por ciento en 2020.

Los recursos públicos recaudados a nivel nacional suelen complementarse con recursos externos en los países de ingresos bajos. En este sentido, las normas de la OIT reconocen el importante papel de la cooperación y la solidaridad internacionales en el establecimiento de sistemas de PSS en países con recursos especialmente limitados. Sin embargo, a medida que los países alcanzan la situación de ingresos medianos, las fuentes de financiamiento externo tienden a disminuir, dejando que el financiamiento interno se encargue de garantizar la sostenibilidad. En la región, una parte reducida del gasto en salud procede de fuentes externas y solo supera el 5 por ciento en cuatro países (Haití, Santa Lucía, Dominica y Honduras). En relación con esto, destaca el caso de Haití, que depende en gran medida de la ayuda exterior.

Por su parte, los gastos privados en salud incluyen los gastos de bolsillo incurridos por los hogares, así como los seguros de salud privados contratados de forma voluntaria. Si se utilizan como mecanismo principal de financiamiento de los servicios de salud, estos gastos a cargo del usuario pueden suponer una carga financiera considerable para los hogares y una desigualdad en el acceso, debido a que no toda la población se encuentra en condiciones de afrontar esos gastos.

▶ **Gráfico 21. Gasto corriente en salud** (porcentaje del PIB) **por fuente de financiamiento, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2021**



Nota: Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el gasto corriente en salud y el PIB. No se dispone de datos para Colombia sobre el gasto externo en salud en 2021.

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos de la Base de datos mundial de la OMS sobre el gasto en salud.

4.1.2. Participación de los seguros de salud privados voluntarios en el gasto corriente en salud

Seguros comerciales

Con algunas excepciones, los seguros privados de salud contratados voluntariamente representan una pequeña fracción del gasto en salud en el mundo. En la región, se observa una tendencia similar, con un aporte promedio de los seguros de salud privados voluntarios, que representan el 8 por ciento del gasto corriente en salud, aunque, debido a su crecimiento y participación en algunos países con sistemas de carácter universal, denotan debilidades en el acceso que alientan a utilizar estos mecanismos privados, aunque sean duplicativos y a los cuales puede acceder normalmente una población limitada, con mayores recursos. El gasto en salud de los seguros privados voluntarios representa más del 10 por ciento del gasto corriente en salud en tan solo tres países de América Latina, a saber, Brasil y Venezuela (con casi el 30 por ciento) y Uruguay (en menor proporción).

Existen algunas características distintivas de los seguros de salud privados voluntarios que socavan su capacidad para contribuir a la equidad o a una protección financiera eficaz. Por lo general, las contribuciones financieras son primas de riesgo individual, lo que significa que las cantidades que deben pagarse dependen del estado de salud de las personas y de los riesgos identificados, y no de su capacidad de pago. La práctica de seleccionar a la clientela en función de su buen estado de salud o de su perfil de bajo riesgo en salud para aumentar la rentabilidad de la aseguradora (conocida como *cream skimming*) es habitual. Por ello, las personas adultas mayores o con enfermedades preexistentes no suelen tener posibilidad de contratar seguros privados, o deben hacerlo a un costo elevado. Las primas también suelen ser elevadas o los beneficios limitados debido a su alcance o a sus criterios de elegibilidad, porque las aseguradoras privadas suelen ser empresas con ánimo de lucro que tienen accionistas y cuyo rendimiento se mide por los beneficios generados. Para reducir los riesgos de selección adversa, suelen aplicarse periodos de espera antes de que las personas afiliadas puedan acceder a los servicios. Los seguros de salud privados también pueden dar lugar a costos de atención más elevados cuando contemplan prestaciones accesorias o adoptan métodos y niveles de pago a proveedores menos eficientes que los mecanismos públicos con amplia mancomunación de riesgos.

Al nivel mundial, el seguro de salud privado voluntario se utiliza fundamentalmente para proporcionar prestaciones suplementarias o complementarias a quienes pueden permitírselo. Como tal, no suele considerarse una herramienta para ampliar la cobertura primaria. La demanda y la cobertura de los seguros de salud privados crecen a medida que aumentan los ingresos de la población y el deseo de acceder a servicios privados de mayor alcance o con comodidades que no están cubiertas por los mecanismos públicos de PSS, como un menor tiempo de espera, la elección de profesionales en medicina o habitaciones privadas. Algunas veces, el aumento de la demanda de estos seguros también puede ser una señal de insuficiencia del conjunto de prestaciones ofrecido por el sistema de PSS, lo que pone de relieve la importancia de las revisiones periódicas y de la ampliación progresiva de los conjuntos de prestaciones a medida que los países se desarrollan económica y tecnológicamente. Aunque el seguro privado puede colmar estas brechas, no es un mecanismo de redistribución. Por lo tanto, no fomenta la solidaridad ni la igualdad, y puede contribuir a reforzar las desigualdades de acceso, sobre todo si la búsqueda de esas opciones obedece a las limitaciones del sistema y no solamente a una elección de personas con mayores recursos.

En América Latina, además de su papel complementario, el seguro privado desempeña un papel sustitutivo en algunos países para algunos grupos de la población (por ejemplo, en Argentina, Chile y Perú) y un papel duplicativo importante en Brasil. En este contexto, también es necesaria la supervisión gubernamental para garantizar la protección de los consumidores, así como normas estrictas para garantizar que no se permita a los afiliados salir del sistema nacional, lo que iría en detrimento de los mecanismos públicos de mancomunación de riesgos:

- En Brasil, que apostó por un SUS universal y financiado con impuestos, el peso de los seguros privados de salud ha aumentado, y un creciente porcentaje de la población de ingresos medianos y altos apuesta por esa modalidad. Se trata del país de la región con el mayor porcentaje de la población asegurada de forma privada (el 25,8 por ciento en planes médicos y hospitalarios), con el pago de seguros voluntarios o planes para empleados que, junto con los gastos de bolsillo, en 2020 representó el 52 por ciento del gasto corriente en salud, un 5,4 por ciento del PIB. Esta

creciente incidencia de los seguros privados duplicativos se traduce en riesgos financieros para el régimen público en dos sentidos. En primer lugar, las primas que pagan los hogares y las empresas para este seguro duplicativo son recursos que no van destinados al mecanismo público de aseguramiento del riesgo en salud en Brasil, que es el SUS. En segundo lugar, dado que el SUS sigue estando disponible para las personas cubiertas por un seguro privado, tampoco está claro que reduzca en gran medida la carga en el SUS, y nada impide que los pacientes con los casos más complicados y caros se remitan al SUS.

- En Argentina, las Empresas de Medicina Prepaga tienen la obligación legal de brindar las prestaciones incorporadas en el PMO, pero también ofrecen planes más completos que incorporan prestaciones adicionales y mejor hotelería hospitalaria. Los grupos de la población con mayores recursos suelen acceder a estas entidades. Como consecuencia, el gasto de los hogares en salud muestra notables diferencias al analizar su distribución a lo largo de los quintiles de ingreso per cápita. Solo los hogares que se agrupan en el quinto quintil de la distribución del ingreso abarcan el 40,5 por ciento del gasto total en salud, y al sumarle el gasto del cuarto quintil, ambos acumulan el 64,3 por ciento del gasto, mientras que el primer quintil solo abarca el 7,6 por ciento del gasto total. Además, en el caso de Argentina, las personas pueden llevarse su aporte a la seguridad social como parte del pago de un plan de medicina prepaga, lo que debilita enormemente la escasa solidaridad del sistema y la mancomunación de riesgos.

Seguros de salud comunitarios

El seguro de salud comunitario suele caracterizarse por la afiliación voluntaria y las aportaciones económicas de los miembros con una mancomunación de riesgos definida, organizada y gestionada a nivel comunitario o entre un pequeño grupo de personas. No suele tener ánimo de lucro. Algunos países de la región han implantado diversos modelos, a menudo por mandato público, y ejecutados o apoyados por ONG. Estos pretenden llenar un vacío en los sistemas nacionales de seguro de enfermedad, y permitir que las personas o los hogares desprotegidos, en su mayoría con ingresos limitados y dependientes de empleos informales, accedan a la protección financiera en caso de enfermedad o maternidad.

En América Latina, no parece un modelo extendido, aunque existen algunos casos. Por ejemplo, en Paraguay, existe el Sistema de Ayuda Mutua Hospitalaria, que brinda servicios de salud a la población indígena del Chaco en su propia comunidad y en puestos de salud en los centros urbanos. Su financiamiento proviene de los aportes realizados a las Cajas de forma solidaria entre los contribuyentes (el 10 por ciento del sueldo bruto aportado por el empleador y 5 por ciento del mismo por el trabajador). En el caso de las personas ocupadas en la agricultura indígena que no son asalariadas, el aporte es del 5 por ciento de sus ingresos brutos, mientras que los productores de las manualidades y artesanías indígenas pagan el 5 por ciento de los ingresos percibidos. En su mayoría, los ejemplos de mutuas y otros organismos de la economía social y solidaria son más bien entidades a las cuales se delegan algunas de las funciones administrativas de los regímenes de PSS (como en Uruguay o Colombia) o a las cuales se asignan recursos en salud (por ejemplo, como las cooperativas de salud en Costa Rica o Uruguay).

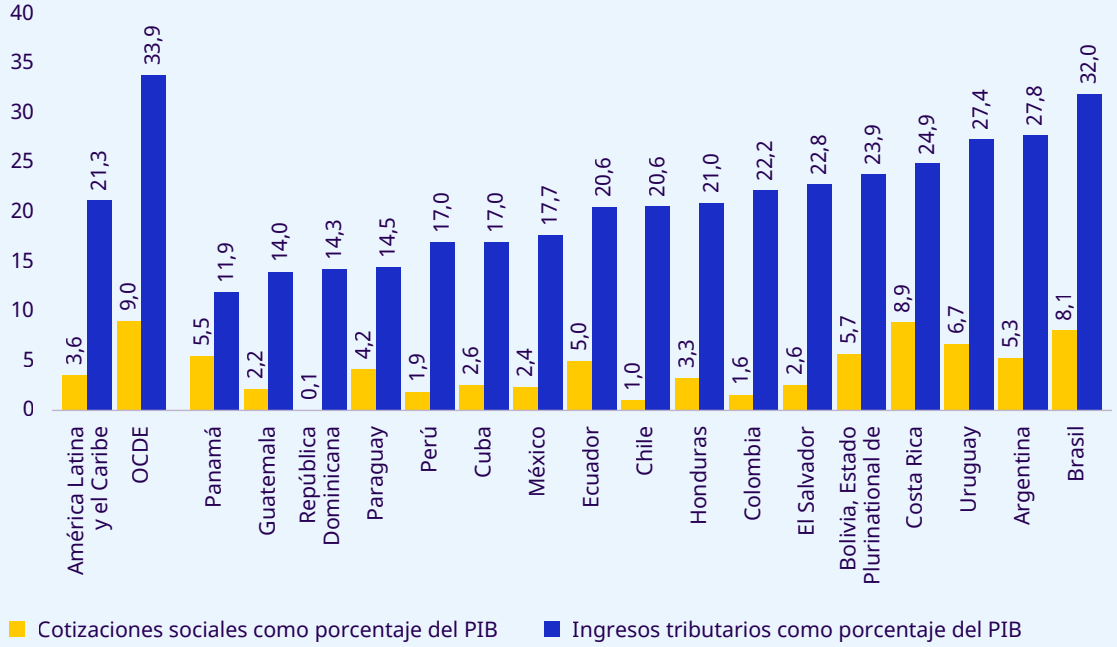
4.2. Estrategias para la movilización de recursos

A pesar de la tendencia al aumento del gasto público, el gasto privado en salud – incluidos los gastos de los hogares por cuenta propia – sigue representando una parte importante del gasto en salud. Además, el envejecimiento de la población en la región afecta cada vez más al gasto futuro en salud. Esto sugiere que es necesario abordar urgentemente las deficiencias en materia de PSS mediante la movilización de recursos suficientes y adicionales. Los argumentos según los cuales la PSS no es asequible (desde el punto de vista financiero) para los países de ingresos bajos y medianos parecen ser convincentes. De hecho, las sociedades no pueden permitirse el lujo de no tener PSS, y deben invertir en sistemas de salud y protección social sólidos que respondan a las crisis – como la pandemia de COVID-19 –, a fin de garantizar la salud pública y proporcionar una vía para la recuperación económica equitativa ante situaciones de emergencia como esta. A medida que aumentan los ingresos y se dispone de recursos, es necesario adaptar las políticas, las leyes y las instituciones para garantizar que se asignen adecuadamente, a fin de cumplir los compromisos nacionales de proporcionar una cobertura adecuada de PSS, en particular mediante el aumento del espacio fiscal, que se define como los recursos disponibles como resultado de la exploración y utilización activa de todas las posibles fuentes de ingresos por parte de un estado (Ortíz *et al.* 2015).

4.2.1. Incrementar los ingresos tributarios

Como se ha comentado en la sección anterior, los ingresos tributarios constituyen la fuente de financiamiento más sostenible para el PSS. En el mundo, para la mayoría de los países, los impuestos y las cotizaciones a la seguridad social son las principales fuentes de financiamiento público de las políticas sociales, sobre todo a medida que disminuye la ayuda exterior. En la región, el ratio de impuestos como porcentaje del PIB presenta un promedio del 21,3 por ciento y tiene valores inferiores al 20 por ciento en casos como Guatemala, México, Panamá, Paraguay o Perú entre otros (gráfico 22). Estos valores son inferiores a los de los países de la OCDE que presentan ingresos promedio como porcentaje del PIB del 34 por ciento para el año 2022.

Gráfico 22. Ingresos tributarios y las cotizaciones sociales, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2023 o año anterior más reciente con datos disponibles (porcentaje del PIB)



Fuente: Estadísticas de ingresos en América Latina y el Caribe 1990-2022. Datos de la OCDE.

Si existe una voluntad política firme, aumentar los ingresos públicos no es inalcanzable. Para lograrlo es necesario emprender reformas fiscales adecuadas, no sólo para aumentar los ingresos tributarios, sino también para reducir las desigualdades en la renta, mejorando la progresividad. Para ello es necesario reducir la dependencia de los impuestos indirectos, que suelen ser regresivos, y reforzar los impuestos directos. Algunos países han movilizado con éxito recursos públicos para extender la cobertura de la PSS a su población de forma sostenible e incorporarla a la legislación.

Entre las opciones disponibles, distribuir la contribución al presupuesto de salud, incluida la PSS, entre varios niveles del Estado puede ser una estrategia, aunque exige mecanismos de normalización al nivel nacional para asegurar la equidad y la redistribución entre las zonas geográficas. Un caso particular es Bolivia, donde los impuestos financian prestaciones del tercer y cuarto nivel en el ámbito público; los fondos de los Estados autónomos municipales financian la atención de salud en el primer y segundo nivel. En Brasil, se ha establecido un régimen no contributivo financiado con recursos públicos del Estado Federal, de los Estados y de los municipios, que comparten responsabilidades en lo que respecta al financiamiento y la gestión del SUS como régimen universal. Aun así, existen problemas de coordinación entre los niveles, y el modelo tripartito necesita fuentes diversas que se deben establecer e integrar en un complejo equilibrio de gestión entre esferas de Estado.

Entre otras opciones, los ingresos asignados con fines concretos desempeñan un papel importante en el financiamiento de la PSS. Esos ingresos se presentan como impuestos específicos (por ejemplo, impuestos saludables que se asignan por ley a programas de salud) o cotizaciones sociales. Los argumentos a favor y en contra de la asignación de fondos con fines concretos son numerosos. Las políticas de asignación de fondos pueden variar en función de los contextos nacionales, las prioridades políticas y los procesos presupuestarios, a fin de garantizar resultados positivos. El impacto fiscal y de gestión de las finanzas públicas de los ingresos asignados a la salud, inclusive a la PSS, deben analizarse cuidadosamente y, en general, suelen complementar otros recursos. Sin embargo, este tipo de asignación de fondos permite a los ministerios de Salud y a las instituciones de seguridad social beneficiarse de ingresos estables. Protege a las instituciones frente al riesgo de una asignación insuficiente en caso de que la política y el proceso presupuestario no estén bien alineados, o de que haya intereses políticos en juego, y participa en una mayor rendición de cuentas. Al mismo tiempo, sigue siendo necesaria una combinación de financiamiento que garantice que los sistemas de PSS dispongan de ingresos suficientemente diversificados para garantizar su sostenibilidad y equidad.

Aumentar los ingresos por cotizaciones a la seguridad social

Las cotizaciones sociales a los regímenes de PSS son contribuciones financieras nominales destinadas a un fondo o institución específico, que goza de autonomía para la administración de dichos fondos, usualmente en el marco de una gobernanza participativa. Las cotizaciones a la seguridad social pueden recaudarse de los trabajadores o de grupos de la población más amplios, las empresas y el Estado, y se calculan en principio de tal manera que cada persona pague en función de su capacidad contributiva, mientras que los derechos a las prestaciones son iguales para todas las personas cubiertas, con arreglo al principio de solidaridad en el financiamiento. En teoría, las cotizaciones a los seguros de salud se destinan explícitamente a cubrir el gasto en salud y aliviar la carga de los costos de salud de los hogares, mediante la redistribución y la mancomunación. Tienen carácter redistributivo en la medida en que permiten transferencias de las empresas y la fuerza de trabajo a la población más amplia, de las personas sanas a las personas enfermas o incapacitadas para el trabajo, y entre generaciones. Las cotizaciones a la seguridad social, según las orientaciones proporcionadas por las normas de la OIT, deben fijarse de forma que garanticen la equidad y la solidaridad y, por lo tanto, sean progresivas. En la mayoría de los países de América Latina existe una fragmentación del aseguramiento en salud que no permite que las cotizaciones sociales para la PSS logren su potencial redistributivo, debido a la falta de una amplia mancomunación de riesgos, a lo que se suman los altos niveles de informalidad, que impiden cotizar a un porcentaje considerable de trabajadores.

Históricamente, los modelos de financiamiento solían denominarse «modelo Bismarck» y «modelo Beveridge», en referencia a los esquemas nacionales de financiamiento adoptados por Alemania y el Reino Unido (OIT, 2021f). Los rasgos distintivos que solían diferenciar estos dos modelos eran esencialmente la fuente de financiamiento y la forma en que se obtenían los servicios, ya fuera a través de la prestación directa de servicios o de la contratación de proveedores. En el modelo Bismarck, las empresas, los trabajadores y el Estado cotizaban obligatoriamente a un régimen del seguro social de salud bajo gobernanza participativa, que financiaba el acceso de la población cubierta (la fuerza de trabajo, los pensionistas y sus familias) a los proveedores de atención de salud públicos y privados, como en Costa Rica. En el modelo Beveridge, el acceso a servicios de salud gratuitos o subsidiados estaba garantizado en gran medida para toda la población dentro de una red de proveedores financiada y gestionada directamente por el Ministerio de Salud, como en Brasil o Cuba, y financiada con recursos de ingresos generales. Con pocas excepciones, estos modelos no se ajustan de manera precisa a la realidad del financiamiento y a los acuerdos institucionales adoptados en la mayoría de los países, incluidos los de la región de América Latina, donde estos modelos conviven en paralelo, lo que fomenta la fragmentación y la falta de una visión unificada de la PSS.

En la práctica, la combinación de la seguridad social y de los ingresos fiscales para el financiamiento de la PSS puede adoptar varias formas, por ejemplo:

- En muchos países, las intervenciones de prevención y de salud son financiadas en parte o en su totalidad por el presupuesto general del Estado. Por ejemplo, en Costa Rica, a pesar de que a la CCSS canaliza casi todo el flujo, el Ministerio de Salud financia con impuestos ciertos programas, con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

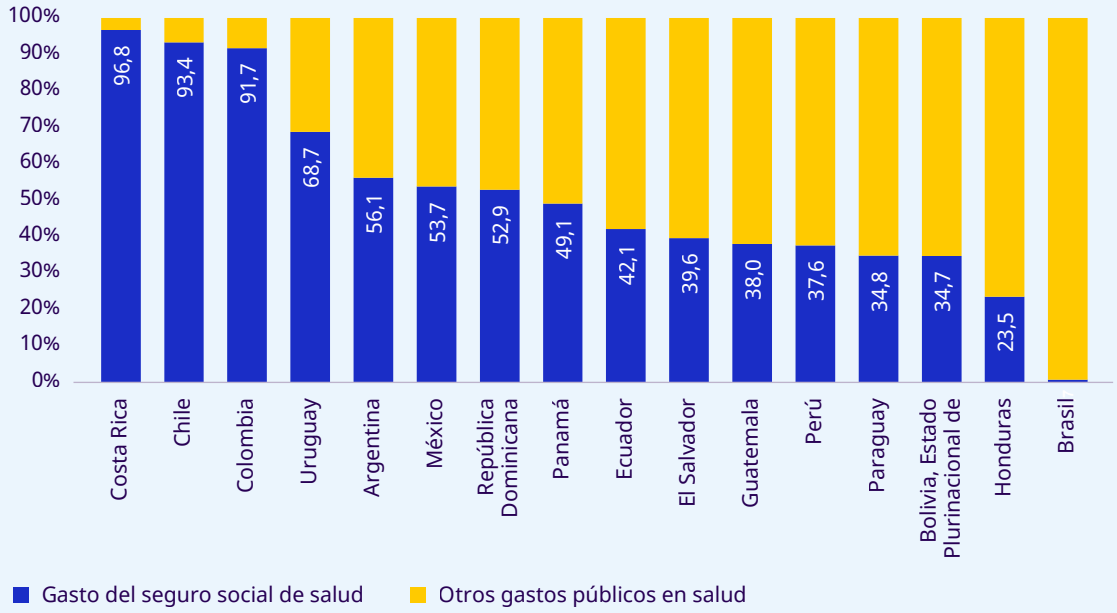
- Los ingresos fiscales se utilizan para subsidiar la seguridad social de determinadas categorías de la población. Por ejemplo, Colombia gestiona ambos tipos de fuente en el ADRES, y apoya el régimen subsidiado para determinados grupos de la población, pero tiene además una contribución solidaria de la población no pobre y no vulnerable que aumenta ese apoyo. En Costa Rica, la escala de las cotizaciones sociales se complementa con subsidios estatales (recuadro 13).
- Existe un sistema contributivo con cierto nivel de copago, mientras que los ingresos fiscales se utilizan para cubrir los copagos de la población más pobre y vulnerable o de grupos específicos de la población. Por ejemplo, en Chile se financia un sistema de Copago Cero a través del FONASA, aunque también se utilizan fondos de cotizaciones obligatorias junto con los fondos fiscales para aumentar ese subsidio.

Recuadro 13. Subsidios a las cotizaciones sociales para categorías de trabajo vulnerable en Costa Rica

En el caso del seguro de salud obligatorio para las personas trabajadoras independientes en Costa Rica, existe una escala contributiva, complementada con subsidios estatales. Así, se determina un porcentaje de contribución global que se reparte entre la persona cotizante y el Estado, de tal modo que cuanto menor sea la capacidad contributiva, mayor subsidio estatal y viceversa. La escala establecida tiene cinco tramos basados en una escala de ingresos determinada por el salario mínimo legal (SCIJ, 2023). Todos los tramos tienen una cuota conjunta del 12 por ciento. En el tramo más bajo, el aporte de la persona afiliada es del 2,89 por ciento de su ingreso presuntivo, mientras que el Estado aporta el 9,11 por ciento. Cuando se trata de niveles más elevados de ingresos, la relación se invierte, de tal manera que el trabajador independiente aporta el 10,59 por ciento y el Estado el 1,31 por ciento restante. Las experiencias internacionales en las que el Estado no iguala esta cotización individual han tenido relativamente poco éxito a la hora de expandirse, debido a que puede ser inasequible para las personas trabajadoras por cuenta propia al tener que abonar tanto los importes de cotización de los trabajadores como los de las empresas. Las principales innovaciones de la seguridad social costarricense en esta materia son la marcada presencia estatal en el subsidio de las cotizaciones orientada a los trabajadores de ingresos bajos y el establecimiento de tramos de subsidio, para impulsar así la inclusión de los grupos que necesitan más protección social (Durán-Valverde, F. *et al.* 2013).

El peso del seguro social de salud en el gasto público en salud supera el 50 por ciento en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México y la República Dominicana (gráfico 23). Aun así, en la mayoría de los países de la región este aporte casi siempre se combina con gastos por otras fuentes de financiamiento público, o es minoritario.

▶ **Gráfico 23. Gasto del seguro social de salud como porcentaje del gasto público en salud, países y territorios de América Latina con datos disponibles, 2022**



Fuente: Base de datos mundial de la OMS sobre el gasto en salud.

Algunos países introdujeron esquemas para subsidiar cuotas diferenciadas a determinados grupos de la población, pero a partir de recursos derivados de todo el sistema, especialmente los aportes obligatorios contributivos tripartitos. En Ecuador existe el ejemplo del Seguro Social Campesino. Este cubre a los pescadores artesanales y la población rural, con prestaciones de salud para la persona jefa de familia, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos, hijas y familiares a su cargo. Forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, pero gestiona aparte un fondo presupuestario, el cual está compuesto de diversas fuentes, entre ellas principalmente el aporte solidario del Seguro General Obligatorio, una parte de contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte de todo el Sistema Nacional de Seguridad Social, la contribución estatal y otras, junto con un aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino (ley de Seguridad Social, 2001 y su última reforma de 2024).

En algunos países, los regímenes de seguro social de salud recaudan automáticamente las cotizaciones obligatorias sobre la nómina de personas trabajadoras y empresas. Aunque esto resulta sumamente cómodo para la autoridad gestora, la eficacia de la recaudación de cotizaciones suele limitarse a la economía formal, que cumple la normativa fiscal, pero resulta más costosa cuando se trata de ampliar la cobertura a unidades empresariales más pequeñas. Del mismo modo, aunque esta vía de financiamiento garantiza un volumen considerable de ingresos con relativa facilidad, también es vulnerable a las fluctuaciones del mercado laboral y a las contracciones del empleo. En cualquier caso, para lograr una cobertura universal, las cotizaciones sociales deben considerarse como una posible contribución a una visión unificada de la PSS en la que existen puertas de entrada para la cobertura tanto no contributiva como contributiva, y en la que el componente contributivo está coordinado con esfuerzos más amplios de formalización que van más allá de las políticas de salud y protección social.

Recaudación de ingresos con fines específicos, incluidos los impuestos saludables

Los impuestos saludables son impuestos selectivos al consumo de productos nocivos para la salud, tales como el tabaco y las bebidas alcohólicas y azucaradas. Estos impuestos tienen como objetivo reducir el consumo de estos productos y, como consecuencia, reducir la incidencia de las enfermedades no transmisibles que conllevan y también los costos para los sistemas de salud y los regímenes de PSS. Desde esta perspectiva, son herramientas de políticas de salud pública intersectorial y pueden lograr, mediante cambios de comportamiento, la prevención de condiciones socialmente costosas.

Algunos países han optado por destinar la totalidad o parte de los ingresos generados por estos impuestos saludables al sector de la salud y la protección social:

- **Ingresos para regímenes de PSS subsidiados:** el Régimen subsidiado de Colombia se financia fundamentalmente con recursos fiscales del Estado nacional, incluidos impuestos específicos para el tabaco, las bebidas alcohólicas y la lotería; en 2010, se incrementaron considerablemente para financiar la unificación del plan de prestaciones, la universalización del aseguramiento en salud y otras necesidades del sector. En República Dominicana, el Régimen subsidiado se financia con aportes estatales, que incluyen como fuente de financiamiento los impuestos a premios mayores y juegos de azar.
- **Ingresos para programas de prevención específicos o para el sector de la salud en general:** en Guatemala, el 15 por ciento – como mínimo – de la recaudación del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas se destina a programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud. En el caso del impuesto al tabaco, el 100 por ciento de la recaudación se destina al financiamiento de la salud. En Panamá, el 50 por ciento de la recaudación del impuesto selectivo al consumo de productos del tabaco se asigna al MINSA para actividades de prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco a través de instituciones especializadas. En el caso del impuesto de transferencia de bienes corporativos muebles y la prestación de servicios sobre el tabaco, del 15 por ciento que significa el impuesto, 5 puntos porcentuales se destinan al Instituto Oncológico Nacional. En este mismo país, el 5 por ciento del impuesto selectivo al consumo sobre la demanda de cerveza se asigna al Instituto Nacional de Salud Mental para el Centro de Estudios y Tratamiento de Adicciones. La totalidad del impuesto selectivo al consumo de bebidas azucaradas – excepto lo recaudado en concepto de bebidas gaseosas – se asigna al MINSA, al Instituto Oncológico Nacional y a programas de clínicas públicas para pacientes diabéticos. En El Salvador, el Fondo Solidario para la Salud es una entidad con autonomía administrativa y financiera, adscrita al Ministerio de Salud, que tiene por objetivo la creación de programas para ampliar la cobertura de salud, diseñar y ejecutar programas para atender las necesidades básicas en salud, poniendo énfasis en la población vulnerable, entre otras tareas. Se financia con recursos fiscales definidos por el Ministerio de Hacienda y por el incremento anual de la recaudación por la producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares.

A pesar de estos esfuerzos, la mayoría de las cuotas de los impuestos sobre el tabaco siguen estando por debajo del umbral recomendado por la OMS del 75 por ciento del precio al por menor (OCDE 2024).

Estos impuestos tienen el potencial de generar una fuente diversificada de ingresos para la salud, incluida la PSS. Los impuestos saludables son una herramienta interesante por su doble función. Generan ingresos, pero también tienen una finalidad de salud pública relacionada con el cambio de comportamiento. Esto significa que, cuando se produzca el cambio de comportamiento esperado, los ingresos procedentes de esos impuestos disminuirán con el tiempo, a menos que aumenten las tasas de impuestos. Los impuestos saludables deben diseñarse cuidadosamente para garantizar el respeto de los principios de solidaridad en el financiamiento, y la equidad. En efecto, el tabaco, el alcohol y los alimentos de mala calidad suelen consumirse enormemente en los hogares de ingresos bajos y medios, de modo que gravar fuertemente estos productos puede considerarse regresivo. Es crucial garantizar que el alcance y el nivel de esos impuestos no supongan una carga injusta para los hogares con ingresos más bajos, ni refuercen los sistemas fiscales que ya se basan casi exclusivamente en impuestos al consumo dirigidos a los hogares, que tienden a ser regresivos. Si bien los impuestos específicos al consumo pueden ser herramientas para recaudar fondos o desincentivar el consumo de bienes nocivos (véase la sección siguiente), en América Latina sus desventajas se magnifican debido a la profunda desigualdad, la prevalencia de la economía informal y las debilidades institucionales de los países, pudiendo incluso generar efectos no deseados, como una mayor regresividad de la tributación e ineficiencia (CEPAL, BID y OCDE 2025).

Por último, cabe destacar que Cuba estableció un sistema para recaudar ingresos dirigido a su sistema de salud, utilizando el turismo y la cooperación internacional en salud que proporciona el país. Desde 2011, existe la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos (CSMC S.A.), una empresa encargada de comercializar los servicios médicos y académicos; se encarga de la exportación de servicios profesionales médicos y de salud cubanos y el aseguramiento del turismo en salud. La empresa ofrece servicios de salud asociados a productos ópticos, farmacéuticos y de medicina natural y tradicional; servicios médicos y de salud en frontera; servicios de salud para bienestar y calidad de vida en Cuba; servicios profesionales médicos y de salud en el exterior; servicios académicos, docentes y de eventos dentro del perfil de la salud, y servicios médicos asistenciales en Cuba.[41]

4.2.2. Aumento de la eficiencia

Estrategias para aumentar la eficiencia

Cuando los fondos públicos para la PSS son limitados y la cobertura es incompleta, otra estrategia esencial es aumentar la eficiencia para lograr una mayor rentabilidad. Los datos disponibles indican que una gran parte del gasto en salud podría emplearse de forma más eficiente; por ejemplo, en los países de la OCDE, hasta una quinta parte del gasto en salud podría aprovecharse mejor (OCDE 2017). Esto se materializa habitualmente en prácticas como ingresos hospitalarios o procedimientos innecesarios, tratamiento de enfermedades simples en hospitales de tercer nivel de atención de salud cuando podrían abordarse en el primer nivel, o prescripciones innecesarias de medicamentos. En América Latina, dada la fragmentación de los sistemas y la duplicación de regímenes, hay potencial para un mayor acceso a servicios eficaces dentro de la dotación existente de recursos asignados a la PSS.

La asignación de recursos más estratégica, que incluya la transición de los presupuestos por partidas (presupuesto histórico) o el pago por servicio a mecanismos de pago prospectivo, y una adquisición eficiente de productos farmacéuticos, también pueden lograr una mayor eficiencia. Por ejemplo, en Ecuador, la amplia red de establecimientos, la limitada oferta y capacidad en términos de infraestructura y talento humano, así como los problemas que plantea el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, han impulsado la introducción de mejoras en los mecanismos de abastecimiento y adquisición, tales como la subasta inversa corporativa de medicamentos, la externalización de farmacias y mejoras en los sistemas de información.

La reducción de la fragmentación y la duplicación de los regímenes de PSS, así como la armonización de los parámetros de cobertura, también pueden contribuir a lograr una mayor eficiencia. La modernización de la administración mediante la racionalización de los procesos empresariales contribuye asimismo a reducir los costos administrativos, así como las diferentes formas en que los países abordan la fragmentación de sus sistemas. En Brasil, desde la década de 1970, se ha tratado de superar la fragmentación, las desigualdades y la falta de cobertura mediante la creación del SUS, el reconocimiento constitucional de la salud como un derecho, y el establecimiento de fuentes claras de financiamiento. En Colombia, también se ha emprendido una importante reforma que ha implantado el aseguramiento universal en salud, y ha creado el régimen contributivo para los las personas trabajadoras de la economía formal y las personas jubiladas, y el régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable, aunque se han mantenido regímenes especiales para los funcionarios públicos. En Uruguay, la creación del FONASA como un fondo único en la primera década del siglo XXI permitió, entre otros aspectos, la incorporación de criterios de eficiencia en la gestión de los recursos y la asignación de recursos y contribuyó a la integración del sistema.

Argumentos económicos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

La promoción de la salud empodera a las personas para mejorar y aumentar el control de su salud, mediante actividades dirigidas a la población, que suelen centrarse en abordar los factores de riesgo conductuales, relacionados, por ejemplo, con la dieta, la actividad física, la salud mental, la prevención de lesiones y la salud sexual. La prevención ayuda a detectar o prevenir enfermedades y problemas médicos, reduciendo así las posibilidades de que aparezcan o se agraven. Incluye intervenciones colectivas e indi-

[41] Véase: https://www.smcsalud.cu/somos-smc.

viduales, tales como programas de inmunización, suplementos nutricionales y alimentarios y programas basados en pruebas para la detección precoz de enfermedades. En conjunto, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tienen como objetivo proteger, promover y mantener la salud y el bienestar, y reducir el riesgo de enfermedades, discapacidades y muerte. Contribuyen a abordar los determinantes sociales y las desigualdades en materia de salud.

Estas intervenciones no sólo contribuyen a la consecución del derecho a la salud y tienen una gran legitimidad desde el punto de vista humano, sino que también se sustentan en razones económicas. La inversión en prevención no solo reduce la carga de la enfermedad, sino que también genera beneficios económicos y sociales a largo plazo. Mantener a las personas sanas y reducir al mínimo la carga de la enfermedad contribuye a mantener bajo el costo de la atención de salud, pero también a disminuir los costos económicos globales derivados de la falta de intervención. Existen múltiples pruebas de la rentabilidad asociada a la prevención, como el desaliento del consumo del tabaco y el alcohol, la mejora de la calidad de la dieta de las personas, la promoción de las actividades físicas, en particular cuando se dirigen a la población adulta y a las personas de mayor riesgo, la prevención de los accidentes de tránsito o la lucha contra los peligros químicos ambientales. Es probable que una combinación de intervenciones genere beneficios adicionales para la salud (OMS 2015c).

Todos estos aspectos ponen de relieve la necesidad de reexaminar la utilización adecuada de recursos, incluida la importancia de la inversión en prevención, pero también a identificar las sinergias con las prestaciones monetarias de protección social a lo largo del ciclo de vida (capítulo 3). En efecto, la seguridad de los ingresos desempeña un papel importante en la prevención de condiciones como la malnutrición o la mala salud mental, que tienen repercusiones en una amplia gama de enfermedades. La inversión conjunta en programas de salud pública, de PSS y de prestaciones para garantizar la seguridad de los ingresos es esencial y puede generar sinergias en los procesos administrativos, así como en los resultados en materia de salud de las personas.

4.2.3. Financiamiento externo

En los últimos decenios, el financiamiento externo ha desempeñado un papel importante a nivel mundial, al proporcionar recursos a programas de salud basados en la población, como los programas de control de enfermedades verticales y las inmunizaciones, especialmente en los países de ingresos bajos. En particular, ha desempeñado un papel crucial en la contención de enfermedades infecciosas mediante el suministro oportuno de fondos para la prevención, la detección y el tratamiento gratuito para la población. Los canales verticales de financiamiento, a través de mecanismos mancomunados de adquisición a nivel mundial, también han permitido la reducción del costo de los medicamentos y los dispositivos costosos para los países de ingresos bajos y medios, mejorando así la eficiencia del gasto en salud. Sin embargo, este tipo de financiamiento depende de la evolución de las prioridades internacionales. Por lo tanto, no se considera una fuente sostenible de recursos, sino más bien una oportunidad para apoyar temporalmente a los países mientras movilizan progresivamente los recursos domésticos necesarios para financiar dichos programas (CEPAL 2025).

4.2.4. Aumentar los ingresos no asignados mediante la ampliación de la base impositiva y priorizar la salud

El aumento de los ingresos del Estado para poder asignar ulteriormente más recursos al sector de la salud, incluso a la PSS, puede lograrse con varias políticas e instrumentos.

Ampliación de la base contributiva mediante la formalización

Muchos países de América Latina registran elevadas tasas de empleo informal, y aunque en algunos países los niveles de informalidad giran en torno al 30 por ciento (como Chile y Uruguay), dichos niveles persisten, y en otros países los niveles se aproximan a los registrados en los países africanos, al superar el 80 por ciento. En estos países, movilizar fondos a través de las cotizaciones a la seguridad social puede ser difícil. Al mismo tiempo, la recaudación de fondos a través de los impuestos también es difícil, debido a que el tamaño de la economía informal influye en gran medida en la base imponible de las medidas

fiscales progresivas sobre la renta de los particulares y las empresas. Por lo tanto, los mismos países que registran altas tasas de empleo informal también suelen tener una capacidad limitada para movilizar recursos públicos a través de los impuestos. En relación con esto, además, existen trayectorias distintas. Algunos países históricamente han tenido tasas más altas de informalidad, y requieren un impulso para realizar la transición a la formalización (como Bolivia o Perú), mientras que, en otros, las tasas de informalidad han sido más bajas, pero han mostrado tendencias crecientes, lo cual requiere atención (como Uruguay o Costa Rica) (OIT 2023b).

Apoyar la formalización de la economía es una condición necesaria para garantizar el trabajo decente para todas las personas y la equidad, además de un requisito previo para ampliar los impuestos sobre los beneficios y sobre la renta. La Recomendación núm. 204 de la OIT establece estrategias y políticas que los países pueden desarrollar para apoyar este camino. La formalización de la economía es un proceso a largo plazo que requiere una compleja combinación de intervenciones bien coordinadas. La evaluación y el diagnóstico de los factores, las causas características y las circunstancias de la informalidad constituyen la base del desarrollo y aplicación de un marco legislativo y reglamentario para abordar la informalidad, basado en consultas tripartitas. Esto debe ir acompañado de la formulación y aplicación de políticas nacionales de empleo que promuevan puestos de trabajo decentes y productivos. Para facilitar la transición efectiva y oportuna de la economía informal a la economía formal se necesita una combinación de medidas preventivas e incentivos para el cumplimiento, la aplicación de la ley y sanciones efectivas, con miras a abordar la evasión fiscal y la elusión del pago de las cotizaciones a la seguridad social, las leyes y los reglamentos laborales. Esto requiere un esfuerzo más amplio en el que participen diversos ministerios, y también una firme voluntad política. Entre 2015 y 2023, de los 17 países de la región de América Latina y el Caribe que disponen de información, en ocho países se observó una disminución del porcentaje del empleo informal (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, México y Paraguay), mientras en seis países la informalidad aumentó (Argentina, Ecuador, Guatemala, Panamá, Perú y Uruguay), y en tres se mantuvo estable (Bolivia, República Dominicana y Santa Lucía) (OIT s. f.e).

Creación de nuevos impuestos

Además del impacto asociado a la formalización del trabajo, que es una fuente clave para el financiamiento de los regímenes de PSS en la mayoría de los casos, en general, los países de América Latina afrontan el reto de mejorar su situación fiscal en términos de ingresos, recaudación y gestión tributaria, para permitir fomentar y aumentar la sostenibilidad tanto de la PSS como de la política de inversión social en su conjunto. Incorporar nuevas fuentes forma parte de la discusión, aunque con importantes diferencias entre los diversos países.

Se pueden canalizar esfuerzos a la creación de nuevas fuentes de ingreso. En varios países de la región se mantienen algunos sectores no gravados; por ejemplo, en el sector financiero (transacciones y transferencias), se mantienen regímenes especiales de producción (como las zonas francas), algunos tipos de propiedad (sobre todo en los niveles más altos de ingresos), habituales en la OCDE, pero que representan un pequeño porcentaje del PIB en la mayoría de los países en desarrollo. Algunos países muestran una gran dependencia fiscal de los impuestos sobre los recursos naturales y las industrias extractivas (por ejemplo, en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México o Panamá), aunque con gran volatilidad debido al comportamiento del mercado mundial. También existen impuestos innovadores sobre sectores no gravados anteriormente, como los impuestos sobre la protección del medio ambiente (por ejemplo, en Costa Rica, el impuesto a los combustibles financia el Programa de Pago por Servicios Ambientales) y los impuestos sobre la lotería, establecidos en varios países, como Argentina, Colombia, Guatemala, México, Perú y otros.

Lucha contra la corrupción, la evasión fiscal y los flujos financieros ilícitos mediante la colaboración internacional y regional

La reducción de la evasión fiscal y la lucha contra las transacciones ilícitas son algunas de las estrategias que han sido objeto de renovada atención en tiempos recientes, en vista de la importancia y del enorme potencial para ampliar la base impositiva si se abordan. Además de los mecanismos que los países pueden establecer para facilitar el cumplimiento de la obligación de pago de impuestos a escala nacional, es necesaria la colaboración internacional y regional. La región ha sido líder mundial, con la adopción, en 1996, de la Convención Interamericana contra la Corrupción, ratificada por 33 países de la región, a cargo de la

Organización de los Estados Americanos (OEA 1996). Este fue el primer instrumento jurídico internacional sobre este tema. Además, en 2002 se adoptó el Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana contra la Corrupción (Estado de México 2013), como instrumento intergubernamental para apoyar la aplicación de las disposiciones de la Convención, mediante un proceso de evaluaciones recíprocas o mutuas entre los Estados, y en condiciones de igualdad.

En años recientes, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) ha establecido plataformas colaborativas de trabajo para la aplicación acelerada de la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (UNCAC). América del Sur y México es una de las cuatro plataformas regionales anticorrupción establecidas para hallar sinergias, facilitar el intercambio de buenas prácticas y fortalecer la coordinación (UNODC 2022). Esta ha obtenido logros concretos, como el aporte en el desarrollo de estrategias nacionales anticorrupción en Chile y Paraguay, así como la labor conjunta para el uso de la tecnología de la información en la detección de la corrupción junto a autoridades de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú.

Los países de la región han mostrado avances en la reducción de la evasión fiscal, tanto en el ámbito nacional – inversión en recursos humanos y financieros y en tecnologías de la información para fortalecer las agencias tributarias –, como en el internacional – reformas de sus legislaciones tributarias para el traslado de beneficios hacia otras jurisdicciones. Además, se pone de relieve una creciente participación a nivel regional en las principales iniciativas mundiales de transparencia e intercambio de información tributaria (Gómez-Sabaíni y Morán 2020).

La Declaración de Punta del Este del 2018 es un ejemplo reciente de colaboración, y cuenta hasta la fecha con 15 Estados miembros (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay). El objetivo de la iniciativa es aprovechar el potencial de la transparencia y el intercambio de información en la región para luchar contra la evasión fiscal, la corrupción y otros flujos financieros ilícitos, además de fortalecer la movilización de recursos domésticos, en el marco de la cooperación fiscal internacional (OCDE 2023). A raíz de esta iniciativa, en 2022 diez miembros de América Latina intercambiaron información sobre cuentas financieras; sin embargo, estos progresos siguen estando limitados a algunos países de la región. Otras iniciativas, como la primera Cumbre de América Atina y el Caribe para una tributación global incluyente, sostenible y equitativa, de 2023, proporcionan nuevos espacios de colaboración creados con el objetivo de acordar normas tributarias comunes para combatir los flujos financieros ilícitos y la evasión fiscal (OEA 2023). También se han creado espacios para el desarrollo de capacidades en el ámbito regional. En el 2018, mediante una colaboración entre la OCDE y la Administración Federal de Ingresos Públicos de Argentina, se creó una sede de la Academia Latinoamericana de la OCDE para la Investigación de Delitos Tributarios y Financieros en Buenos Aires (Argentina).

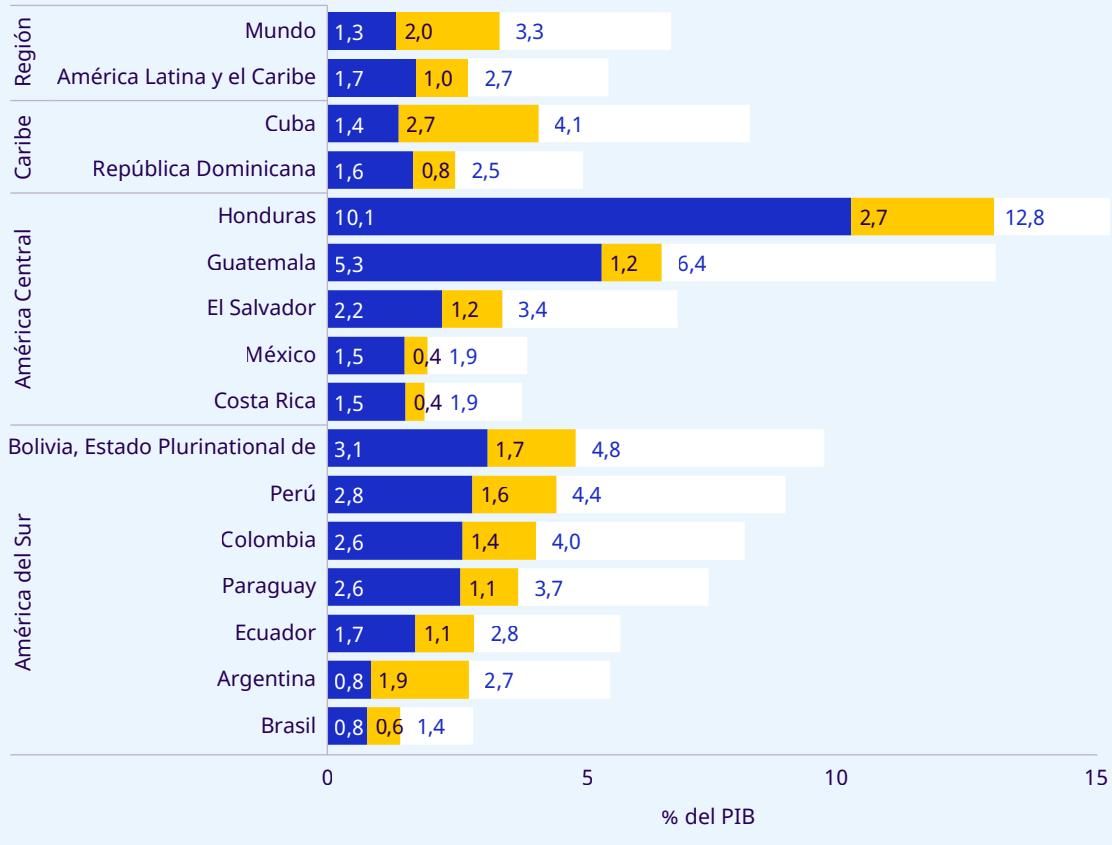
Priorización del sector de la salud

Además de los ingresos asignados y de la mejora en su recaudación, la disponibilidad de mayores recursos en los ingresos del Estado general permitiría expandir la PSS y las inversiones en el sector de la salud en general. Esto requiere priorizar el gasto en salud. El aumento de los recursos públicos puede que no beneficie al sector a menos que las políticas concedan prioridad al tema y que existan leyes al respecto que lo garanticen. Garantizar que los responsables políticos prioricen la salud en la asignación de recursos públicos es más fácil cuando la legislación prevé derechos explícitos relacionados con la PSS. En general, en la región se han establecido objetivos concretos de cobertura universal en salud en las Constituciones, leyes y reglamentos, con diferentes trayectorias y distintos problemas para la consecución de esas metas en la práctica. El análisis realizado en el presente informe indica que, en vista de las presiones fiscales y de las diversas crisis que ha afrontado la región en este siglo (la crisis de 2008-2009 o la pandemia de COVID-19, por ejemplo), es fundamental mantener y aumentar la prioridad política de la PSS en los debates y acciones de los países, no solo para cumplir estos compromisos ya establecidos en las normas, sino para adaptarlos a los nuevos retos que enfrentan los sistemas en todo el mundo, tales como los cambios laborales, demográficos, tecnológicos y epidemiológicos.

4.3. Una agenda común entre la salud y la protección social para movilizar recursos públicos

Las brechas de cobertura están relacionadas con los grandes déficits de financiamiento de la protección social, que han aumentado considerablemente desde el inicio de la crisis causada por la pandemia de COVID-19 (gráfico 24). En 2023, el gasto público total en protección social y en salud representó el 15,0 por ciento del PIB en América Latina y el Caribe, manteniéndose por debajo del promedio mundial (el 19,3 por ciento) (gráfico 25). Esta diferencia refleja limitaciones en la cobertura y suficiencia de los sistemas de protección social y de salud. América del Sur registra el mayor gasto (el 17,8 por ciento del PIB), con países como Cuba, Brasil y Uruguay, que superan el promedio mundial. En cambio, el Caribe (el 12,4 por ciento) y América Central (el 10,6 por ciento) presentan niveles más bajos de inversión. Por otro lado, la mayor parte de los recursos se concentra en las pensiones de vejez y los servicios de salud, mientras que áreas como la protección de la infancia, la discapacidad, la maternidad o el desempleo representan una menor proporción del gasto (OIT 2025c).

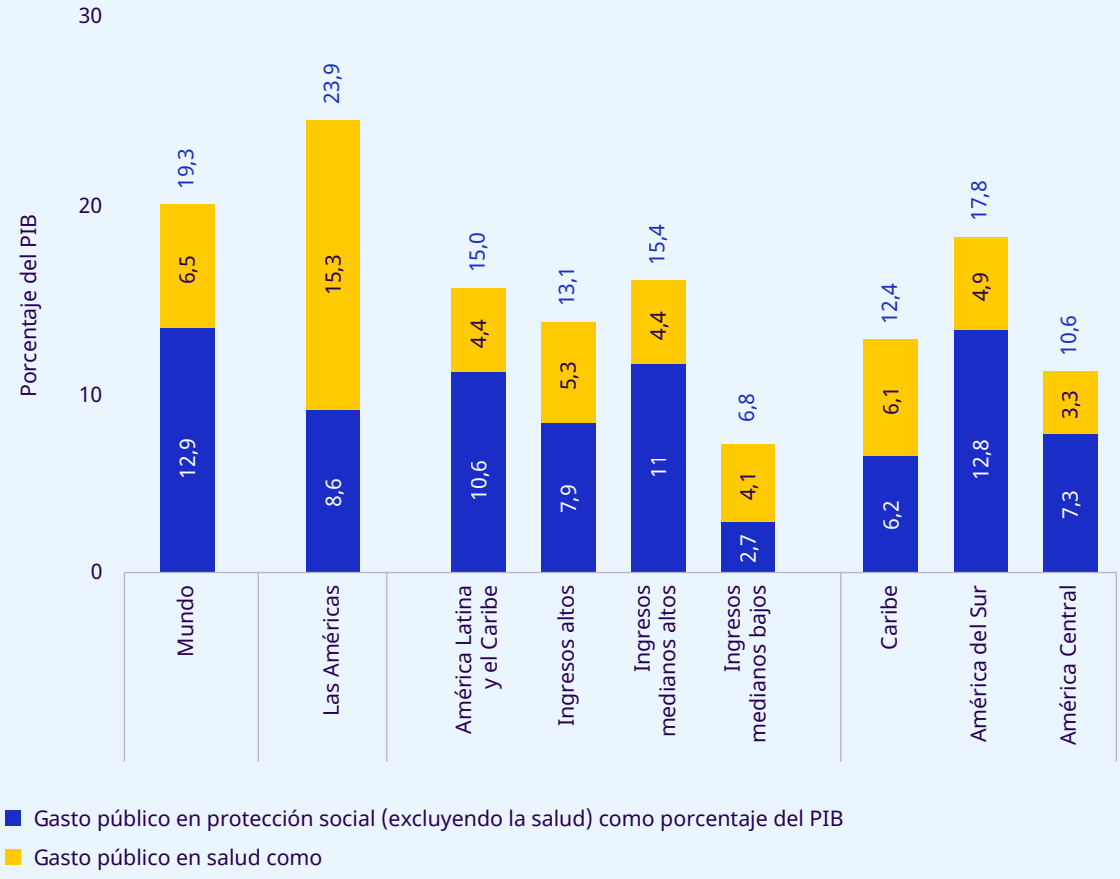
▶ **Gráfico 24. Déficit de financiación de las prestaciones de protección social** (cinco prestaciones monetarias) **y de las prestaciones sanitarias esenciales por año, en porcentaje del PIB, América Latina y el Caribe** (excluidos los países de ingresos altos)**, 2024**



Nota: Las prestaciones de protección social incluyen niveles mínimos de ayuda en metálico en caso de desempleo, vejez, maternidad, invalidez y niñez. Los agregados mundiales y regionales están ponderados por el PIB. Las estimaciones mundiales se basan en datos de 133 países de ingresos bajos y medios. El siguiente desglose no tiene en cuenta los países de ingresos altos.

Fuente: (Cattaneo *et al.* 2024).

Gráfico 25. Gasto público en protección social en América Latina y el Caribe, promedio mundial y regional y por nivel de ingresos para América Latina y el Caribe, 2023
(porcentaje del PIB)



Fuente: OIT, Base de Datos Mundial sobre la Protección Social, apoyándose en la Encuesta de Seguridad Social; ADB, GSW, FMI; OCDE; CEPALL, OMS y fuentes nacionales.

A pesar de estos niveles de inversión, la región enfrenta un déficit de financiamiento que limita la posibilidad de garantizar un piso básico de protección social y de alcanzar las metas 1.3 y 3.8 de los ODS. Las estimaciones disponibles indican que América Latina y el Caribe tendría que aumentar su gasto público en aproximadamente 2,7 puntos porcentuales del PIB para subsanar este déficit, de los cuales el 1,0 por ciento debería orientarse a la salud. Aunque esta necesidad de financiamiento es inferior a la de otras regiones, como África (el 17,6 por ciento del PIB) o los Estados árabes (el 11,4 por ciento), no deja de representar un desafío importante para lograr un piso de financiamiento adecuado para la región (Cattaneo *et al.* 2024). En este contexto, se requiere una inversión conjunta y coordinada en salud y protección social, como políticas complementarias con un impacto conjunto sinergético. Aun así, en muchos países estas políticas compiten por recursos y es necesario reforzar una visión unificada de las mismas para que aúnen esfuerzos al movilizar fondos.

©Freepik

Conclusión

Resumen de los desafíos regionales en materia de PSS

A pesar de los avances normativos y programáticos realizados en la región, persisten desafíos estructurales y emergentes que limitan la efectividad, la equidad y la sostenibilidad de los PSS. Estos desafíos se agrupan en los siguientes ámbitos:

1. Financiamiento y gasto

- El gasto público en salud en América Latina (el 4,4 por ciento del PIB) está por debajo del umbral recomendado por la OMS (el 6 por ciento) y del promedio mundial, lo que refleja la baja prioridad fiscal que recibe el sector de la salud.
- El gasto privado, en particular el gasto de bolsillo, representa un porcentaje significativo del gasto total en salud, lo que afecta la protección financiera de los hogares más vulnerables.
- Se estima que la región debe aumentar el gasto público en aproximadamente 2,7 puntos porcentuales del PIB para alcanzar las metas de los ODS (1.3 y 3.8), de los cuales al menos 1 punto debe destinarse a la salud.

2. Cobertura

- Aunque la cobertura legal es casi universal y América Latina y el Caribe es la región en la que se registran más ratificaciones del Convenio núm. 102 en su parte sobre salud, la cobertura efectiva aún presenta brechas importantes, especialmente entre las personas ocupadas en la economía informal, las personas migrantes, las mujeres embarazadas y la población rural.
- La segmentación de los derechos y regímenes limita la equidad en el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas vinculadas.

3. Calidad de los servicios

- Persisten desigualdades territoriales en la disponibilidad y calidad de los servicios, y se observan deficiencias en la infraestructura, el personal de salud y los medicamentos.
- La percepción negativa de la calidad de los servicios públicos en algunos contextos propicia el uso de servicios privados, incluso por las personas cubiertas por regímenes públicos de PSS, lo que incrementa el gasto de bolsillo.

4. Protección financiera

- La insuficiencia de prestaciones y la búsqueda de servicios fuera de las redes oficiales contribuyen al empobrecimiento debido al gasto en salud. Un indicador claro es el elevado promedio regional de gasto de bolsillo.
- Según la OPS, en 17 países de las Américas, el porcentaje de la población que afirmó tener necesidades insatisfechas de atención de salud fue, en promedio, del 35,2 por ciento (IC del 95 por ciento: 35,0-35,5 por ciento). Las barreras organizacionales y financieras son las causas más frecuentes por las cuales las necesidades de atención de salud quedan insatisfechas.

5. Gobernanza y administración

- La fragmentación institucional dificulta la rectoría efectiva de los ministerios de Salud y la coordinación entre los actores públicos y privados. De manera análoga, la participación social en la gobernanza es desigual, y en muchos casos se limita a regímenes específicos.

- Aunque se han realizado avances en lo que respecta a los procesos administrativos (uso de registros sociales y simplificación de la afiliación), la innovación en modelos de atención, tecnologías y coordinación intersectorial aún es limitada.
- La falta de separación entre el financiador (comprador o entidad encargada de asignar recursos) y los proveedores de servicios, así como la fragmentación de los regímenes de PSS, limitan la eficiencia en la asignación estratégica de recursos.
- Los métodos de pago o asignación de recursos a proveedores no siempre están alineados con incentivos para mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia.
- La transformación digital de los sistemas de salud y protección social requiere inversión y capacidades institucionales que no están plenamente desarrolladas.

6. Coordinación entre la salud y la protección social

- La ausencia de una agenda común entre la salud y la protección social limita la sinergia en la movilización de recursos y en la respuesta a las crisis, como sucedió con la pandemia de COVID-19.
- La articulación intersectorial es esencial para abordar los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia sistemas integrales.

El camino a seguir

América Latina muestra profundas desigualdades sociales y económicas que afectan el acceso equitativo a la salud y se reflejan en los mecanismos establecidos por los países para hacer efectivo el derecho a la PSS. A pesar de los avances realizados, que han ampliado la cobertura legal, persisten barreras, la segmentación de los derechos y la presión financiera sobre los hogares, lo que genera desigualdades en términos de acceso, calidad y costos.

Para lograr el derecho efectivo a la PSS universal de una manera sostenible y equitativa, es preciso superar la segmentación y la fragmentación que siguen caracterizando la mayoría de los regímenes de PSS en la región, y garantizar asimismo niveles de inversión pública en sistemas sólidos de salud y protección social que permitan mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios de salud, eliminar las barreras para el acceso, y fortalecer la solidaridad en el financiamiento sobre una base equitativa y sostenible.

Estos esfuerzos deben considerar tanto las recomendaciones internacionales como las trayectorias históricas y políticas de cada país. Aún falta una mayor integración entre los sistemas de salud y otros mecanismos de protección social, aunque sea necesaria una protección integral para abordar las situaciones sociales, económicas, culturales, entre otras, que son determinantes de la salud y una parte esencial de las condiciones de vida de las personas y comunidades.

Los avances señalados en el presente informe dan cuenta de los grandes esfuerzos realizados y de la mejora de la situación en lo que respecta al acceso a los servicios de salud en la población. Sin embargo, también se han puesto de relieve retos pendientes y desigualdades existentes. La región enfrenta desafíos estructurales y emergentes – demográficos, tecnológicos, políticos – que se combinan con la crisis climática y sus ramificaciones multidimensionales, que finalmente presentan un mayor riesgo de incrementar la desigualdad económica y social que ya se refleja en los sistemas de protección social y de salud. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de sistemas sólidos, universales y sostenibles que protejan a la población ante crisis y a lo largo del ciclo de vida. Esta situación exige voluntad colectiva para consolidar logros, financiar adecuadamente los sistemas, y establecer de manera sólida la PSS como parte integrante de los sistemas de salud y de protección social de una forma más integrada.

Estos esfuerzos deben alinearse y reforzarse con objetivos políticos más amplios, y con una mayor integración entre las políticas sanitarias, laborales y sociales. Urge conceder mayor prioridad política a los programas y políticas que maximizan los dividendos sociales y el bienestar humano.

Referencias

ACNUDH (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 2021. «El ACNUDH y el derecho a la salud». https://www.ohchr.org/es/health.

AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos). 2023. «Ayuda sobre el monotributo. Toda la información sobre cómo darte de alta y hacer operaciones como monotributista». https://www.afip.gob.ar/monotributo/ayuda/que-es.asp.

Afshari, M., A. Teymourlouy, M. Asadi-Lari y M. Maleki. 2020. «Global Health Diplomacy for Noncommunicable Diseases Prevention and Control: A Systematic Review». *Globalization and Health* 16(1): 41.

Alfers, L. 2016. «*Our children do not get the attention they deserve»: A synthesis of research findings on women informal workers and child care from six membership-based organizations*. WIEGO.

———. 2020. *Informal Workers and Social Protection*. Londres: DFID y GIZ.

Arias, E., C. Giambruno, A. Morduchowicz y B. Pineda. 2023. *El estado de la Educación en América Latina y el Caribe 2023*. BID.

Asamblea General de las Naciones Unidas. 2019. «Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable». https://docs.un.org/es/a/res/74/2.

BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2022. *Más allá de la normalidad: los desafíos para el sector salud en América Latina y el Caribe que expuso el COVID-19*. https://publications.iadb.org/es/mas-alla-de-la-normalidad-los-desafios-para-el-sector-salud-en-america-latina-y-el-caribe-que.

Buchan, J., F. Shaffer y H. Catton. 2018. *Policy Brief: Nurse Retention*. International Centre on Nurse Migration.

Campbell, S. M., M. O. Roland y S. A. Buetow. 2000. «Defining Quality of Care». *Social Science & Medicine* 51(11): 1611–1625.

Casalí, P., A. Goldschmit y O. Certrángolo. 2021. *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*. https://www.ilo.org/es/publications/respuestas-de-corto-plazo-la-COVID-19-y-desafios-persistentes-en-los.

Cattaneo, U., H. Schwarzer, S. Razavi y A. Visentin. 2024. *Financing gap for universal social protection: Global, regional and national estimates and strategies for creating fiscal space*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-04/wp113_web.pdf.

Cavagnero, E. 2017. *Better spending, better care: a look at Haiti's health financing*. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial. https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/393291498246075986/summary-report.

Cecchini, S., y A. Madariaga. 2011. *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. CEPAL y ASDI. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/38faa326-4184-409e-a34f-bbda63ef70d2/content.

CENDA (Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo). 2021. «Ley 1152 Sistema Único de Salud Bolivia». https://cenda.org/documentos-y-leyes/item/821-ley-1152-sistema-unico-de-salud-bolivia.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2006. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2808.

———. 2022. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2022. *Tendencias de la población de América Latina y el Caribe: efectos demográficos de la pandemia de COVID-19*. Santiago: CELADE - División de Población CEPAL. https://repositorio.cepal.org/entities/publication/9433bf26-70ac-46c8-be5d-b7e4dda0b192.

———. 2023. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2023. El financiamiento de una transición sostenible: inversión para crecer y enfrentar el cambio climático*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/67989-estudio-economico-america-latina-caribe-2023-financiamiento-transicion.

———. 2023a. *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023*. Santiago. https://www.cepal.org/es/publicaciones/68702-panorama-social-america-latina-caribe-2023-la-inclusion-laboral-como-eje-central.

———. 2024. *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024*. Santiago. https://www.cepal.org/es/publicaciones/80858-panorama-social-america-latina-caribe-2024-desafios-la-proteccion-social.

———. 2024a. *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e2a1b257-e238-4476-87ad-b32981568f64/content.

———. 2024b. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2024. Trampa de bajo crecimiento, cambio climático y dinámica de empleo*. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c196b300-7478-49a5-b69b-1a4e9e6f82f1/content.

———. 2025. *La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/81427-la-sostenibilidad-financiera-sistemas-salud-america-latina-caribe-desafios?mc_cid=ef9d0621e2.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2025. *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2025*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/global-tax-revenues/folleto-estadisticas-tributarias-en-america-latina-y-el-caribe.pdf.

Cetrángolo, O., A. Goldschmit, J. C. Gómez Sabaíni y D. Morán. 2013. *Desempeño del Monotributo en la formalización del empleo y la ampliación de la protección social*. OIT. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40americas/%40ro-lima/%40ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_234009.pdf.

Cichon, M., W. Newbrander, H. Yamabana, C. Normand, A. Weber, D. Dror y A. Preker. 1999. *Modelling in health care finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing*. OIT.

CIE (Consejo Internacional de Enfermeras). 2021. *Informe de políticas: Resumen de evidencia para políticas del CIE – Escasez mundial de enfermería y retención de enfermeras*. https://www.icn.ch/es/node/1297.

Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. 2017. *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. OMS.

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 2019. «Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos». https://docs.un.org/es/E/2019/52.

Dogget, J. 2014. *Empty Pockets: Why Co-Payments Are Not the Solution*. Consumers Health Forum of Australia.

Drago, R. 2010. *Sick at Work: Infected Employees in the Workplace During the H1N1*.

Durán-Valverde, F. 2013. *Innovaciones en la extensión de la cobertura del seguro social a los trabajadores independientes: experiencias de Brasil, Cabo Verde, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Filipinas, Francia y Uruguay*. Ginebra: OIT. https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=13785.

Estado de México. 2013. *Convención Interamericana contra la Corrupción OEA*. https://www.gob.mx/sfp/documentos/convencion-interamericana-contra-la-corrupcion-oea.

———. 2016. *Principio de Reciprocidad Internacional*. https://www.gob.mx/sre/acciones-y-programas/principio-de-reciprocidad-internacional.

———. 2023. *Se fortalece IMSS-Bienestar y refuerza la atención médica*. https://www.gob.mx/imss/articulos/se-fortalece-imss-bienestar-y-refuerza-la-atencion-medica.

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), OIT y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2022. *UN collaboration on social protection: Reaching consensus on how to accelerate social protection systems-building*.

Frota, L., L. Tessier, C. Pfleiderer y Y. Zhao. 2020. *Technical Note 2: International review of financial protection in maternal health care.* Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico.

Gómez-Sabaini, J. C., y D. Morán. 2020. «Estrategias para abordar la evasión tributaria en América Latina y el Caribe: avances en su medición y panorama de las medidas recientes para reducir su magnitud». *Serie Macroeconomía del Desarrollo núm. 215*. Santiago: CEPAL.

Haque, I., S. Chowdhury y G. D. Harun. 2018. «Traditional Healing Practices in Rural Bangladesh: A Qualitative Investigation». *BMC Complementary and Alternative Medicine* 18(62).

Hanefeld, J., T. Powell-Jackson y D. Balabanova. 2017. «Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity». *Bulletin of the World Health Organization* 95(5): 368.

Hussmanns, R. 2004. «Measuring the informal economy: from employment in the formal sector to informal employment». ILO Working Paper No. 53.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 2023. *Atención a la Salud*. https://imssbienestar.gob.mx/atencion_salud.html.

Ismail, A., I. Mathauer, P. Akweongo, M. C. Bolivar Vargas, S. Desai, D. Prapto Raharja, M. O. Ogundimu, S. Stojisavljevic, M. De Allegri y Z. C. Shroff. 2025. «Making health insurance responsive to citizens: learning from six low-income and middle-income countries». *BMJ Global Health* 7(6). https://gh.bmj.com/content/7/Suppl_6/e018176.

James, P. 2019. «Sick pay, compensation and the future of work». *Safety and Health at the Future of Work. A Compilation of Think Pieces*. Ginebra: OIT.

Kaplan, W. A., L. S. Ritz, M. Vitello y V. J. Wirtz. 2012. «Policies to Promote Use of Generic Medicines in Low and Middle Income Countries: A Review of Published Literature, 2000–2010». *Health Policy* 106(3): 211–24.

Kawakami, T. 2006. «Networking Grassroots Efforts to Improve Safety and Health in Informal Economy Workplaces in Asia». *Industrial Health* 44(1): 42–47.

Kazungu, J. S., E. W. Barasa, M. Obadha y J. Chuma. 2018. «What Characteristics Of Provider Payment Mechanisms Influence Health Care Providers› Behaviour? A Literature Review». *The International Journal of Health Planning And Management* 33(4): 892-905.

Kruk, M. E., A. D. Gage, C. Arsenault, K. Jordan, H. H. Leslie, S. Roder-DeWan, O. Adeyi, et al. 2018. «High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution». *The Lancet Global Health* 6(11): 1196–1252.

Kuka, E. 2020. «Quantifying the benefits of social insurance: unemployment insurance and health». *Review of Economics and Statistics* 102(3): 490–505.

Langenbrunner, J., C. Cashin y S. O'Dougherty. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. Banco Mundial.

Lönnroth, K., L. Tessier, G. Hensing y C. Behrendt. 2020. «Income security in times of ill health: the Next frontier for the SDGs». *BMJ Glob Health* 5(6). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002493.

Marmot, M. 2013. «Universal health coverage and social determinants of health». *The Lancet* 382: 1227–1228. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61791-2.

Mathauer, I., E. Dale, M. Jowett y J. Kutzin. 2019. *Purchasing Health Services for Universal Health Coverage: How to Make It More Strategic?*

Memirie, S. T., M. T. Tolla, D. Desalegn, M. Hailemariam, O. F. Norheim, S. Verguet y K. A. Johansson. 2019. «A cost-effectiveness analysis of maternal and neonatal health interventions in Ethiopia», *Health policy and planning* 34(4): 289–297.

Miller, C. 2020. «Who Qualifies for Paid Leave Under the New Coronavirus Law». New York Times. https://www.nytimes.com/2020/03/19/upshot/coronavirus-paid-leave-guide.html.

Monteiro de Andrade, L. O. M., A. Pellegrini Filho, O. Solar, F. Rígoli, L. M. de Salazar, P. C.-F. Serrate, K. G. Ribeiro, T. S. Koller, F. N. B. Cruz y R. Atun. 2015. «Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries». *The Lancet* 385:1343–1351.

Naciones Unidas. 2012. «Resolución A/RES/67/81 de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior». https://docs.un.org/es/A/RES/67/81.

———. 2019. «Informe sobre la cobertura sanitaria universal y los derechos humanos presentado al Consejo Económico y Social en su periodo de sesiones de 2019 E/2019/52». Ginebra: Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://docs.un.org/es/E/2019/52.

———. s. f.. «¿Qué es la Década del Envejecimiento Saludable?». https://www.decadeofhealthyageing.org/es/about/about-us/what-is-the-decade.

Negi, D. P., y E. P. Abdul Azeez. 2021. «Diminishing Traditional Methods and Inaccessible Modern Healthcare: The Dilemma of Tribal Health in India». *Journal of Health Research*.

Normand. 2009. *SOCIAL HEALTH INSURANCE - A Guidebook for Planning*. ADB, OIT, GTZ y OMS. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf.

O'Campo, P., A. Molnar, E. Ng, E. Renahy, C. Mitchell, K. Shankardass, A. St John, C. Bambra y C. Muntaner. 2015. «Social welfare matters: a realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health». *Social Science & Medicine* 132: 88–94. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.025.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health: Highlights*.

———. 2020. *Medidas políticas clave de la OCDE ante el coronavirus COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los estados a la crisis*. https://www.oecd.org/es/publications/serials/oecd-policy-responses-to-coronavirus-COVID-19_68ccfcab.html.

———. 2023. «Transparencia Fiscal en América Latina 2023: Informe de Progreso de la Declaración de Punta del Este». *Foro Global sobre Transparencia e Intercambio de Información con Fines Fiscales*. París. https://www.oecd.org/tax/transparency/documents/transparencia-fiscal-en-america-latina-2023.pdf.

———. 2024. *Tobacco Taxation in Latin America and the Caribbean. A Call for Tobacco Tax Reform*. https://www.oecd.org/en/publications/2024/10/tobacco-taxation-in-latin-america-and-the-caribbean_47e96d9f.html.

OEA (Organización de los Estados Americanos). 1996. «Convención Interamericana contra la Corrupción». https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_b-58_contra_corrupcion.pdf.

———. 2023. «REDESCA llama a los Estados de la región a poner los derechos humanos en el centro de sus políticas fiscales». https://www.oas.org/pt/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2023/160.asp.

OIT. 2008. «Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care». *Social Security Policy Briefings*. https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=7545.

———. 2011. «Resolución y conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social seguridad social, adoptadas en la 100ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo».

———. 2012. *Seguridad social para todos. Establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social. La estrategia de la Organización Internacional del Trabajo*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_34193.pdf.

———. 2012b. «Seguridad social para todos – La estrategia de la Organización Internacional del Trabajo. Resolución y conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social seguridad social, adoptadas en la 100.a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 2011». https://standards.social-protection.org/gimi/Media.action?id=12157.

———. 2016. «Maternity cash benefits for workers in the informal economy». Social Protection Spotlight.

———. 2017. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_605075.pdf.

———. 2019a. *Protección social universal para la dignidad humana, la justicia social y el desarrollo sostenible: Estudio General relativo a la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 núm. 202*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40relconf/documents/meetingdocument/wcms_673703.pdf.

———. 2019b. *Trabajar para un futuro más prometedor. Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40cabinet/documents/publication/wcms_662442.pdf.

———. 2020a. «Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles». Social Protection Spotlight Fact Sheet.

———. 2020b. «Sickness Benefits: An Introduction». Social Protection Spotlight Fact Sheet.

———. 2020c. «Sickness benefits during sick leave and quarantine: Country responses and policy considerations in the context of COVID-19». Social Protection Spotlight.

———. 2021a. *Construir sistemas de protección social: Normas internacionales e instrumento de derechos humanos Instruments*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_733942.pdf.

———. 2021b. *Informe Mundial de Protección Social 2020–2022: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*. https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18815.

———. 2021c. *Extending Social Security Coverage to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience–Policy Resource Package*. https://www.social-protection.org/gimi/Emodule.action?id=65.

———. 2021d. *Extending Social Security to Workers in Micro and Small Enterprises: Lessons from International Experience*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_749484.pdf.

———. 2021e. *Prevention and Mitigation of COVID-19 in the Informal Economy through Safety and Health: An Action-Oriented Tool for Supporting Street and Market Vendors*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_dialogue/%40lab_admin/documents/publication/wcms_822774.pdf.

———. 2021f. *Extending social health protection: Accelerating progress towards Universal Health Coverage in Asia and the Pacific*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40asia/%40ro-bangkok/documents/publication/wcms_831137.pdf.

———. 2021g. «Extending social security to workers in the informal economy: Lessons from international experience». https://www.social-protection.org/gimi/Emodule.action?id=65.

———. 2021h. *Hacer realidad la protección social universal para las personas que viven con, corren el riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40gender/documents/publication/wcms_831889.pdf.

———. 2022. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022: La protección social en la encrucijada - en busca de un futuro mejor*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_842103.pdf.

———. 2022a. *Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe. Tendencias de la seguridad social con foco en los sistemas de pensiones y la seguridad económica de las personas adultas mayores*. https://www.ilo.org/es/publications/panorama-de-la-proteccion-social-en-america-latina-y-el-caribe-tendencias.

———. 2022b. *Hacer del derecho a la seguridad social una realidad para los trabajadores domésticos: Examen global de las tendencias de política, las estadísticas y las estrategias de extensión*. https://www.ilo.org/es/publications/making-right-social-security-reality-domestic-workers-global-review-policy.

———. 2022c. *La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: Un análisis mundial en tiempos de COVID-19*. https://www.ilo.org/es/publications/la-brecha-salarial-de-genero-en-el-sector-de-la-salud-y-asistencial-un.

———. 2023. *Reflexiones y recomendaciones sobre la integración de refugiados y otras personas desplazadas forzosamente en América Latina y el Caribe*. https://www.ilo.org/es/publications/reflexiones-y-recomendaciones-sobre-la-integracion-de-refugiados-y-otras.

———. 2023b. *Derecho a la seguridad social en las constituciones del mundo. Ampliando el espacio moral y legal para la justicia social*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_894187.pdf.

———. 2023c. *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: El valor del trabajo esencial*. https://webapps.ilo.org/digitalguides/es-es/story/weso2023-key-workers.

———. 2023d. *What labour force survey data can tell us about the workforce in the health and social care sector*. https://www.ilo.org/publications/what-labour-force-survey-data-can-tell-us-about-workforce-health-and-social.

———. 2024. *Protección social de las personas trabajadoras migrantes*. https://www.ilo.org/es/publications/proteccion-social-trabajadores-migrantes-luciana-gandini-gobernanza-migracion-laboral.

———. 2024a. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: Protección social universal para la acción climática y una transición justa*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-12/ILO%20World%20Social%20Protection%20Report_2024-26_SP.pdf.

———. 2024b. *Estrategia de la OIT para ampliar la protección social a los trabajadores migrantes, los refugiados y sus familias*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-03/ESP_Strategy20250314.pdf.

———. 2024c. *Bridging Social Protection and Occupational Health to Advance Sustainable Development Goals*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-02/Bridging%20Social%20Protection%20and%20OSH%20to%20Advance%20Sustainable%20Development%20Goals.pdf.

———. 2024d. «Securing access to long-term care without hardship as an integral part of universal social protection systems». Social Protection Spotlight. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-06/SOCPRO_spotlightbrief_LTC%20without%20hardship_sb.pdf.

———. 2024e. *Nuevas formas de trabajo e informalidad en América Latina y el Caribe*. https://www.ilo.org/es/publications/nuevas-formas-de-trabajo-e-informalidad-en-america-latina-y-el-caribe.

———. 2024f. *Los trabajadores independientes y la protección social en salud en el Perú: aportes y orientaciones de políticas para la ampliación de la cobertura*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-10/Orientaciones%20de%20pol%C3%ADticas_Seguro%20potestativo.pdf.

———. 2025. *Trabajo, empleo, protección laboral y social en América Latina y el Caribe, 1994-2024*. https://www.ilo.org/es/publications/trabajo-empleo-proteccion-laboral-y-social-en-america-latina-y-el-caribe.

———. 2025b. «Extending Social Health Protection to workers in the informal economy and their families». ILO Spotlight Brief. https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-12/ILO%20Brief_Social%20Health%20Protection%20and%20Informal%20Economy_EN.pdf.

———. 2025c. *WSPR companion report for Latin America and the Caribbean*.

———. s. f.a. «Tableros Mundiales de Datos sobre la Protección Social». Consultada el 24 de noviembre de 2021. https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?lang=ES.

———. s. f.b. «ILOSTAT». Consultada el 23 de noviembre de 2020. https://ilostat.ilo.org/es/data/.

———. s. f.c. «El caso del Seguro Social Campesino». https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55247&__cf_chl_tk=GsKqVJf450tyIlDmgLdWu-4HmY-7V5gEOnoyac9kukoww-1751032453-1.0.1.1-kD7ri2qcXuBvwZv8fa8.ReIeYMSQJTZQcvUd-vNx8vKY.

———. s. f.d. De próxima publicación. «Garantías básicas de seguridad social durante el ciclo de vida: Análisis de la legislación colombiana a la luz de la Recomendación sobre los pisos de protección social núm. 202».

———. s. f.e. De próxima publicación. *World Social Protection Report 2024-26: Regional companion report for Latin America and the Caribbean*.

OIT y ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados). 2020. *Handbook on social health protection for refugees: Approaches, lessons learned and practical tools to assess coverage options*. Ginebra. https://data.unhcr.org/en/documents/details/90805.

OIT, AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social) y CIF-OIT (Centro Internacional de Formación de la OIT). 2021. *Extending social protection to migrant workers, refugees and their families: A guide for policymakers and practitioners*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40migrant/documents/publication/wcms_826684.pdf.

OIT, AISS (Asociación Internacional de la Seguridad Social), Development Pathways y Naciones Unidas. 2024. *Governance of social protection systems: a learning journey. Module # 3: Compliance and enforcement of legal frameworks*. https://www.social-protection.org/gimi/Media.action;jsessionid=6Qanhb_u1kv4LNv3eoud_vqITRr7VmRZB5Fws8dvwgL6CEboZ7Zp!-248552420?id=20162.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems–Improving Performance*.

———. 2011. *Health Systems Strengthening Glossary*.

———. 2015c. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising Taxes on Tobacco*.

———. 2019a. *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019*.

———. 2019b. *World Health Organization Model List of Essential Medicines: 21st List 2019*.

———. 2019c. *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa Copenhague.

———. 2020b. *Situación de la enfermería en el mundo 2020: Invertir en educación, empleo y liderazgo*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332164/9789240004948-spa.pdf?sequence=1.

———. 2021. «Cobertura sanitaria universal». https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

———. 2021a. «Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia». https://iris.paho.org/handle/10665.2/57049.

———. 2023. «Índice de cobertura del servicio UHC». https://data.who.int/es/indicators/i/3805B1E/9A706FD.

———. 2023a. «High-value referrals: learning from challenges and opportunities of the COVID-19 pandemic: concept paper». https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7452-47219-69202.

———. 2024. *Health and care workforce global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Ginebra.

———. 2024a. *Role of social protection in reducing the burden of public health and social measures during the COVID-19 pandemic*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240100831.

———. 2025. *Measuring and monitoring quality of care to improve maternal, newborn, child and adolescent health services. A practical guide for programme managers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240105737.

OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial. 2017. *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*.

———. 2023. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*.

OMS (Organización Mundial de la Salud) y CIE (Consejo Internacional de Enfermeras). 2025. *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381329/9789240110236-eng.pdf?sequence=1.

OMS (Organización Mundial de la Salud), OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y BIRF/Banco Mundial (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial). 2020. *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf.

OMS (Organización Mundial de la Salud) y OIT. 2024. *Guidance on social protection for people affected by tuberculosis*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376542/9789240089327-eng.pdf?sequence=1.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2007. *Salud en las Américas 2007*. Washington, DC. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

———. 2010. «Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas». *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf.

———. 2022a. «Las Américas tienen un déficit de 600.000 profesionales de la salud, que afecta el acceso a la salud en las zonas rurales y desatendidas». https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2022-americas-tienen-deficit-600000-profesionales-salud-que-afecta-acceso-salud-zonas.

———. 2022b. «La pandemia de COVID-19 ofrece lecciones para avanzar hacia la salud universal en América Latina y el Caribe». https://www.paho.org/es/historias/pandemia-COVID-19-ofrece-lecciones-para-avanzar-hacia-salud-universal-america-latina.

———. 2023a. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/57274.

———. 2023b. «Perfil de País – Haití». https://hia.paho.org/en/countries-22/haiti-country-profile.

———. 2024. *Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud*. Washington, D.C. https://iris.paho.org/handle/10665.2/63087.

———. s. f. De próxima publicación. «El trabajo informal como un determinante social clave para la equidad en salud: resultados de una revisión sistemática».

Ortíz, I., M. Cummins y K. Karunaneth. 2015. «Fiscal Space for Social Protection and the SDGs: Options to Expand Social Investments in 187 countries». *Extension of Social Security Working Paper No. 48*. OIT.

Ortíz, I., A. Chowdhury, F. Durán Valverde, T. Muzaffar y S. Urban. 2019. *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*. OIT. https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action;jsessionid=bs1cToAF5Zb6RTrrOKZZuWhDl-D_oTeTeDYW-zxxWDNTh8W-lhYW!539423187?id=42119.

Ozawa, S., R. Shankar, C. Leopold y S. Orubu. 2019. «Access to Medicines through Health Systems in Low- and Middle-Income Countries». *Health Policy and Planning*.

Pega, F., B. Náfrádi, N. C. Momen, Y. Ujita, K. N. Streicher, A. M. Prüss-Üstün y A. Descatha et al. 2021. «Global, Regional, and National Burdens of Ischemic Heart Disease and Stroke Attributable to Exposure to Long Working Hours for 194 Countries, 2000–2016: A Systematic Analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-Related Burden of Disease and Injury». *Environment International*.

PEN (Programa Estado de la Nación). 2022. «Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible 2022». CONARE.

———. 2023. «Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible 2023». CONARE.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2011. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires.

Qin, V. M., T. Hone, C. Millett, R. Moreno-Serra, B. McPake, R. Atun y J. Tayu Lee. 2019. «The Impact Of User Charges On Health Outcomes In Low-Income And Middle-Income Countries: A Systematic Review». *BMJ Global Health*.

Raub, A., P. Chung, P. Batra, A. Earle, B. Bose, J. Jou, N. de Guzman Chorny, E. Wong, D. Franken y J. Heymann. 2018. *Paid leave for personal illness: A detailed look at approaches across OECD countries*. WORLD Policy Analysis Center.

Sánchez-Belmont Montiel, M. *Estudio comparativo de los sistemas de salud en América Latina. Documentos de Trabajo año 2, núm. 4*. CISS. https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Estudio-comparativo-de-los-sistemas-de-salud-en-America-Latina.pdf.

Savedoff, W. D. 2003. «How Much Should Countries Spend on Health?». *Discussion Paper No. 2*. OMS.

———. 2007. «What should a country spend on health care?». *Health Aff Millwood* 26(4): 962–970.

Schwarzer, H., L. Tessier y S. Gammage. 2014. *Coordinación institucional y pisos de protección social. Experiencias de América Latina Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay*. Ginebra: OIT.

SCIJ (Sistema Costarricense de Información Jurídica). 2023. *Escala contributiva para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, afiliados individual y colectivamente*. https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=87782&nValor3=114491&strTipM=TC.

Seyed-Nezhad, M., B. Ahmadi y A. Akbari-Sari. 2021. «Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review». *Journal of Family Medicine and Primary Care*.

Shaw, D., J. M. Guise, N. Shah, K. Gemzell-Danielsson, K. Joseph, B. Levy, F. Wong, S. Woodd y E. K. Main. 2016. «Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care?». *The Lancet*.

Starfield, B. 1994. «Is Primary Care Essential?» *The Lancet*.

Superintendencia de Salud. 2023. «¿En qué casos la isapre aplica la cobertura proporcional de parto?». https://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2498.html#:~:text=La%20cobertura%20de%20las%20prestaciones,de%20acuerdo%20al%20plan%20convenido.

Tefft, N. 2011. «Insights on unemployment, unemployment insurance, and mental health». *Journal of Health Economics* 30(2): 258–264.

Tessier, L., N. De Wulf y Y. Momose. 2022. *Long-term care in the context of population ageing: a rights-based approach to universal coverage*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_858784.pdf.

Thorsen, R. S., y M. Pouliot. 2016. «Traditional Medicine for the Rich and Knowledgeable: Challenging Assumptions about Treatment-Seeking Behaviour in Rural and Peri-Urban Nepal». *Health Policy and Planning* 31(3): 314–324.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2021. *The State of the World's Midwifery*. https://www.unfpa.org/sowmy.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2023. *COVID-19: Respuestas desde la Protección Social en América Latina y el Caribe*. https://www.unicef.org/lac/COVID-19-respuestas-desde-la-proteccion-social-en-america-latina-y-el-caribe.

UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). 2022. *Fortalecimiento de Alianzas Regionales para Combatir la Corrupción: Implementación Acelerada de la UNCAC en América del Sur y México*. https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2022/March/strengthening-regional-partnerships-to-counter-corruption_-uncac-fast-tracking-in-south-america-and-mexico.html.

USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2018. «HFG Haiti Final Report». https://www.slideshare.net/slideshow/hfg-haiti-final-country-report/108226515.

Whitehead, M. y G. Dahlgren. 2021. *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/964f8df6-44f7-4249-b59a-0a602a5bde72/content.

©Freepik

Parte II

Perfiles de país

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Argentina

©Freepik

1. Introducción

La evolución del crecimiento económico de Argentina se muestra oscilante a lo largo del tiempo. Se anota un crecimiento promedio de 1,9 por ciento entre 2000 y 2019. En 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, la economía registró una caída de 9,9 por ciento del nivel de actividad en términos reales, que resultó compensada con la recuperación de 2021 (+10,7 por ciento). Durante el periodo 2000-2019, el país aumentó su puntuación en el índice de desarrollo humano en 8,1 por ciento (de una puntuación de 0,78 a 0,84), ubicándose por debajo del incremento regional para el mismo periodo (9,4 por ciento). En el 2021 ocupó el puesto 47 del ranking, marcando una disminución de cuatro con posiciones respecto al 2020.

Todos los habitantes del país tienen derecho a la provisión pública de salud, con independencia de que cuenten, adicionalmente, con algún tipo de aseguramiento social o privado. Sin embargo, debido a la organización federal y los procesos de descentralización de la salud que se produjeron en el país, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios públicos se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales (y en algunos casos municipales), lo que configura una importante disparidad en los niveles de cobertura y condiciones de acceso a la salud. De igual manera, al interior de la seguridad social no existe una cobertura uniforme, sino que esta depende del nivel salarial y de los aportes de los trabajadores, lo que contribuye a la consolidación de un sistema con derechos sumamente fragmentados. Todo ello conforma un sector salud que se caracteriza por ser muy segmentado, poco articulado, heterogéneo y con insuficientes mecanismos solidarios, tanto en relación con la organización y el financiamiento como con el acceso a los servicios.

La organización del sistema de salud es compleja, incluye un subsistema de provisión pública que, como se mencionó, brinda cobertura no uniforme a lo largo del territorio; un subsistema de seguridad social para personas trabajadoras asalariadas registradas del sector privado o público nacional y monotributistas[42] o personal de casas particulares, las obras sociales nacionales (OSN), obras sociales provinciales (OSP) que brindan cobertura de salud a los empleados públicos provinciales (y en algunos casos municipales), docentes y personal de seguridad y sus grupos familiares que eventualmente también brindan atención a los jubilados y pensionados de las cajas de previsión provincial y otras obras sociales no reguladas que cubren a grupos específicos de la población, como el personal de las Fuerzas Armadas de la República Argentina (FFAA), el de seguridad nacional, el del Poder Judicial, el del Congreso Nacional y docentes. Existe, además, un esquema de seguridad social para la población pasiva (el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJyP). Por último, existe un

[42] Los monotributistas son pequeños contribuyentes que se desempeñan en actividades de venta de cosas muebles, locaciones o prestaciones de servicios.

subsistema de seguro de salud privado, al que se accede a partir del pago voluntario, o bien, empleando los aportes de la seguridad social como financiamiento de los planes privados. Se trata de un sistema privado de salud que, en muchos casos, resulta duplicativo y suplementario a las prestaciones brindadas por el esquema de seguridad social.

2. Contexto

En 1853 se dictó la primera constitución nacional, que optó por una organización federal de gobierno. Tal normativa no especificó los alcances de la intervención pública en salud, por lo que relegó la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios a cargo de los gobiernos provinciales. A pesar de que la organización provincial emerge de las normas constitucionales, el fuerte impulso de la política sanitaria durante las décadas de los años 1940 y 1950 obedeció al impulso determinante del gobierno central (Bisang y Cetrángolo 1998). Recién a finales de la década de los años 1950 se comenzaron a plantear los procesos de descentralización, a partir de la transferencia de las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos de salud en manos del gobierno nacional, hacia las provincias y los municipios. Otro conjunto de establecimientos fue transferido a las provincias desde mediados de la década de los años 1960 hasta inicios de la de los años 1970. Posteriormente, se retomó en la segunda mitad de los años 1970 la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación (ley 21.883). Por último, a principios de la década de los años 1990, fueron transferidos veinte establecimientos que quedaban en manos de la Nación. Las motivaciones que guiaron las últimas etapas de este proceso obedecieron a razones meramente fiscales sin contemplar las especificidades propias de la política sectorial ni se vieron alentados por objetivos vinculados con la búsqueda de mayores niveles de equidad y eficiencia.

Por su parte, el surgimiento de las obras sociales sindicales se remonta a la década de los años 1940, cuando — con el objetivo de satisfacer las necesidades de los trabajadores y sus familias que deseaban acceder a una cobertura adicional a la ofrecida por el sector público mediante el pago voluntario de una cuota — se fueron conformando las instituciones de este tipo, de origen mutualista. Recién en 1970, se estableció la afiliación obligatoria a las obras sociales (ley 18.610). Debe tenerse en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó — en la práctica — que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales, básicamente vinculadas con los diferentes niveles de salario medio y tamaño de los grupos familiares de los trabajadores de cada rama (Cetrángolo y Devoto 2002).

El sistema de obras sociales se extendió, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados, mediante la ley 19.032 de 1971 que creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, destinado a brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad.

En 1989 se sancionaron las Leyes 23.660 y 23.661, actualmente vigentes, que regulan el financiamiento, cobertura y alcance del Seguro Nacional de Salud que brindan las obras sociales nacionales bajo la supervisión de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD). En la década de 1990, con la sanción del decreto 9 de 1993, se incorporó la libre elección de obras sociales, donde cada beneficiario puede reasignar su propio aporte a la obra social de su elección, lo cual alteró el esquema solidario por segmentos, que había prevalecido hasta entonces. Adicionalmente, se estableció la obligación para cada obra social de asegurar un paquete de prestaciones básicas, denominado Programa Médico Obligatorio (PMO), pero se permite también la existencia de otros planes de mayor cobertura al interior de una misma obra social.

En forma paralela al desarrollo de las obras sociales nacionales, las provincias avanzaron sobre los aspectos atinentes a la seguridad social, se crearon las cajas de jubilaciones y obras sociales provinciales para la cobertura del personal de sus administraciones públicas. De este modo, todas las jurisdicciones provinciales incorporaron institutos de obra social para brindar servicios de atención médica a sus

empleados públicos, algunas de ellas incluso con anterioridad a la ley 18 610, como fue el caso de la Provincia de Buenos Aires (1957). En la década de 1970 se fueron creando la mayoría de los institutos vigentes en la actualidad (Cetrángolo y Goldschmit 2018b).

Finalmente, en lo que refiere al sector privado, este se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo como prestador de la seguridad social y paralelamente ha ofrecido planes de salud de afiliación voluntaria. Con la sanción del decreto 9 de 1993 (de libre elección de obras sociales) las entidades de medicina prepaga incorporaron convenios con la seguridad social para posibilitar la utilización de los aportes de la seguridad social como parte de pago de planes privados de salud. Recién en 2011, se incorpora el marco regulatorio de la Medicina Prepaga a partir de la sanción de Ley 26 682 que define la cobertura mínima obligatoria, las características de los contratos y los mecanismos para el incremento de cuotas a los afiliados; de igual manera que el Seguro Nacional de Salud, estas entidades se encuentran reguladas por la SSSALUD.

▶ 3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

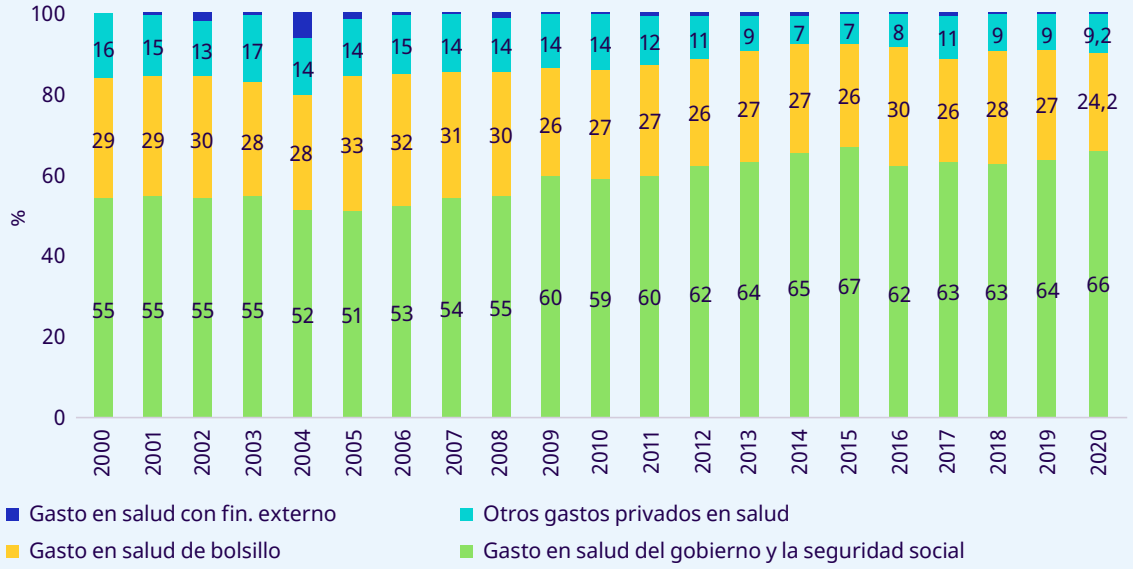
i) Distribución del gasto en salud

Los recursos que Argentina destina al financiamiento del sector salud resultan elevados. En forma agregada, el gasto en salud en Argentina como proporción del PIB en 2020 fue de 10,8 por ciento, ubicándose por encima del promedio de la región. Si bien siempre se mantuvo en niveles elevados, la tendencia es creciente en el tiempo, al pasar de 7,6 por ciento del PIB en 2005 a 10,3 por ciento en 2017 y luego situarse en 10,8 en 2020 (Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud de Argentina 2022). El gasto *per capita* en salud se ubicó en ese último año en 864 dólares corrientes, habiendo alcanzado un máximo de 1 526 dólares en 2017.[43]

El financiamiento del sector proviene del Estado (a partir de impuestos generales del gobierno central y tributos provinciales y municipales) y de cotizaciones obligatorias de los trabajadores, que juntos acumulan 65,7 por ciento del gasto en 2020; del gasto de bolsillo (que incluye el copago de bienes y servicios de salud, gastos en medicamentos y pago directo de servicios asistenciales de salud) y otros gastos privados en salud (incluyendo el pago de seguros privados voluntarios) que conjuntamente absorben 34,3 por ciento del total. Así, una parte importante del total es financiada por los hogares, lo que constituye una fuente importante de inequidad. El gasto con financiamiento externo registra un peso poco significativo en la estructura de gasto en salud del país (gráfico 1).

[43] Se toma el dólar oficial según datos de (OMS 2022).

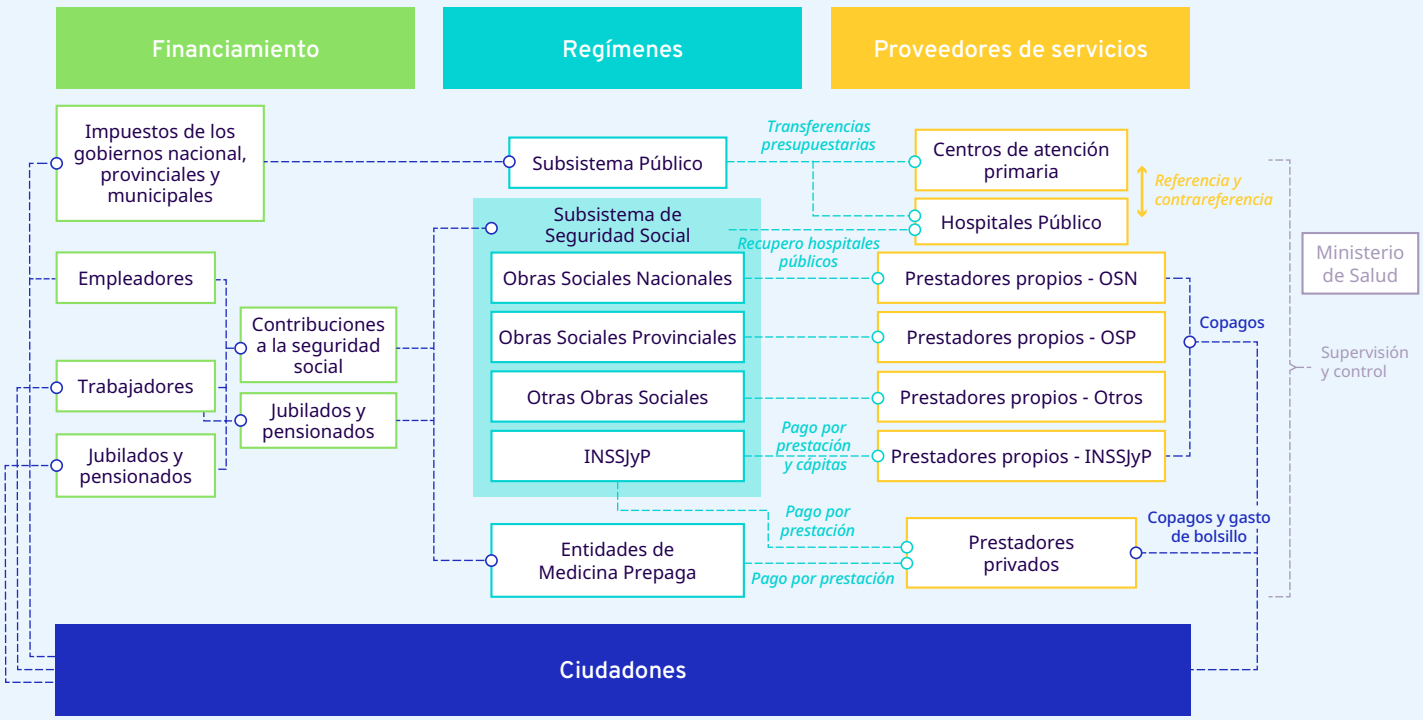
Gráfico 1. Argentina. Estructura del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento 2000-2020



Fuente: OMS (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

Diagrama 1. Argentina. Principales flujos financieros



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales se observa la existencia de un esquema caracterizado por una amplia fragmentación donde los flujos financieros transitan caminos separados en función del esquema de aseguramiento considerado e incluso al interior de cada subsistema. Si bien existen algunos canales comunicantes entre los diferentes subsistemas, no se trata de un sistema integrado con coordinación entre los subsectores que lo componen. Además, cada seguro cuenta con sus propios prestadores y mecanismos de pago y fuentes de recursos establecidos. De esta forma, el sistema se caracteriza por la falta de solidaridad en su financiamiento y una fragmentación que impide la gestión agrupada de riesgos (diagrama 1).

iii) Fuentes de financiación

El financiamiento del sistema público de salud proviene fundamentalmente de recursos de rentas generales de los diferentes niveles de gobierno. En el caso del gobierno nacional incorpora transferencias para programas específicos de salud volcadas en los presupuestos provinciales.

La seguridad social se financia con aportes y contribuciones. En el caso de las obras sociales nacionales, la ley 23 660 establece una contribución por parte del empleador de 6 por ciento de la remuneración y un aporte a cargo del empleado del 3 por ciento. A su vez, fija que entre 15 por ciento y 20 por ciento de los aportes y contribuciones (según el nivel de remuneración bruta de los trabajadores acorde con lo dispuesto por el Decreto 10 de 2009) se destine a financiar el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), el cual fue creado unos años antes, con el objeto de atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud y subsidiar las Obras Sociales que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria.

Las OSP se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del estado provincial, que se ubican entre el 4 por ciento y 12 por ciento de los salarios (cuadro 1) (Goldschmit 2021).

▶ Cuadro 1. Argentina. Normativa y niveles de aportes y contribuciones a las Obras Sociales Provinciales

Provincia	Obra Social	Sigla	Norma de Creación	Año	Aportes	Contribuciones	Total
CABA	Obra Social Ciudad de Buenos Aires	OBSBA	Ley 472	2000	3,0%	6,0%	9,0%
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6 892	1987	4,5%	4,5%	9,0%
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3 509	1981	4,0%	4,5%	8,5%
Córdoba	Administración Provincial de Seguro de Salud	APROSS	Ley 9 277	2005	4,5%	4,5%	9,0%
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3 932	1984	6,0%	4,0%	10,0%
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4 044	1994	5,0%	5,0%	10,0%
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	SEROS	Ley 1 404	1975			
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5 326	1973	3,0%	4,0%	7,0%
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Púbcos	IASEP	Ley 27	1974			

Provincia	Obra Social	Sigla	Norma de Creación	Año	Aportes	Contribuciones	Total
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4 282	1987	4,0%	7,0%	11,0%
La Pampa	Servicio Médico Previsional	SEMPRE	Ley 1 170	1969	3,5%	4,5%	8,0%
La Rioja	Administración Provincial de la Obra Social	APOS	Ley 7 212	2001	4,0%	2,5%	6,5%
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 4 373	1963	5,0%	6,0%	11,0%
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568	1971			
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	Ley 611	1970			
Río Negro	Instituto Provincial del Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2 753	1993	3,5%	3,5%	7,0%
Salta	Instituto Provincial del Seguro	IPS	Ley 7 127	2001	5,5%	6,5%	12,0%
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y Asistencia Social	IPSA	Ley 4 680	1979	5,0%	6,0%	9,5%
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 118	2004	4,0%	4,0%	8,0%
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	Ley 364	1964	2,0%	3,5%	4,0%
Santa Fe	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8 288	1978	3,5%	6,0%	9,5%
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Ley 4 021	1973	5,0%	6,0%	11,0%
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 534	2001			
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	Ley 4 373	1975	4,5%	4,5%	9%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la normativa.

Por su parte, los recursos para el financiamiento del INSSJyP provienen de los aportes (3 por ciento) y contribuciones (2 por ciento) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3 – 6 por ciento) según el monto de los haberes percibidos, aunque la contribución de los empleadores se ha ido modificando a partir de la incorporación de diferentes deducciones especiales a lo largo del tiempo. También los aportes del Tesoro Nacional han constituido (y lo siguen haciendo) una importante fuente de financiamiento para el instituto.

Finalmente, se carece de información con respecto a las Obras Sociales que brindan cobertura a grupos poblacionales específicos. Estas entidades no se encuentran reguladas por ningún organismo público y cuentan con financiamiento en función de alícuotas que definen por resolución en cada caso y aseguran prestaciones a sus afiliados según sus propios criterios.

3.2. Gobernanza

Al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde la conducción del sector, en su conjunto, a través del dictado de normas y del diseño de programas y ejecución de acciones. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud (Goldschmit 2021).

En cuanto a la regulación, la SSSALUD constituye el organismo regulador del Sistema de Obras Sociales Nacionales y de Entidades de Medicina Prepaga. Este organismo tiene por objeto asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población (según Decreto 1 576/1998) y administrar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución[44] (Cetrángolo y Goldschmit 2018c).

De manera especial, debe notarse la ausencia de regulación en el caso de las Obras Sociales Provinciales y otras instituciones de salud. Sin embargo, las provincias participan del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La función de este ente es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, al evaluar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular (Cetrángolo y Goldschmit 2012).

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

Toda la población que se encuentre en el país tiene garantizada de manera gratuita la cobertura a través del sistema de salud público.[45] Asimismo, aquellos que se desempeñan en el mercado de trabajo formal público o privado cuentan con coberturas obligatorias adicionales brindadas por las instituciones de la seguridad social, que no son uniformes y dependen del nivel de ingresos de los trabajadores. Se trata de una cobertura primaria, duplicativa a la del sector público, brindada en prestadores propios o conveniados de cada institución. En el caso de las Obras Sociales Nacionales, en muchos casos, incorporan contratos con entidades de medicina prepaga para que sus afiliados utilicen parte o la totalidad de los aportes a la seguridad social para el pago de seguros privados que brindan como mínimo la cobertura del PMO asegurada por las Obras Sociales Nacionales en la red de prestadores privados de cada entidad. Adicionalmente, la población puede complementar la cobertura obligatoria con cobertura privada voluntaria en entidades de medicina prepaga.

3.4. Beneficios

Argentina cuenta con una cobertura integral y abarcativa a cargo del sector público. Todos los servicios de prevención, atención primaria y los diferentes niveles de complejidad hospitalaria, incluyendo medicamentos e insumos médicos, se encuentran asegurados en los centros de atención y hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales del sistema público de salud provisto por el estado. Los servicios de salud pública provistos por el Estado no cuentan con un listado definido de prestaciones, sino que ajustan la provisión en función de la disponibilidad de infraestructura, insumos y profesionales.

En el caso de la seguridad social, tal como se ha señalado, el subsistema comprende instituciones de distinta naturaleza que detentan importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos distintos que delimitan el financiamiento, los beneficiarios y los beneficios (Cetrángolo y Goldschmit 2012). Las obras sociales nacionales deben asegurar por ley un conjunto de prestaciones básicas (aunque abarcador y que se ha ido incrementando a lo largo del tiempo) definido por el

[44] El Fondo Solidario de Redistribución (FSR) fue creado en 1980 por la ley 22.269 para cubrir las contingencias financieras y económicas de las instituciones más deficitarias, financiar la creación de infraestructura y planes y programas de carácter social. Inicialmente, se financiaba con el 10 por ciento de los aportes y contribuciones destinado a las obras sociales y otros recursos, pero luego este porcentaje fue aumentando hasta alcanzar el 20 por ciento según el nivel de ingreso del afiliado.

[45] En la mayoría de las constituciones provinciales existen cláusulas vinculadas con el derecho a la salud. Tal es el caso de la Provincia de Buenos Aires (art. 36); Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA– (art. 20); Catamarca (art. 64); Córdoba (arts. 51 y 59); Chaco (art. 36); Chubut (art. 18, 2.); Entre Ríos (art. 19); Formosa (art. 80); Jujuy (art. 21); La Rioja (art. 57); Neuquén (art. 134); Río Negro (art. 59); Salta (art. 41); San Juan (art. 61); San Luis (art. 57); Santa Fe (art. 19); Santiago del Estero (arts. 16 y 21) y Tucumán (art. 146).

PMO.[46] Las prestaciones allí incluidas deben ser ofrecidas a los beneficiarios sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión, con excepción de los monotributistas y el personal de casas particulares, con quienes aplican algunos tiempos de espera para el acceso a todas las prestaciones del PMO[47] (Cetrángolo y Goldschmit 2018a). El marco normativo incluye una gran variedad de prestaciones entre las que se destacan el Plan Materno Infantil (PMI),[48] odontología, salud mental, salud sexual y reproductiva y medicamentos.

Las entidades de medicina prepaga se encuentran obligadas por ley a brindar las prestaciones incorporadas en el PMO. Sin embargo, estas ofrecen también planes superadores que incorporan prestaciones adicionales y mejor hotelería hospitalaria.

Por su parte, las obras sociales provinciales, aquellas dirigidas a grupos específicos de la población y el INSSJyP[49] cuentan con conjuntos de beneficios que definen en cada caso en los nomencladores de prestaciones cubiertas, aunque no existe un criterio común de cobertura y se aleja de lo establecido en el PMO.

De manera adicional, debe mencionarse que la red de protección social contempla algunos programas de protección social de ingresos que incorporan condicionalidades en salud. A nivel nacional se destaca la Asignación Universal por Hijo (AUH) dirigida a familias con hijos o hijas menores de 18 años, descendientes con discapacidad de cualquier edad o mujeres embarazadas ya sea que se encuentren desocupadas o se desempeñen en la economía informal (trabajadoras sin aportes a la seguridad social), personas empleadas domésticas y monotributistas sociales. El programa condiciona el pago de un 20 por ciento del monto de la transferencia a la certificación del cumplimiento de condicionalidades en salud (controles periódicos de salud y cumplimiento del calendario de vacunación) y educación (asistencia escolar para menores de 18 años). Según datos de CEPAL sobre la base de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) la cobertura efectiva de la AUH alcanzaba al 9,6 por ciento de la población en 2021 (CEPAL, s. f.).

3.5. Provisión de servicios

La provisión de los servicios de salud en Argentina se encuentra en manos de centros de atención primaria, hospitales públicos y clínicas y hospitales privados. Existe una variada gama de efectores públicos de distinta complejidad mayormente a cargo de las provincias, aunque en el caso de las provincias más grandes (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe) existen hospitales a cargo de los municipios. El subsistema público opera con la red de hospitales públicos en los tres niveles de gobierno, donde prevalece el pago mediante transferencias presupuestarias de salarios médicos e insumos.

El programa nacional Redes de Salud trabaja para desarrollar y consolidar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención de las 24 jurisdicciones con el objetivo de mejorar la accesibilidad y la cobertura a los servicios que brinda el sector público,

[46] El PMO se estructura en torno a cinco anexos:
- Anexo I - Cobertura: Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internamiento; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas. Coseguros.
- Anexo II -Catálogo de Prestaciones: listado de prestaciones que las Obras Sociales se encuentran obligadas a brindar según condiciones que se establecen.
- Anexo III - Estructura. Recomendaciones de Uso del Formulario Terapéutico.
- Anexo IV -Medicamentos del Formulario Terapéutico. Precios de referencia.
- Anexo V -Listado de medicamentos de excepción con recomendaciones de uso.

[47] Todos los monotributistas y el personal de casas particulares tienen garantizado el acceso progresivo a la cobertura de salud desde el inicio de su actividad, pudiendo acceder en forma inmediata a todas las prestaciones pertinentes al nivel ambulatorio y de urgencias y emergencias médicas del PMO (decreto 1/2010). A partir de los seis meses podrán acceder a las prestaciones de alta complejidad.

[48] El Plan Materno Infantil incluye cobertura al 100 por ciento de todas las prestaciones y medicaciones requeridas en el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento, la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, la atención del niño, tanto en internación como ambulatoria, vacunas obligatorias y leches maternizadas o de otro tipo que deba tomar el bebé.

[49] El INSSJyP contempla un paquete prestacional acorde con las características de su población afiliada. En este sentido, incorpora no solo prestaciones médicas y medicamentos gratuitos, sino también prestaciones sociales que incluyen la cobertura de alojamiento en residencias para mayores y programas preventivos que promueven el envejecimiento activo y saludable (cursos universitarios, turismo, colonias recreativas y actividades de autocuidado, entre otras). https://www.pami.org.ar/servicios/actividades-preventivas.

abarcando a 9 189 efectores de salud. El programa apunta a mejorar los mecanismos de coordinación asistencial entre efectores públicos, mediante formalización de turnos protegidos, de circuitos de referencia y contrarreferencia, estandarización de procesos asistenciales, diseño de circuitos de atención para redes y microrredes, entre otras acciones, para la población con cobertura pública exclusiva (sin considerar la seguridad social).

El subsistema de la seguridad social provee servicios con prestadores propios y también realiza contratos de provisión tanto con hospitales públicos como privados en función de la ubicación geográfica de la población afiliada (Cetrángolo y Goldschmit, no publicado).

Al interior de la seguridad social el INSSJyP emplea un modelo de Médicos de Cabecera que lleva el seguimiento de los afiliados y es responsable de la prescripción de los medicamentos, así como de la solicitud de estudios de diagnóstico y la derivación a especialistas o centros de salud. El INSSJyP emplea un mecanismo de pago mixto que contempla el pago de capitas y adicionales por prestación para los médicos de cabecera, en tanto que en el caso de otros prestadores prevalece el pago por prestación.

En el resto de la seguridad social y en el caso de la medicina prepaga, conviven diferentes modelos de atención de la salud, en algunos casos centralizados en médicos de cabecera para su derivación a especialistas y centros de mayor complejidad. En este contexto existen diversas modalidades de contratación de proveedores, aunque suele prevalecer el pago por prestación.

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Argentina presenta un sistema de cobertura universal al que puede acceder toda la población del país y está a cargo de los diferentes niveles de gobierno. Sin embargo, las disparidades provinciales repercuten en diferencias en el acceso en función de la ubicación geográfica de las personas y la escasa calidad y acceso a tiempo de las prestaciones repercute en un menor uso efectivo del sistema provisto por el sector público.

De manera adicional, la población que se desempeña en el mercado de trabajo formal cuenta con coberturas de salud adicionales que dependen de su nivel de ingresos. Aquellos con mayores recursos suelen acceder a entidades de medicina prepaga a partir de la afiliación voluntaria. El porcentaje de población que se encuentra cubierto por algún esquema de seguridad social asciende a 66 por ciento al primer semestre de 2022, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC); en tanto que la población con cobertura pública exclusiva se ubica en 33,9 por ciento.

En línea con estos datos, según información proveniente de la Secretaría de Estado de Salud, para 2017 la cobertura de la seguridad social ascendió a 62,7 por ciento de la población total. Las OSN brindaron cobertura al 35 por ciento de la población total, las OSP al 16,1 por ciento y el INSSJyP al 11,6 por ciento. Por su parte, la cobertura brindada por entidades de medicina prepaga se ubicó en 13,6 por ciento incluyendo aquellos que traspasan sus aportes de la seguridad social (Secretaría de Estado de Salud 2019).

Las últimas estimaciones oficiales disponibles para 2022 indican una cobertura de 61,4 por ciento proveniente de la seguridad social y de 14,7 por ciento por parte de las entidades de medicina prepaga. Al interior de la seguridad social la principal cobertura corresponde a las OSN (14,8 millones), seguidas por OSP (7,2 millones) y PAMI (5,2 millones) (Secretaría de Equidad en Salud - Ministerio de Salud 2023).

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Argentina en 2019 se ubicó en 0,73, por debajo del promedio de la región (0,77). Los mejores resultados se presentan en los sub-indicadores de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil (0,87) y de capacidad y acceso (0,85). Mientras que el subindicador de cobertura de enfermedades no trasmisibles se ubica en 0,48 (UHC Service Coverage Index (ODS 3.8.1), s. f.).

Argentina ha mostrado un progreso importante en sus indicadores de salud. La tasa de mortalidad infantil (TMI) se ubica en 2019 en 9,2 por 1 000 nacidos vivos para el total país, con lo cual continua el descenso observado desde principios de la década de los años 1980. La tasa de mortalidad infantil registró un descenso superior al 58 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 19,3 cada mil nacidos vivos en 2000 a 8,0 en 2021. Entre las razones que explican el pronunciado descenso desde el 2003 debe considerarse la implementación de planes y programas, impulsados por el Ministerio Nacional y acordados con los ministerios provinciales destinados a mejorar el acceso de la población a los servicios de prevención y atención de la salud y disminuir el número de causas de muerte por razones evitables. De acuerdo con indicadores básicos, en 2019 aún el 53,0 por ciento de las muertes neonatales eran reducibles.

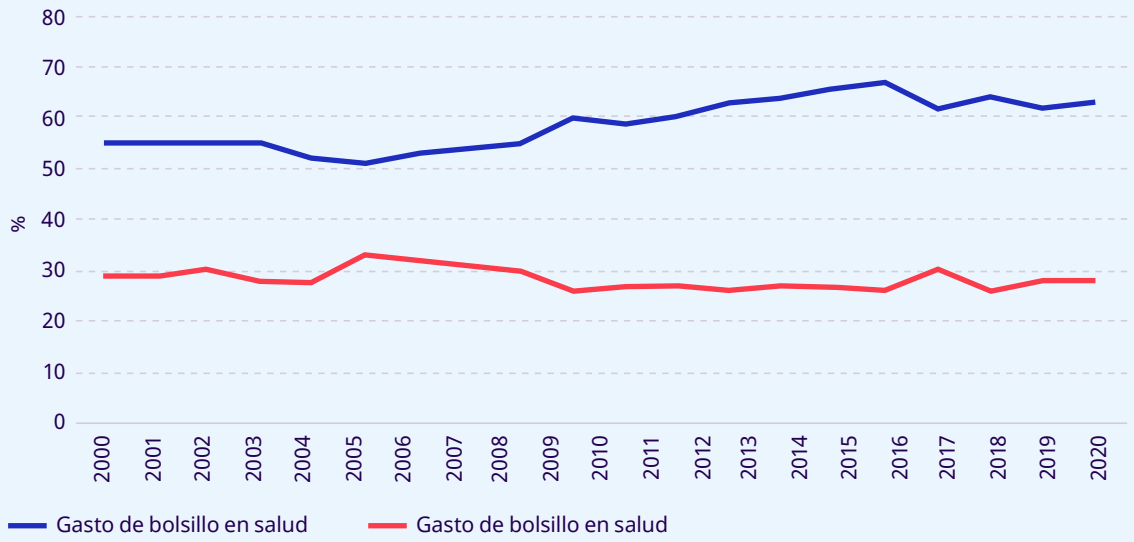
Esta tendencia fue acompañada por una disminución en la razón de mortalidad materna, que para 2017 se ubicó en 39 cada 10 000 nacidos vivos (-40,9 por ciento con relación a 2000), mientras que el porcentaje de partos que fueron atendidos por personal especializado ascendió al 98,8 por ciento en 2019. Sin embargo, debe notarse que si bien la cobertura efectiva de la protección social en la niñez, según datos de OIT se ubica en 79,8 por ciento, la cobertura en maternidad alcanza solo el 31,7 por ciento (OIT 2023).

4.3. Protección financiera

A pesar de la existencia de un sistema público de cobertura universal y gratuito, los niveles de gasto de bolsillo en Argentina resultan elevados. Según datos de la OMS, para 2020 el gasto de bolsillo ascendió a 24,2 por ciento del total del gasto corriente en salud; pese a representar una reducción en relación con los registros de 2019 (26,8 por ciento) y mostrar un comportamiento levemente descendente en el tiempo, aún representan una gran proporción del gasto corriente OMS (2022).. Ello da cuenta de un reducido nivel de protección financiera provisto por el sistema público, especialmente para el caso de la población vulnerable. En particular, según datos de las Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) en 2017 los hogares destinaron un 6,4 por ciento del gasto total a bienes y servicios de salud. Cerca del 75 por ciento de ese gasto se compone de la suma del gasto en medicamentos y en afiliaciones mientras que el 25 por ciento restante está constituido por el gasto en internaciones, dispositivos médicos, consultas médicas, odontológicas y otras.

El gasto en salud de los hogares presenta marcadas diferencias al analizar su distribución a lo largo de los quintiles de ingreso per capita. En valores absolutos, solo los hogares que se agrupan en el quinto quintil de la distribución del ingreso abarcan el 40,5 por ciento del gasto total en salud y al sumarle el gasto del cuarto quintil se tiene el 64,3 por ciento del gasto total en salud; mientras que el primer quintil de la distribución solo realiza el 7,6 por ciento del gasto total en salud. El cociente del gasto total en salud entre el quinto quintil y el primer quintil es de 5,2. Sin embargo, al descomponer el gasto total en salud relativo al ingreso total de los hogares se observa que la proporción del gasto en medicamentos es decreciente con el nivel de ingresos, lo que evidenciaría un problema de equidad en el acceso a estos. En el quintil de menores ingresos el gasto en medicamentos representa 2,6 por ciento del ingreso total del hogar, mientras que en el quintil de mayores ingresos representa 1,3 por ciento; exactamente la mitad (gráfico 2) (Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud 2021).

▶ **Gráfico 2. Argentina. Esquemas de financiamiento público** (incluyendo seguridad social) **y gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto corriente en salud, 2000-2019**



Fuente: OMS (2022).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

En una primera aproximación a la oferta del sistema sorprende la cantidad de recursos disponibles en el país. Tanto la cantidad de establecimientos de salud, las camas disponibles y la cantidad de médicos se ubican en valores superiores a la mayoría de los países de la región (Cetrángolo y Goldschmit, no publicado). Sin embargo, la segmentación y mala distribución de los recursos físicos a lo largo del país da lugar a establecimientos vacíos, sin equipamiento o sin médicos especialistas en algunas localidades y establecimientos superpoblados en otros lugares. La Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC), a partir de datos del Registro Federal de Establecimientos (REFES) para 2021, muestra la existencia de un total de 32 857 establecimientos en todo el país, de los cuales 11 912 (36,4 por ciento) corresponden a establecimientos con financiamiento público; de ellos 1 815 establecimientos ofrecen servicio de internamiento. La distribución de estos centros por provincia muestra una elevada concentración en las jurisdicciones más pobladas (Pioletti 2021).

En esta línea, se toman datos del Registro Único de Profesionales de la Salud (RUP) y se muestra que Argentina presenta — en promedio — 498 profesionales de la salud cada 100 000 habitantes, lo que indica un nivel elevado de recursos humanos en el sector, si se toma como referencia los estándares internacionales[50] y teniendo en cuenta el promedio de 200 cada 100 000 habitantes en países de América Latina (OECD y The World Bank 2020). Al desagregar el indicador a nivel provincial se observa una brecha de 5,6 entre el máximo (1 216 en CABA) y el mínimo (219 en Formosa). Lo que permite observar un indicador decreciente a medida que se observan las provincias de menor desarrollo relativo. Ello refleja la ausencia de patrones claros en la política de recursos humanos del sector (Cetrángolo y Goldschmit mimeo).

[50] OPS definió como meta regional que todos los países alcancen una razón de densidad de recursos humanos en salud de 25 profesionales por 10 000 habitantes (OPS 2011).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

En Argentina, el acceso a la salud es de carácter universal; sin embargo, existen diversas barreras de acceso (tiempos de espera prolongados, escasez de turnos, falta de insumos hospitalarios, entre otros aspectos) que restringen la demanda efectiva y a tiempo a los servicios de salud para la población. Ello se verifica en mayor medida en el caso del subsistema público, pero también hay restricciones a la cobertura en el caso de la Seguridad Social (y la medicina prepaga), que redunda en reclamos administrativos ante la SSSALUD, dada la negativa de cobertura de prestaciones incorporadas en el PMO. En este marco ha habido varios intentos de creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de la Salud (AGNET), con el fin de incorporar criterios de seguridad, eficacia, efectividad, costos e impacto global de las tecnologías sanitarias, que den sustento a la composición prestacional del PMO y permitan reducir el nivel de litigiosidad relacionado con la cobertura de tratamientos, procedimientos clínicos y medicamentos.[51] En vista de que ningún proyecto logró aprobarse, el Ministerio de Salud dispuso, a partir de la resolución 623 de 2018, la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC); la cual se propone evaluar los medicamentos; los dispositivos médicos, las técnicas, los procedimientos clínicos y quirúrgicos a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación tanto para su financiamiento como para la cobertura, a través de guías de práctica clínica y protocolos de uso de las tecnologías sanitarias.

Con el propósito de garantizar la calidad del sistema de salud en su conjunto, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud, creado en 1992, tiene por objeto el diseño de instrumentos, la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país. Allí se definen las directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud, las guías de práctica clínica y otras herramientas de estandarización de los procesos asistenciales con ámbito de aplicación en todo el país y todo el Sistema de salud.

Costanzo *et al* (2016) presentan una evaluación de las características y calidad de atención de los CAPS en dos provincias argentinas y encuentran que el nivel de calidad global, expresado en porcentaje promedio de cumplimiento de los estándares de calidad definidos en el estudio, fue de 58+- 14 por ciento. Las áreas de mayor desarrollo se relacionan con insumos, recursos materiales y actividades de organización, contrario a la creencia habitual sobre el desabastecimiento de los prestadores del subsector estatal. Mientras que las áreas identificadas como de menor desarrollo tienen que ver con las normas de atención, recursos humanos y el régimen de información (Costanzo *et al.* s. f.). En el mismo sentido, Laurenza realiza una encuesta a establecimientos públicos de atención ambulatoria en el periodo 2009-2012 y encuentra que los aspectos que presentan mayor inaceptabilidad en el ámbito público se vinculan con los turnos (22,6 por ciento) y el trato del personal (21,4 por ciento) (Laurenza s. f.).

Los servicios de salud tienen que adaptarse al aumento de la longevidad. Argentina cuenta con una población total de 45,3 millones de habitantes (2021), con 92,5 por ciento de población urbana. La población mayor de 65 años representaba 11,8 por ciento del total en 2020, lo que implica un aumento de 2,1 puntos porcentuales con respecto del 2000. En lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, para 2022 fue de 76 años, lo que representa un aumento de 3,6 años respecto de lo informado en el 2000 (Perfil de País - Argentina 2022). Además, es importante resaltar que en Argentina, el 89,8 por ciento de población mayor de 65 años tiene cobertura efectiva de la protección social ante la vejez y el indicador asciende a 100,0 por ciento en el caso de la población con discapacidad (OIT 2023). Esta situación es relevante considerando la transición demográfica que atraviesa el país y la creciente necesidad de incorporar políticas y prestaciones de cuidados a largo plazo.

[51] En 2016 el Poder Ejecutivo Nacional presentó un proyecto en el Senado de la Nación (82/16). En 2018 hubo un nuevo intento mediante el proyecto 1379/18.

5. Desafíos

A pesar de la amplia cobertura y garantía legal de la protección social en salud que existe en Argentina, persisten problemas de eficiencia y equidad en el acceso a los servicios. Ello se vincula, por un lado, con la existencia de un esquema de financiamiento fragmentado, con escasos componentes solidarios donde se superponen coberturas para ciertos grupos de la población. Por otra parte, la provisión de los servicios se encuentra segmentada en los diferentes subsectores que lo componen con escasa o nula articulación entre ellos.

El paquete prestacional no es igual para los diferentes segmentos del sistema, lo que constituye una fuente de inequidad importante. La creación reciente de la CONETEC da cuenta de los esfuerzos que está realizando el gobierno para orientar la asignación de recursos hacia las prestaciones costo efectivas al interior de la seguridad social.

De manera adicional, la protección financiera brindada por los servicios públicos de salud del Estado es insuficiente. Los problemas de acceso a las prestaciones derivan en un elevado gasto de bolsillo, con un fuerte peso del gasto en medicamentos en los quintiles de menores ingresos, con un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares.

La irrupción de la pandemia por COVID-19 ha dejado en evidencia la relevancia que adquiere la coordinación al interior del sistema de salud. El papel rector que debe asumir el gobierno nacional resulta indelegable. La mayor asignación presupuestaria para la adquisición de vacunas y su disposición a toda la población ha demostrado la importancia de incrementar los recursos presupuestarios del gobierno nacional y fortalecer su rol rector para la coordinación de todo el sistema.

Los desafíos que deberían ser enfrentados para alcanzar un sistema de salud que brinde cobertura universal, homogénea, suficiente, de calidad y de manera eficiente, demandan cambios en la organización sectorial.

Se señalan a continuación algunos aspectos por tener en consideración:

- Fortalecer el papel rector y compensador a cargo del nivel central del gobierno. En este sentido, resulta necesario avanzar en la incorporación de políticas de compensación regional frente a un esquema de provisión descentralizada y de fuertes disparidades territoriales.
- Redefinición de las características y localización de la infraestructura sectorial e incorporación de incentivos a los recursos humanos, en función de las Redes de Atención.
- Los cambios en la provisión pública serán insuficientes si paralelamente no se logran avances en la articulación, integración, eficiencia y equidad de la seguridad social, como paso previo a la equiparación de coberturas aseguradas con fondos públicos.
- En este sentido, debe avanzarse en la regulación de los seguros provinciales e introducir, entre otros servicios, paquetes definidos de prestaciones, como el PMO.
- Paralelamente, se deberá fortalecer la regulación del sector privado que aún presenta un desarrollo muy incipiente y muchos aspectos de ella aún no se encuentran reglamentados o en ejecución.
- Para que la cobertura universal y equitativa se constituya en un derecho efectivo de la población deberían hacerse explícitas las garantías, de manera que puedan ser exigibles por todos los ciudadanos, sin barreras de ingreso o información y con independencia de la localización, el tipo de cobertura o el riesgo de las personas (Cetrángolo y Goldschmit, no publicado).

6. Principales lecciones aprendidas

- El caso argentino ha dejado en evidencia los problemas que genera la fragmentación y segmentación al interior de los sistemas de salud. Aumentar el gasto no siempre constituye la solución de los problemas. En efecto, el elevado gasto en salud no tiene su correlato a nivel prestacional.
- La coordinación en un sistema muy segmentado se presenta como una necesidad imperiosa, donde el rol del gobierno central adquiere mayor relevancia para compensar disparidades en territorios muy diversos y con responsabilidad en la provisión de los servicios de salud.
- El reducido gasto en el subsistema público, en especial del gobierno central, restringe estas posibilidades y repercute en elevados niveles de gasto de bolsillo por parte de los hogares, lo que se traduce en problemas de equidad en el sistema.
- Adicionalmente, la definición de un paquete prestacional que resulte financieramente sostenible y que se encuentre asegurado para toda la población con independencia del tipo de cobertura al que accede, los niveles de ingresos, la inserción laboral y la ubicación geográfica resulta de relevancia, así como su divulgación y conocimiento por parte de toda la población.

Referencias

Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de Economía de la Salud. 2021. *Gasto de los hogares en salud*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1_engho1_gasto_de_los_hogares_en_salud_primera_parte_kc-mx.pdf.

———. 2022. *Gasto en salud en Argentina: Análisis para 2017-2020*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-gasto-en-salud-2017-2020_ss.pdf.

Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Equidad en Salud. 2023. *Coberturas de Salud en Argentina*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf.

Bisang, R. y O. Cetrángolo. 1998. *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31145/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f. «Programas de transferencias condicionadas—Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe». Consultada el 19 de marzo de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc.

Cetrángolo, O. y F. Devoto. 2002. *Organización de la Salud en Argentina y Equidad*.

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit. 2012. *Sistema de salud argentino: Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal*. Banco Mundial.

———. 2018a. *Obras sociales en Argentina: Origen y actualidad de un sistema altamente desigual*. Fundación CECE. http://fcece.org.ar/obras-sociales-en-argentina-origen-ysituacion-actual-de-un-sistema-altamente-desigual/.

———. 2018b. *Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina*. https://iiep-baires.econ.uba.ar/publicacion/449.

———. 2018c. *Organización y financiamiento de la provisión pública en un país federal: El caso argentino*. https://iiep-baires.econ.uba.ar/publicacion/447.

———. s. f. «Federalismo y fragmentación de derechos en el sistema de salud argentino». *Relaciones intergubernamentales y políticas social en Argentina*.

Costanzo, F. A., S. Barragán, G. Etchegoyen y J. M. Paganini. s. f. «Evaluación de calidad de atención en centros de atención primaria de salud».

FMI (Fondo Monetario Internacional). 2023. «World Economic Outlook Database».

Goldschmit, A. 2021. *Recursos de la seguridad social en la Argentina y análisis de alternativas de financiamiento de un Sistema Nacional Integral de Cuidados*.

Laurenza, D. M. s. f. «Análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público».

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y Banco Mundial. 2020. *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD. https://doi.org/10.1787/740f9640-es.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. s. f. «UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) ». Consultada el 8 de marzo de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2011. *Manual de medición y monitoreo: Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS-Manual-medicion-MetasReg-2011.pdf.

———. 2022. «Perfil de país—Argentina». *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-argentina.

Pioletti, E. 2021. «Caracterización del sistema de salud argentino». Oficina de Presupuesto del Congreso. https://opc.gob.ar/otros/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/.

Secretaría de Estado de Salud. 2019. *Cuánto gasta Argentina en salud?*

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Óscar D. Cetrángolo. Con el beneficio de los aportes de Guillermo Montt, Pablo Casali y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

©ILO/Marcel Crozet

1. Introducción

Bolivia es uno de los países de América Latina con uno de los niveles más bajos de desarrollo humano, a pesar de los progresos notables en las últimas décadas. El país reflejó en el año 2021 un producto interno bruto *per capita* de 3 345,2 dólares. Adicionalmente, se ubicó en el puesto 118 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano, por lo que se clasifica como una nación con un desarrollo humano de nivel medio, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (0.754) (Naciones Unidas 2022).

El sistema de protección social en salud de Bolivia brinda cobertura a la población residente y a la población extranjera con discapacidad, de la tercera edad, niños y mujeres embarazadas. El sistema de salud es atendido por un sector público y privado. En el sector público se encuentra principalmente el Ministerio de Salud y Deportes, ente que provee de servicios de salud a la población no asegurada a través de una red con despliegue y responsabilidades a nivel territorial y las cajas de seguro (Caja Nacional de Salud y cajas de seguro a corto plazo), las que cubren a los trabajadores formales y sus familias. Mientra que el sector privado participa en la prestación de los servicios de salud sin que sea integrado en programas de protección social en salud, lo cual genera un gasto de bolsillo significativo pese a los esfuerzos por ampliar la cobertura pública. La cobertura total de los regímenes públicos alcanzó el 81,2 por ciento en 2021, incluyendo la cobertura de las cajas de seguridad social a corto plazo que, para el 2018, correspondía al 36 por ciento de la población (Instituto Nacional de Estadística 2021).

2. Contexto

El sistema de salud boliviano históricamente ha enfrentado grandes retos en cuanto a cobertura, acceso y calidad, sumados a un bajo nivel de gasto en salud. La implementación del Sistema Único de Salud (SUS) a partir del año 2019, busca avanzar hacia el objetivo de cobertura universal de salud y el derecho a la atención médica. Los indicadores de salud en general han mejorado considerablemente, como la ampliación de la cobertura y la disminución constante del gasto de bolsillo, que pasó del 33 por ciento en 2010 al 19 por ciento en el año 2020, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 1956 nació el Sistema de Seguridad Social con la promulgación del Código de Seguridad Social, el cual se ha mantenido vigente hasta la actualidad. El sistema incluye prestaciones de Régimen del Seguro Social Obligatorio, Régimen de Asignaciones Familiares y el Régimen de Vivienda de Interés Social. El código ha presentado algunas reformas, entre las principales la de 1972, con la que nacieron las cajas de salud como entidades gestoras del seguro social obligatorio y asignaciones familiares; así como la reforma estructural del sistema de seguridad social de 1997, que cambió el sistema de pensiones a capitalización individual, a cargo de administradoras privadas de fondos de pensiones (AFPs).

En 2009 se realizó un referéndum nacional que, con un 64 por ciento de votación, aprobó la nueva Constitución Política del Estado (CPE); en ese mismo año fue promulgada y estableció en su artículo 37 que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar el derecho a la salud, lo cual se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. El artículo 45 de la CPE establece que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social y que esta se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia (Constitución Política del Estado 2009).

En 2010, con la ley de Autonomías y Descentralización, se otorgó a los departamentos la competencia sobre el funcionamiento de los establecimientos de tercer nivel y a los municipios sobre la administración de las unidades de primer y segundo nivel, además de otras acciones en salud.

Siempre en 2010, la ley Núm. 065 estableció la administración del Sistema Integral de Pensiones, así como las prestaciones y beneficios que otorga a los bolivianos y las bolivianas, en sujeción a lo dispuesto en la Constitución Política del Estado. También determinó que los Fondos del Sistema Integral de Pensiones fueran administrados y representados por la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (ley de pensiones 2010).

En 2013 se promulgó la ley Núm. 475 "Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia" con el fin de establecer y regular la atención integral y protección financiera en salud. Sin embargo, su implementación tuvo un bajo alcance por falta de difusión y la poca capacidad de los establecimientos de salud. En 2019, la ley 1152 introdujo modificaciones orientadas a la creación del SUS.

Actualmente, el sistema de salud público lo conforman la seguridad social de corto plazo, a cargo de las cajas de salud y el SUS, administrado por el Ministerio de Salud y Deportes. Las cajas de salud cuentan con su propia red de salud y tienen como función la promoción de la salud y el otorgamiento de las prestaciones en especie y en dinero de los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. El SUS brinda asistencia en salud a la población no cubierta por las cajas de salud en coordinación con los servicios municipales y departamentales de salud. Adicionalmente, existen gobiernos autónomos que cuentan con seguros de salud, como es el caso del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) y Seguro Universal de Salud Autónomo de Beni (SUSA), que sostienen convenios con el Ministerio de Salud para la complementariedad con el SUS.

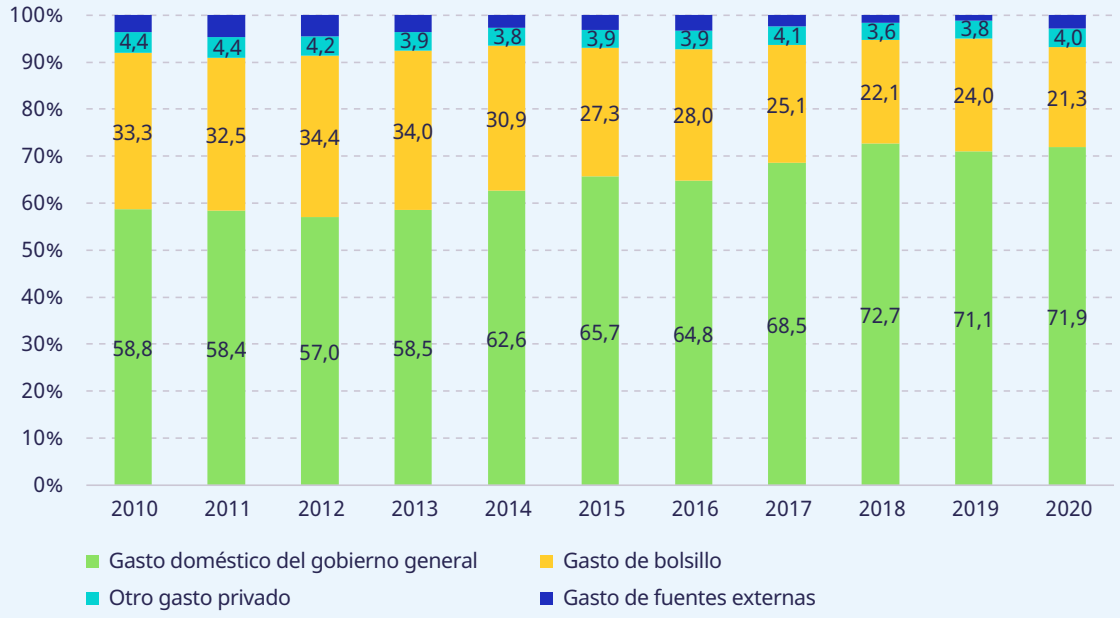
3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

El gasto en salud en Bolivia representa el 7,9 por ciento del producto interno bruto (2020). El nivel de esfuerzo del país en salud se ha incrementado de forma importante en los últimos años. En el año 2000, el gasto en salud como porcentaje del PIB era del 4,4 por ciento, en 2010 se incrementó al 5,2 por ciento y para el 2020 se aumentó en 2,6 puntos porcentuales. El gasto público representó en 2020 el 71,9 por ciento del gasto total en salud y el gasto de bolsillo tuvo una participación del 21,3 por ciento. Desde el 2010, la participación del gasto público en el financiamiento de la salud se ha incrementado de forma importante lo cual ha incidido en la reducción del gasto que realizan directamente los hogares. El gasto en salud *per capita* en 2020 fue de 241,1 dólares estadounidenses, lo que ubica al país como uno de los más bajos de América Latina (gráfico 1).

▶ Gráfico 1. Bolivia: Estructura del gasto corriente en salud, por fuente de financiamiento (en porcentaje)



Fuente: OMS (2022).

Si se desagrega el gasto *per capita* de la seguridad social por sus entes gestores, se observa las grandes brechas existentes entre ellos (cuadro 1).

Cuadro 1. Bolivia: Gasto per capita de los entes gestores de la seguridad social de corto plazo Gestión 2021 (en Bs.)

Entes gestores	Gasto en salud (en Bs.)	Población	Gasto *per capita*
Caja Nacional de Salud	4.556.782.492,04	3.668.801	1.242
Caja Petrolera de Salud	1.261.447.012,78	257.002	4.908
Caja de Salud CORDES	335.273.594,05	105.372	3.182
Caja de Salud de Caminos	163.020.224,87	72.881	2.237
Seguro Integral de Salud (SINEC)	52.051.854,21	14.161	3.676
Caja de la Banca Estatal de Salud	140.474.721,73	31.477	4.463
Caja de Salud de la Banca Privada	580.452.756,00	108.129	5.368
Seguro Social Universitario Cochabamba	115.251.963,80	10.955	10.520
Seguro Social Universitario Santa Cruz	111.539.349,28	10.000	11.154
Seguro Social Universitario La Paz	94.286.651,55	14.881	6.336
Seguro Social Universitario Tarija	24.416.454,08	3.398	7.186
Seguro Social Universitario Chuquisaca	47.727.223,46	6.165	7.742
Seguro Social Universitario Potosí	38.700.204,04	4.296	9.008
Seguro Social Universitario Oruro	22.734.603,05	3.903	5.825
Seguro Social Universitario Beni	17.668.369,47	5.383	3.282
PROMEDIO de la S.S. de CORTO PLAZO	7.561.827.474,41	4.316.804	1.752

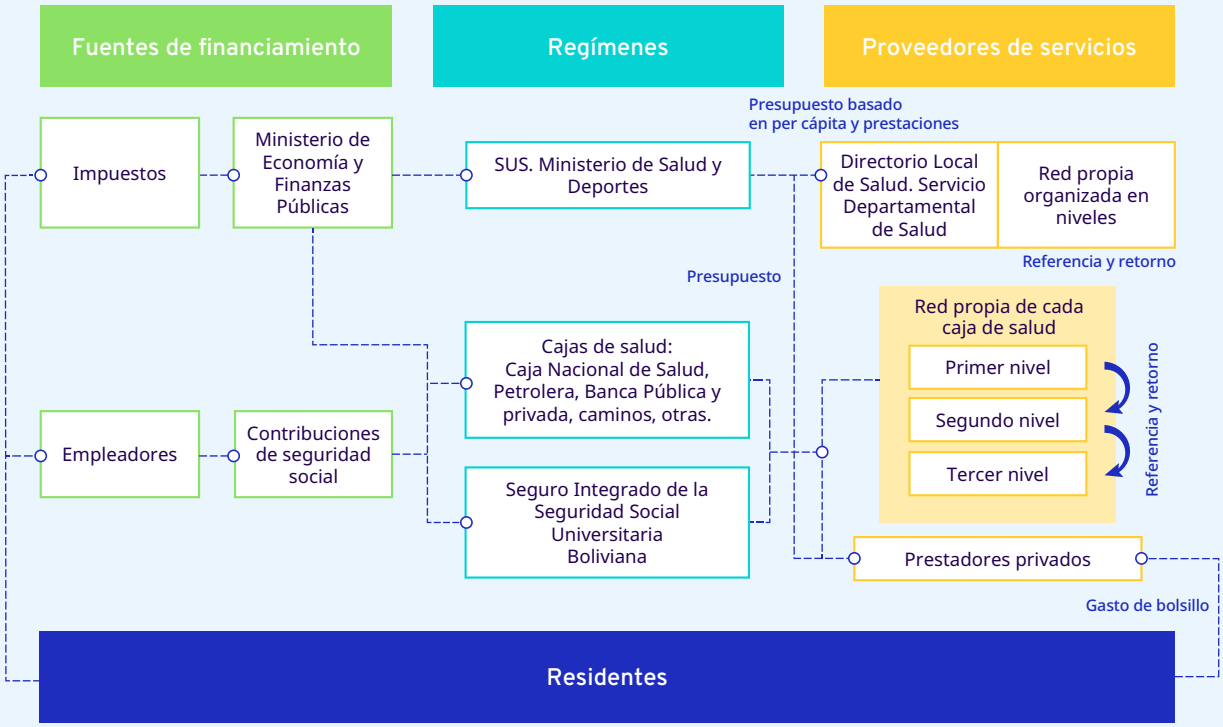
Fuente: ASUSS (2022)

El gasto *per capita* anual promedio de la seguridad social fue de Bs. 1.752, equivalente a US$ 251,7. La Caja Nacional de Salud tiene el gasto *per capita* anual más bajo igual a Bs. 1.242 (U$ 178.4) y el Seguro Social Universitario de Santa Cruz tiene el gasto per capita anual más alto con Bs. 11.154 (US$ 1.603), 6,4 veces más que el gasto *per capita* de la Caja Nacional de Salud.

ii) Flujos financieros del sistema

En Bolivia existe una marcada fragmentación del financiamiento del sector, así como una falta de mancomunación de los recursos y de los riesgos de la población a nivel nacional. El SUS y cada una de las cajas de salud del régimen de seguridad social a corto plazo gestionan sus propios recursos y los distribuyen para la prestación de servicios de sus establecimientos. En el régimen de seguridad social de corto plazo no existe separación de funciones entre el comprador y proveedor de servicios, funciones que recaen en cada una de las cajas y su propia red de establecimientos. En el SUS, el Ministerio de Salud y Deportes compra a los servicios departamentales y municipales de salud las prestaciones para los beneficiarios del SUS y también tiene sus propios establecimientos (diagrama 1).

▶ Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de Bolivia



Elaboración: propia.

iii) Fuentes de financiamiento

En el ámbito público, el financiamiento proviene de los fondos del tesoro, recursos de la cuenta especial Diálogo 2000, la coparticipación tributaria municipal y el impuesto directo a los hidrocarburos (ley 475. Ley de prestaciones servicios de salud integral 2013). Con los recursos del tesoro se financia el talento humano, programas nacionales de salud; así como las prestaciones del tercer y cuarto nivel. Los fondos de los gobiernos autónomos municipales financian la atención en el primer y segundo nivel de atención con el 15,5 por ciento de los recursos de la coparticipación tributaria municipal (ley 1152. Ley modificatoria de la ley 475, 2019).

Para el régimen financiado por el gobierno existe el Fondo Compensatorio Nacional de Salud (COMSALUD), administrado por el Ministerio de Salud; cuyo objetivo es complementar las cuentas municipales de salud cuando los recursos disponibles de los gobiernos locales sean insuficientes para cubrir las prestaciones de salud. Los fondos transferidos se utilizan para la reposición de medicamentos, insumos, reactivos y alimentación de pacientes (ley Núm. 1069 2018).

En el régimen de seguridad social a corto plazo, las cajas de salud se financian con un aporte de los empleadores del 10 por ciento sobre las remuneraciones de los trabajadores asegurados. El Estado aporta con el 1 por ciento sobre el total de las remuneraciones por los asegurados con la finalidad de cubrir los desajustes registrados entre los diferentes gestores (ley Núm. 924 1987, p. 924). Existen nueve cajas de salud que cubren a población trabajadora específica como banca privada, sector petrolero, banca pública, militares, principalmente. Entre estas cajas también se encuentra la Caja Nacional de Salud que cubre a la población trabajadora en general y al Sistema Integrado de la Seguridad Social Universitaria Boliviana, entidad conformada por Seguros Sociales universitarios regionales.

El 45,7 por ciento del gasto en salud es financiado con recursos del gobierno y el 28,7 por ciento con recursos de la seguridad social (OMS 2022).

Bolivia es uno de los países de la región que aún mantiene en la cooperación externa una fuente de financiamiento, aunque esta se ha reducido significativamente. En 2020, el 2,86 por ciento del gasto provino de fuentes externas.

3.2. Gobernanza

El Ministerio de Salud y Deportes es el rector de todo el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores público, privado y de la seguridad social a corto plazo. Es responsable de la formulación de la política, los planes y las estrategias en el nivel nacional y de emitir la normativa que regula el sector. A nivel departamental, el Servicio Departamental de Salud es la instancia técnica que articula las políticas para en plano nacional y descentralizado, coordina y articula la gestión de servicios. En el municipio, el Directorio Local de Salud (DILOS) es la instancia responsable de la gestión sanitaria y de la implementación del modelo de atención en el ámbito local, políticas y programas en salud (Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia 2008).

La Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS) es la entidad responsable de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la seguridad social de corto plazo, comprende las instituciones que cubren los riesgos de maternidad y enfermedad. La ASUSS cuenta con un consejo técnico consultivo de asesoría y consulta que emite las recomendaciones para el sistema; participan de su consejo representantes técnicos de las cajas de salud y demás entes gestores, representantes laborales del sector tanto activo como del pasivo y personal técnico del Ministerio de Salud y Deportes (decreto Supremo Núm. 356 2018).

En la actualidad, las entidades gestoras de la seguridad social de corto plazo son 16, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Caja Nacional de Salud
2. Caja Petrolera de Salud
3. Caja de Salud de la Banca Privada
4. Caja Bancaria Estatal de Salud
5. Caja de Salud de las Corporaciones de Desarrollo - CORDES
6. Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas
7. Corporación del Seguro Social Militar - COSSMIL
8. Seguro Integral de Salud (SINEC)
9. Seguro Social Universitario La Paz
10. Seguro Social Universitario Oruro
11. Seguro Social Universitario Potosí
12. Seguro Social Universitario Cochabamba
13. Seguro Social Universitario Sucre
14. Seguro Social Universitario Tarija
15. Seguro Social Universitario Santa Cruz
16. Seguro Social Universitario Beni

Cada caja de salud cuenta con un directorio que es el órgano superior de las instituciones y cumple funciones normativas, resolutivas y de fiscalización. Cada una de ellas está conformada por representantes del gobierno, de los empleadores, de los trabajadores y de jubilados, en un número que varía en función de cada caja. Cada seguro social universitario se constituye en un ente gestor ya que tiene autonomía de gestión y administración.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

En el subsector público de salud son beneficiarios "a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo. b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las [sic] y los bolivianos, de acuerdo a [sic] la presente Ley c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto; 2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; 3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad [sic]; 4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años [sic] de edad; 5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a [sic] normativa vigente". (ley Núm. 1152. Ley modificatoria a la ley Núm. 475 2019, p. 11).

Para la cobertura del SUS se lleva a cabo un proceso de inscripción en el que se realiza la verificación de que la persona no esté afiliada a una caja de seguridad de corto plazo. La inscripción al SUS habilita el ingreso para atención en el primer nivel; este proceso no se aplica para emergencias, donde la atención se brinda independientemente del registro.

El régimen de seguridad social definido en el Código de Seguridad Social es "obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos [sic], que trabajan en el territorio de la República y prestan servicio remunerado para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sean éstos [sic] de carácter privado o público, expresos o presuntos" (Código de Seguridad Social 1956). En el Código de Seguridad Social y su reglamento se estipula el aseguramiento obligatorio sin distinción del tamaño de la empresa.

Los familiares de los trabajadores son beneficiarios de la cobertura de los riesgos de enfermedad. Son beneficiarios la esposa o conviviente, los hijos hasta 16 años o 19 años si estudian o tienen discapacidad, el padre con discapacidad reconocido por los servicios médicos de la Caja y la madre, siempre que no dispongan de rentas personales para su subsistencia; así como los hermanos huérfanos hasta 16 años o 19 si estudian o tienen discapacidad, que vivan en el hogar del asegurado (Código de Seguridad Social 1956).

3.4. Beneficios

El paquete de beneficios del Sistema Único de Salud se encuentra detallado en la Guía Técnica para la Atención Integral del Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. El Ministerio es quien aprueba la lista de servicios de salud y cada establecimiento elabora una cartera de servicios de acuerdo con su capacidad física y el nivel de atención. La gratuidad del SUS está garantizada por la nueva Constitución Política del país.

Los servicios ofertados en el primer nivel son promoción de la salud; prevención de enfermedades en las que se establecen consultas médicas periódicas, consultas de control de crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, exámenes la prevención de enfermedades específicas, vacunación y atención odontológica; tratamiento de enfermedades infecciosas; tratamiento de enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, del sistema nervioso, ojos, oídos, cardiocirculatorio, respiratorias, digestivas, odontológicas, genitorurinario; atención del embarazo, parto y puerperio; atención al recién nacido; atención de traumatismos, heridas y envenenamientos; servicio de rehabilitación; laboratorio y telesalud.

En el segundo nivel se establecen las enfermedades de las especialidades derivadas del primer nivel que necesitan una atención más especializada, así como el servicio de banco de sangre y hemocomponentes.

En el tercer nivel se atienden enfermedades de la sangre; lesiones premalignas de cuello uterino; cáncer en niños; enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, como insuficiencia renal y desnutrición severa; enfermedades graves infecciosas y parasitarias, del sistema nervioso y de otras especialidades; trastornos mentales; atenciones quirúrgicas, emergencias y cuidados intensivos (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2023).

Adicionalmente, se encuentra establecido en el Reglamento a la ley Núm. 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS Núm. 1984 de 2014, que para la atención de beneficiarios se utilizarán la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales — LINAME, Lista de Dispositivos Médicos Esenciales y Lista Plurinacional de Productos Naturales y Tradicionales — LIPAT.

Las prestaciones de las cajas de seguro social a corto plazo incluyen asistencia médica general y especializada, intervenciones quirúrgicas, atención odontológica, provisión de medicamentos y, en el caso de enfermedades profesionales, servicio de rehabilitación y fisioterapia. Además, se incluye programas de medicina preventiva, como vacunación contra enfermedades transmisibles; servicios de higiene materna e infantil, para la protección de la madre y del niño en las diferentes etapas de la vida; servicios de higiene dental y profiláctica; entre otros. El Código de Seguridad Social y su reglamento no prevén copagos o tasas moderadoras en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

El artículo 45 de la CPE de 2009 establece que el régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

Para la población afiliada a la seguridad social, las prestaciones en dinero corresponden a un subsidio por enfermedad, subsidio de maternidad o por riesgos profesionales; así como asignaciones familiares como subsidio de natalidad, lactancia y gastos de sepelio (Reglamento del Código de Seguridad Social, 1959). Para contar con la cobertura de los beneficios por vejez, invalidez y muerte, la población debío afiliarse a una Administradora de Fondo de Pensiones (AFP), esto antes del 15 de mayo de 2023, la cual administraba su Cuenta de Capitalización Individual (CCI). Desde esa fecha, la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo reemplazó a las AFP.

3.5. Provisión de servicios

Los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud y Deportes se encuentran estructurados en cuatro niveles de atención, principalmente entregados a través de su propia red de establecimientos, y solo en casos de referencia justificada pueden ser provistos mediante establecimientos privados y de la seguridad de corto plazo contratados por el Ministerio a través de convenios y pagados directamente por este a través de presupuestos. El Sistema Único de Salud brinda servicios a la población adscrita al primer nivel de atención y en establecimientos de segundo y tercer nivel.

En el marco del modelo de gestión del SUS se ha establecido un modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) que busca la articulación de médicos académicos y tradicionales dentro de las comunidades (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2013).

El primer nivel de atención está conformado por puestos de salud, centros de salud integrales, con internación y ambulatorios, y policonsultorios. En este nivel se prestan atenciones básicas en medicina general y enfermería, además — dependiendo del tipo de centro — pueden tener consultas ambulatorias de especialidades, incluidas las de los servicios de odontología, vacunación y exámenes de laboratorio, así como la provisión de medicamentos e insumos médicos. Además del diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, realizan funciones de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (ley 1152. Ley modificatoria a la ley 475 2019, p. 15; Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2019a).

El segundo nivel ofrece servicio de hospitalización y atención referida del primer nivel, a través de su red de hospitales en las especialidades básicas de ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y anestesiología, también medicamentos y exámenes de laboratorio. Adicionalmente, realiza funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Los hospitales del tercer nivel de atención cuentan con todas las especialidades médicas por lo que tienen mayor capacidad resolutiva y tecnológica, atendiendo enfermedades de mayor complejidad referidas del primer y segundo nivel. Dentro de los servicios que presta están los de tomografía, psicología, banco

de leche y otros (Defensoría de Pueblo 2022). Solo los casos de emergencia pueden ser atendidos en el segundo y tercer nivel sin haber pasado por el primer nivel de atención.

El cuarto nivel lo conforman los institutos de especialización en salud, que se enfocan en un tipo de especialidad y sus subespecialidades, además de un enfoque en la investigación (ley 1152. Ley modificatoria a la ley 475 2019, p. 11; Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2019a).

El pago a los proveedores de la red propia del Ministerio de Salud y Deportes y de los servicios departamentales y municipales de salud se realiza mediante presupuestos. Para el primer nivel, los presupuestos se definen con base en un valor per capita con ajustes demográficos. Para el segundo y tercer nivel de atención, el presupuesto se basa en la valoración de productos de salud conforme con lo establecido en la Lista de Costos de Servicios y Productos en Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial 132 de 2019 (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2019b).

Existen nueve cajas de seguridad social de corto plazo: Caja Nacional de Salud CNS, Caja Petrolera de Salud, Caja de Salud Banca Privada, Caja de Salud de Caminos RA, Caja Cordes, Caja Bancaria Estatal Salud, Cossmil, Sinec y Seguro Social Universitario (integrado por 8 gestores). Las cajas tienen redes propias y convenios con establecimientos públicos y privados para la provisión de los servicios de salud a sus afiliados. La red de servicios más grande es la de Caja Nacional de Salud.

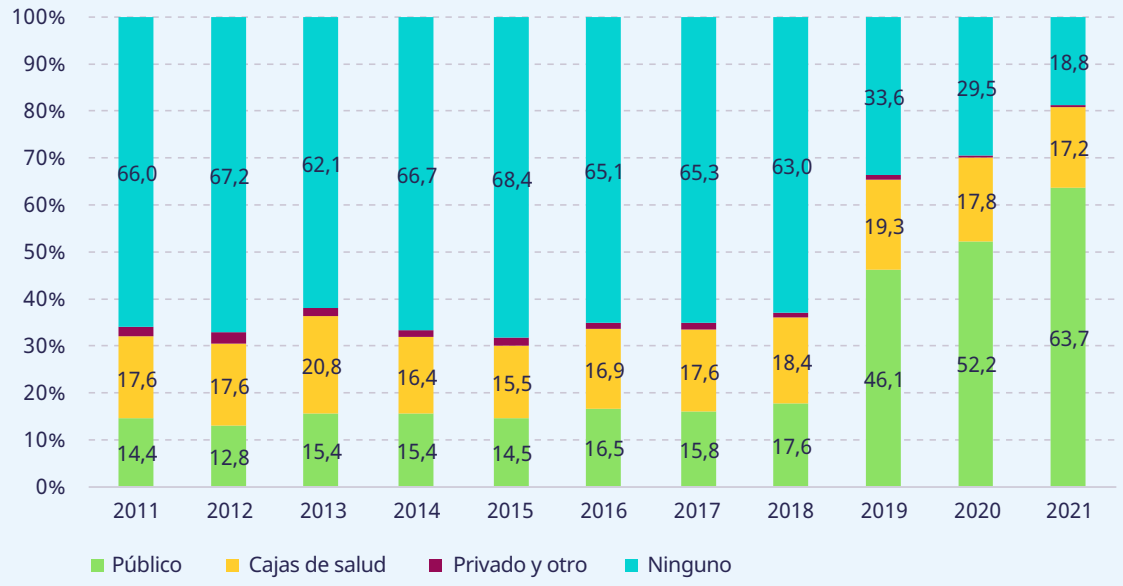
El sistema de referencia se encuentra estipulado en la Norma Nacional de Referencia y Retorno y es de aplicación en las redes públicas en todos sus niveles. El ingreso al sistema se lleva a cabo en los establecimientos de primer nivel y se realiza la referencia a otro establecimiento de primer nivel con mayor capacidad resolutiva o a un establecimiento de segundo nivel. De igual forma los establecimientos de segundo nivel pueden realizar referencias al siguiente nivel. En todos los casos existe un procedimiento de retorno (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2008b).

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

De acuerdo con datos de encuestas de los hogares, el 81,2 por ciento de la población boliviana cuenta con cobertura de salud (2021). Este nivel evidencia un cambio importante en los niveles de cobertura, pues, en el año 2018, el 63 por ciento de la población reportaba no contar con ningún seguro de salud. El incremento de la cobertura se produjo con la creación del Sistema Único de Salud, que amplió la población beneficiaria no cubierta por la seguridad social de corto plazo (gráfico 2).

Gráfico 2. Cobertura de salud de la población según tipo de seguro. 2011-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2021).

Las mujeres tienen mayor nivel de cobertura con respecto a los hombres. En 2021, el 83,31 por ciento de las mujeres era beneficiario de la cobertura pública o de las cajas de salud, mientras que en los hombres la proporción alcanzaba el 78,31 por ciento. Se presentan diferencias en la cobertura por áreas. En el área urbana el 22,6 por ciento de la población no tiene cobertura frente al 9,7 por ciento del área rural. Sin embargo, en esta última, la población está cubierta en su mayoría por SUS y en menor proporción por las cajas de salud.

De acuerdo con los registros administrativos, en 2018, 4,1 millones de personas tenían cobertura de la seguridad social de corto plazo. Esto representaba el 36,3 por ciento de la población total. De estos, 1,2 millones de personas son cotizantes activos.

Para 2021 la cobertura del seguro social de corto plazo alcanzaba un total de 4,4 millones de personas (cuadro 2), cubiertas principalmente por la Caja Nacional de Salud con un 83,6 por ciento, seguida por la Caja Petrolera de Salud con un 5,9 por ciento. Las restantes cajas de salud comprenden en su conjunto al 10,6 por ciento de la población cubierta.

▶ Cuadro 2. Cobertura del seguro social de corto plazo desagregada por departamento y caja de salud - Gestión 2021

Departamentos	CNS	CPS	Cordes	CSBP	Cossmil	Caminos	CBES	SINEC	S.S.U	Total
La Paz	1,165,351	59,670	21,416	41,212	34,129	23,132	13,649		14 881	1,373,440
Santa Cruz	914,939	123,063	19,288	32,833	11,900	17,193	3,633	14,161	10,000	1,147,040
Potosi	244,156	6,234	328	2,620	2,040	6,607	1,964		4,296	268,245
Cochabamba	592.610	40,180	36,373	17,758	10,593	9,435	4,908		10.955	722,812
Oruro	227,961	7,851	292	3.214	2,852	6.209	1,750		3,903	254,032
Tarija	120,865	8,944	10,933	4,052	3,046	2,418	1,981		3,398	155,637
Chuquisaca	187,503	5,747	9,004	3,593	1,269	3,954	2,057		6,165	219,292
Beni	166,377	4,329	5,242	2,274	4,668	2,508	1,022		5,383	191,803
Pando	49,039	984	2,496	573	2,072	1425	513			57,102
Total	3,668,801	257,002	105.372	108,129	72,599	72,881	31,477	14,161	58,981	4,389,403

Fuente: ASUSS (2022).

La población cubierta se encuentra principalmente en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, con un 31,3 por ciento, 26,1 por ciento y 16,5 por ciento, respectivamente.

En relación con la población boliviana total de 11,8 millones para 2021, la población asegurada representa un 37,1 por ciento. En 1956, dicha cobertura formal era del 13,8 por ciento, como se observa a continuación (cuadro 3).

▶ Cuadro 3. Evolución de la cobertura formal de la Seguridad Social en Bolivia 1956-2021

Año	Población total	Población asegurada	Cobertura formal
1956	3.070.434	425.027	13,8%
1966	3.834.333	514.256	13,4%
1972	4.421.130	759.044	17,2%
1976	4.878.792	1.029.006	21,1%
1980	5.355.155	1.412.207	26,4%
1985	5.895.252	1.485.729	25,2%
1990	6.572.770	1.449.357	22,1%
1995	7.319.076	1.721.605	23,5%
2000	8.101.926	2.146.280	26,5%
2005	9.427.219	2.629.231	27,9%
2010	10.426.155	3.617.293	34,7%
2015	10.825.013	4.011.797	37,1%
2020	11.633.371	4.141.687	35,6%
2021	11.832.936	4.389.403	37,1%

Fuente: ASUSS.

Como destaca el informa de la ASUSS, en lo referente a la cobertura formal, se debe mencionar que el estar cubierto por un seguro como parte de la población beneficiaria, no significa necesariamente que se tenga acceso a sus servicios. Lo cual resulta evidente en el caso de los miles de asegurados que viven y trabajan en poblaciones donde el ente gestor o la caja de salud que debe cubrirlos no tiene ningún servicio de salud o cuando sus establecimientos de salud no cuentan con la capacidad resolutiva requerida para resolver el problema de salud con la calidad y oportunidad necesarias.

Esta es la razón que explica la brecha entre 37,1 de cobertura reportada con información de la ASUSS en el cuadro 3, frente a 17,2 de cobertura de las cajas de salud informada por el Instituto Nacional de Estadísticas en el gráfico 2.

4.2. Utilización de los servicio de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Bolivia es uno de los más bajos de la región (0,68). Sin embargo, aunque el índice de cobertura aún se encuentra por debajo del promedio de la región, la cobertura de servicios ha mejorado de forma consistente a través del tiempo, pasando de 0,43 a 0,68 en los últimos veinte años. Los mejores resultados se presentan en la cobertura de servicios de enfermedades no transmisibles y prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, siendo el peor resultado el de capacidad del servicio y acceso.

La atención a las enfermedades no transmisibles (ENT) se enmarca en el fortalecimiento de los servicios de primer nivel, con una dotación adecuada de personal y la priorización de la atención preventiva con enfoque comunitario, en el marco de aplicación del modelo de atención SAFCI. Además, en 2015 se diseñó la Estrategia de Acción Integrada que contempla las prácticas por ejecutarse en las redes de servicios para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Sin embargo, los esfuerzos aún no se materializan en mejores resultados para la población; se estima que las ENT son la causa del 64 por ciento de las muertes en Bolivia (OMS 2018).

La atención de la salud tanto materna como infantil evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. En el año 2021, el 98,1 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, cifra que se ha mantenido en altos niveles durante los últimos 10 años; y el 92 por ciento fueron atendidos en centros de salud. Entre el año 2001 y 2012 la cobertura en establecimientos de salud se incrementó con mayor importancia en el área rural, pasando de 31 por ciento a 60 por ciento. Sin embargo, existen áreas que aún requieren fortalecimiento, como la cobertura en inmunización que bordea el 70 por ciento y la poca prevalencia de métodos anticonceptivos modernos que no alcanzaba el 50 por ciento para el año 2021.

Entre las principales causas de mortalidad, en el año 2019, se registraron las infecciones respiratorias, enfermedades del sistema circulatorio, trastornos neonatales, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad crónica renal. Bolivia se encuentra en un proceso de transición epidemiológica en el que disminuyen las causas de mortalidad de origen infeccioso y se incrementan las causas relacionadas con enfermedades no transmisibles, como lo son las del sistema circulatorio y neoplasias. Además, se mantienen desde el 2009 hasta el 2019 enfermedades como diabetes, cirrosis y cáncer de estómago dentro de las primeras 10 causas de muerte. Asimismo, la tuberculosis dejó de ser una de las 10 principales causas de muerte.

Un aspecto importante por considerar es el efecto del envejecimiento de la población en el sistema de salud, ya que la tendencia es hacia el incremento de este grupo poblacional que demanda más servicios de salud. En Bolivia los adultos mayores pasaron de ser el 8 por ciento en 2001 al 9,5 por ciento en 2012, con una proyección al 2030 del 11,5 por ciento (Instituto Nacional de Estadística 2017). En Bolivia, el 100 por ciento de la población adulta mayor cuenta con protección social frente a la vejez, lo que contribuye a enfrentar de forma más adecuada los determinantes sociales que afectan la salud de este grupo poblacional. (OIT 2023). Esta cobertura hacia la vejez ha sido posible con la Renta Dignidad, un programa universal que otorga una pensión no contributiva a la población mayor de 60 años, indistintamente de su condición de aseguramiento.

Un hecho importante es la disminución de la mortalidad en menores de un año y menores de cinco años, pasando de 107 muertes por cada 1000 nacimientos en el año 2009 a 29 muertes en el año 2019 en el caso de menores de 5 años. Y de 72 (2009) a 23 muertes por cada 1 000 nacimientos (2019) en menores de 1 año Institute for Health Metrics and Evaluation 2022). Sin embargo, estas cifras aún distan considerablemente de los promedios de la región, que para el año 2019 presentaban 17 muertes de menores de 5 años por cada 1000 nacimientos y de los países miembros de la OCDE que para el mismo año tenía un indicador de 7.

4.3. Protección financiera

Bolivia tiene un gasto de bolsillo que representa el 21,3 por ciento del gasto total en salud (2020). Si bien, se encuentra por encima de los niveles recomendados, ha tenido una reducción importante en la última década. En 2010, el gasto de bolsillo representaba el 33,3 por ciento del gasto total en salud de acuerdo con información disponible en la base de datos de la OMS.

El 73,3 por ciento de la población en Bolivia realiza gasto de bolsillo en salud (2015); en promedio, este rubro representa el 2,6 por ciento del presupuesto de los hogares. El gasto de los hogares en salud se concentra en pagos por medicamentos y por servicios ambulatorios. El gasto en medicamento representa el 74,2 por ciento del gasto de bolsillo y las prestaciones ambulatorias el 19,9 por ciento (Cid *et al.* 2021). Las personas que más buscan atención en el sector privado son generalmente quienes cuentan con mayores ingresos; el gasto en salud de los hogares del quintil 5 representa el 3,3 por ciento del gasto total de las familias, mientras que en el quintil 1 este indicador alcanza el 1,7 por ciento (Instituto Nacional de Estadística 2019). En la población de menor ingreso la utilización de servicios de salud de medicina tradicional tiene mayor incidencia.

Con respecto al gasto catastrófico en salud, la proporción de población con un gasto de bolsillo en salud superior al 10 por ciento del presupuesto familiar es del 6 por ciento y superior al 25 por ciento es del 1,1 por ciento. La incidencia de gasto catastrófico es mayor en hogares con jefatura femenina (Cid *et al.* 2021). En 2015, el 10,3 por ciento de los hogares en el área rural tenía gastos catastróficos en salud, mientras que el área urbana la cifra alcanzaba el 7,4 por ciento (2015). El 11,3 por ciento de los hogares en el quintil más pobre registra gasto catastrófico; mientras que esta proporción llega al 7,3 por ciento en los hogares con más ingresos (Observatorio de la deuda social en Bolivia s. f.).

El gasto empobrecedor en salud es mayor para las mujeres — con una incidencia cercana al 0,5 por ciento — que para los hombres — con el 0,2 por ciento (Cid *et al.* 2021). El gasto empobrecedor es mayor en el quintil 1 que en los demás quintiles, así como la profundidad de la pobreza debida al gasto en salud.

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

Bolivia presenta dificultades en la disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, particularmente en el personal. Cuenta con una tasa de un médico por cada mil habitantes (2017), lo que lo ubica como uno de los países con menor disponibilidad de profesionales médicos en la región (2,4 en el 2018) y por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud sobre el número de médicos por persona (2,3 por cada 1 000 habitantes). El número de enfermeras también es limitado; mantienen una tasa de 1,6 enfermeras por cada 1 000 habitantes, con niveles muy por debajo de los países de ingresos medios y bajos (Banco Mundial 2022).

La dotación de infraestructura presenta disparidades a lo largo del territorio. A nivel nacional existe un promedio de 1,6 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes (2021). Sin embargo, ciertos departamentos cuentan con más de 2 camas por 1 000 habitantes (como Chuquisaca); mientras que en otros existe menos de 1 cama (Pano, Bendi) (Instituto Nacional de Estadísticas 2021). La dotación de camas se encuentra por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que el 2017 registraba 1,9 camas por cada 1 000 habitantes. Estas cifras reflejan las desigualdades que existen para el acceso de la población a los servicios de salud.

El sistema de salud — tanto público como privado — en el año 2021 constaba de 1 215 puestos de salud, 2 463 centros de salud, 259 hospitales básicos, 48 hospitales generales, 31 institutos especializados y 196 establecimientos de otro tipo, como bancos de sangre, centro de aislamiento, centro de coordinación de emergencia de salud y desastres, vacunatorios, entre otros. Los centros de primer nivel de atención representan el 87 por ciento del total de establecimientos a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadísticas 2021).

El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con 3 112 establecimientos en el primer nivel de atención y 31 hospitales de tercer nivel, así como 31 institutos de especialización en salud. La red de las cajas de seguridad a corto plazo cuenta con 131 establecimientos de primer nivel, 24 en el segundo nivel y 10 en el tercer nivel de atención de la Caja Nacional de Salud; el resto de cajas suman más de 100 establecimientos de su propia red.

4.5. Aceptabilidad y calidad

En el año 2008 se creó el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), que tiene como objetivo establecer los lineamientos, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud de todo el Sistema Nacional de Salud. El PRONACS establece la creación de gestores de calidad en los establecimientos de salud para la ejecución de las actividades de elaboración de normativa, promoción, capacitación, evaluación y coordinación de los planes relacionados con la calidad de los servicios (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2008a).

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad de Redes de Servicio de Calidad, ha generado la normativa relacionada con estándares y requisitos de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones y establecimientos de salud del país, entre ellos: normas de caracterización de establecimientos de salud de primer y segundo, y de emergencias; caracterización, organización y funcionamiento de las casas maternas; manual para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención; así como diferentes guías de atención.

Por otro lado, la normativa para el proceso de acreditación de establecimientos de salud comprende: a) Reglamento General de Hospitales, que establece normas técnicas y administrativas general para el funcionamiento de hospitales de segundo y tercer nivel tanto públicos como privados; y b) manuales de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Se carece de la difusión de estudios que midan el grado de satisfacción de los usuarios de los establecimientos del Ministerio de Salud y Deportes o de las cajas de salud en su conjunto. Únicamente, la Caja de Salud de la Banca Privada publicó los resultados de una encuesta de satisfacción a los usuarios de sus servicios en 2018. Los resultados señalan una satisfacción general del 76 por ciento con menores calificaciones en los servicios de emergencia y la atención del personal administrativo (CIESMORI 2020).

Un informe de la Defensoría del Pueblo publicado en el 2022, sobre los “Límites de la implementación del Sistema Único de Salud” señala que “ante la ausencia de acreditación, no se garantiza la calidad de atención en los establecimientos de salud de tercer nivel” (Defensoría de Pueblo 2022). A esta conclusión se llega a partir de una investigación realizada en 15 hospitales de tercer nivel, además se refleja que la mayoría de estos hospitales no cuentan con una acreditación, así como, la inexistencia de la guía de caracterización para este nivel. La falta de evaluación continua de la infraestructura, recursos humanos, equipamiento e insumos de estos hospitales afecta la calidad de la prestación de los servicios.

Otro de los aspectos importantes que evidencia esta investigación es que el tercer nivel de atención carece de la capacidad para atender a sus adscritos. Solo dos de los nueve departamentos del país cumplen el parámetro de la OMS de un establecimiento de salud de tercer nivel por cada 75 000 adscritos.

Adicionalmente, el 86 por ciento de los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud y Deportes tiene problemas por falta de medicamentos.

Pese a los esfuerzos que se han planteado para la mejora de la calidad de los servicios, existen brechas que cubrir en este ámbito. Así, por ejemplo, la mortalidad materna en Bolivia se encuentra por encima del promedio regional (74 en el año 2017) pese a que ha disminuido en más de un 50 por ciento desde el año 2000, registrando una tasa de 155 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2017 (Banco Mundial 2022).

5. Desafíos

El nivel de cobertura efectiva en salud se ha incrementado progresivamente y se aceleró con la creación del Sistema Único en Salud en el año 2019. No obstante, aún existe alrededor del 18 por ciento de la población que no está cubierta por ningún régimen público ni por seguros privados, lo cual supone un reto importante para el sistema de salud boliviano. Gracias a la reciente implementación de la reforma, el cierre de estas brechas puede ser paulatino, siempre que se implementen las herramientas adecuadas para lograr el objetivo.

El incremento de la cobertura de la población requiere estar acompañado de un presupuesto adecuado y suficiente para garantizar prestaciones de salud con calidad y oportunidad. La tendencia del gasto público ha sido creciente en los últimos años en Bolivia. El esfuerzo financiero debe estar orientado a disminuir las disparidades en dotación de infraestructura en el país, ampliar la oferta de servicios en el área rural y para cubrir a la población que se incorpora a los regímenes de protección social en salud.

Los esfuerzos en términos de mejora de la cobertura de la población se ven limitados por el alto nivel de fragmentación y segmentación que registra el sistema de salud boliviano. La existencia de diversas cajas de salud y un régimen para la población más vulnerable con diferentes paquetes de prestaciones y distintas redes de prestación de servicios contribuye a las desigualdades entre la población y a profundizar las brechas de acceso. Esta fragmentación y segmentación ocasiona profundas distorsiones tanto al interior del subsector público, como del subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, las cuales se traducen en la ineficiencia del sistema y la exclusión de la protección financiera en salud para grupos en situación de vulnerabilidad.

Las cajas de salud disponen de servicios de salud ante todo en las capitales de departamento y en algunas ciudades intermedias. Esto implica que la población asegurada (maestros rurales, policías, trabajadores municipales y otros), que vive en localidades pequeñas y en comunidades rurales no tiene cobertura efectiva y cuando se enferma, recurre a establecimientos de salud del subsector público. Ante esta situación surge la necesidad de establecer mecanismos de articulación y complementación de los servicios del subsector público y de las cajas de salud. A ello se suma la limitada mancomunación de riesgos por la gestión poco integrada de los recursos financieros. Estos elementos suponen la necesidad de implementar reformas desde el diseño de los elementos del sistema, como la definición de planes de beneficios homologados y del modelo de financiamiento.

La existencia de varias instituciones en los distintos regímenes de salud también genera cuestionamientos sobre la eficiencia en la gestión administrativa del sistema. Las múltiples instituciones que brindan cobertura en salud tienen sus propias estructuras de decisión y equipos operativos, que atienden a grupos específicos de la población.

Para avanzar en la universalización del acceso de la población a los servicios de salud tanto públicos, como de las cajas de salud, en el marco de un Sistema Único de Salud centrado en el ejercicio efectivo del derecho a la salud, es necesario separar la oferta de servicios de salud, del financiamiento.

Una condición estructural en Bolivia – como en otros países latinoamericanos – es el alto grado de informalidad en el empleo. Esto ha limitado la ampliación de la cobertura de las cajas de salud, que se ha mantenido sin cambios importantes en la última década. La informalidad laboral se constituye en un determinante social de la salud e incide no solo en el estado de salud de la población, sino que también en su interacción con otras condiciones. Tal realidad plantea la necesidad de implementar estrategias que permitan ampliar la cobertura de seguridad social en salud, replantear el diseño y la aplicación de políticas de formalidad más amplias que permitan mejorar las condiciones de empleo en el país.

6. Principales lecciones aprendidas

- Las recientes reformas en salud generaron resultados importantes en términos de cobertura y acceso. Los esfuerzos realizados en la implementación de SUS, mediante la puesta en marcha de instrumentos como la adscripción poblacional, el incremento del gasto público, el fortalecimiento del primer nivel, entre otras, posibilitaron los logros alcanzados.

- Con la creación del SUS, el fortalecimiento de la atención primaria de salud fue un tema prioritario. Se destinaron más recursos humanos, materiales y financieros para los servicios del primer nivel de atención. Estos elementos evidencian de forma práctica la incorporación del enfoque preventivo y de promoción de la salud en la prestación de servicios.

- Los distintos encuentros realizados para generar consensos en torno a las metas en salud contaron con una importante participación social, incluyendo a representantes activos de las organizaciones sociales y de la sociedad civil, los cuales -junto con autoridades y representantes del sector salud- coincidieron en la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de toda la población boliviana y hacer cumplir los mandatos constitucionales. En los encuentros nacional y departamentales “Por la Salud y la Vida” en 2018 tanto autoridades, como profesionales del sector de salud y representantes de los movimientos sociales plantearon iniciar una profunda revolución por la salud en Bolivia, para lo cual será requisito recuperar la rectoría del manejo e implementación de las políticas por parte del Ministerio de Salud y Deportes.

- Los altos niveles de fragmentación del sistema de salud boliviano suponen barreras para un adecuado funcionamiento del sistema. La coexistencia de distintas redes de prestación de servicios con escasos mecanismos de coordinación, las disparidades en la provisión de servicios en cada institución, los costos administrativos derivados de una gestión en la que intervienen varias instituciones, la falta de paquetes de beneficios homologados -entre otros elementos- inciden en el acceso y calidad de los servicios, así como en los resultados de salud de la población.

- Los esfuerzos financieros, de organización y de dotación de recursos adicionales deben priorizar las áreas donde existen brechas más profundas y a la población con mayores necesidades. En Bolivia, pese al incremento del gasto público y la ampliación de la cobertura, persisten brechas de atención en las zonas rurales y en grupos prioritarios, con menores niveles de cobertura en servicios como vacunación. Esta experiencia alecciona sobre la necesidad de definir de forma más precisa y sustentada los mecanismos de distribución de los recursos, considerando criterios de calidad, oportunidad y eficiencia.

Referencias

ASUSS (Autoridad de Supervision de la Seguridad Social de Corto Plazo). 2022. *La Seguridad Social de Corto Plazo: Situación actual y desafíos inmediatos*. https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2023/04/SSCP-LIBRO-FINAL-VERSION-PRELIMINAR.pdf.

Banco Mundial. 2022. «DataBank | The World Bank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. 2008a. *Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/56%20Pronacs.pdf.

———. 2008b. *Norma Nacional de Referencia y Retorno*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMANACIONALDEREFERENCIAYRETORNO.pdf.

———. 2013. *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_Inivelseguro.pdf.

———. 2019a. *Guía Técnica para la Atención Integral en el Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Instructivo_guia_completo_001_SUS_2019.pdf.

———. 2019b. *Reglamento para la aplicación técnica, administrativa y financiera de la ley núm. 1152 de 20 de febrero de 2019*. Resolución Ministerial 0132. https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Reglamento_y_RMNro132.pdf.

———. 2023. «Sistema Único de Salud».https://www.minsalud.gob.bo/centro-de-prensa/enlaces-educativas/sistema-unico-de-salud.

———. s. f. «Geolocalización de Centros de Salud». Consultada el 30 de enero de 2023. https://www.minsalud.gob.bo/3590-busque-en-su-zona-el-centro-de-salud-mas-cercano-con-google-maps.

Cid, C., G. Flores, A. del Riego y J. Fitzgerald. 2021. «Objetivos de Desarrollo Sostenible: Impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe». *Revista Panamericana de Salud Pública* 45: 1. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95

CIESMORI. 2020. *Estudio de satisfacción de los asegurados: Gestión 2018*. Caja de Salud de la Banca Privada. https://portal.csbp.com.bo/blog/servicios-de-asistencia-17/encuestas-de-satisfaccion-57.

Código de Seguridad Social. 1956. https://www.lexivox.org/norms/BO-COD-L19561214.html.

Constitución Política del Estado. 2009. https://sea.gob.bo/digesto/CompendioNormativo/01.pdf.

Decreto Supremo núm. 29601. 2008. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/bolivia_plurinational_state_of/ley32371.pdf.

Decreto Supremo núm. 356. 2018. https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2021/11/06-DS-3561-Creacion-de-La-Autoridad-De-Supervision-De-La-Seguridad-Social-De-Corto-Plazo.pdf.

Defensoría del Pueblo. 2022. *Informe defensorial: Límites en la implementación del sistema único de salud*. https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/informe-defensorial-limites-en-la-implementacion-del-sistema-unico-de-salud.pdf.

Institute for Health Metrics and Evaluation. 2022. «Country profiles: Bolivia». Institute for Health Metrics and Evaluation. https://www.healthdata.org/bolivia.

Instituto Nacional de Estadística. 2017. «Población adulta mayor boliviana tiende a incrementarse en los próximos años». https://www.ine.gob.bo/index.php/poblacion-adulta-mayor-boliviana-tiende-a-incrementarse-en-los-proximos-anos/.

———. 2019. *Encuesta de Presupuestos Familiares 2015-2016: Metodología y resultados*. https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/encuesta-de-presupuestos-familiares-2015-2016-metodologia-y-resultados/.

———. 2021a. *Encuesta de Hogares*. https://www.ine.gob.bo/index.php/encuesta-de-hogares-seguridad-social/.

———. 2021b. *Registros Administrativos de Salud*. https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-salud/.

Ley núm. 065. 2010. *Ley de pensiones*. https://www.gestora.bo/archivos/ver/?id=2987.

Ley núm. 475. 2013. *Ley de prestaciones y servicios de salud integral*. https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N475.html.

Ley núm. 924. 1987. https://www.lexivox.org/norms/BO-L-924.html.

Ley núm. 1069. 2018. https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N1069.html.

Ley núm. 1152. 2019. *Ley modificatoria a la ley 475*. https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=334&catid=12&m=0&Itemid=646.

Observatorio de la Deuda Social en Bolivia. s. f. «Porcentaje de hogares con gasto catastrófico». Observatorio de la Deuda Social en Bolivia. Consultada el 28 de enero de 2023. https://odsb.ucb.edu.bo/indicador/porcentaje-de-hogares-con-gasto-catastrofico.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2018. *Enfermedades no transmisibles: Bolivia. Perfil de país*. https://www.who.int/es/publications/m/item/noncommunicable-diseases-bol-country-profile-2018.

———. 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

Reglamento del Código de Seguridad Social. 1959. https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/109702/136189/F2064995351/DECRETO%20SUPREMO%205315%20BOLIVIA.pdf.

United Nations. 2022. *Human Development Report 2021-22: Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping Our Future in a Transforming World*. United Nations. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Marina Cárdenas. Con el beneficio de los aportes de Pablo Casali y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Brasil

©ILO

1. Introducción

En las últimas dos décadas, Brasil ha tenido un fuerte crecimiento económico combinado con una mejora en los indicadores sociales, lo que lo convierte en una de las principales economías del mundo. Sin embargo, la desigualdad socioeconómica sigue siendo un problema clave y la recuperación económica después de la recesión de 2015 y 2016 ha sido lenta (OECD 2021a). Durante el periodo 2000-2021, el país aumentó su puntuación en el índice de desarrollo humano hasta 11,7 por ciento (de una puntuación de 0,679 a 0,754) (Perfil de País - Brasil s. f.-a), ubicándose por encima del incremento regional para el mismo periodo. En 2021 ocupó el puesto 87 del ranking, al marcar un descenso de tres posiciones con respecto a 2020.

Brasil ha mostrado un progreso importante en sus indicadores de salud. La salud en el sistema brasileño es concebida como un derecho de todas las personas y un deber del Estado, garantizado por la Constitución Nacional (Correa Guarín y Cala Pulido 2022). La política Nacional de Salud del Sistema de Salud de Brasil (SUS) se crea a partir de la reforma constitucional de 1988. No obstante, ya existía un sistema privado (Atención Médica Suplementar - ANS) que continúa funcionando en la actualidad y que ofrece planes de salud, así como seguros médicos, hospitalarios y odontológicos manejados por empresas privadas.

2. Contexto

El sistema de salud brasileño se originó a través del movimiento sanitario de la década de 1970, comenzó con el objetivo de mejorar la salud de la población en un contexto de búsqueda de caminos para superar las desigualdades y la falta de cobertura en salud. El movimiento se basó en tres principios clave: la universalidad, la equidad y la integralidad. Estos principios fueron el punto de partida para el desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS). La Reforma Constitucional brasileña de 1988, al declarar la salud como un derecho, sienta las bases para la creación del SUS que se materializa por medio de la ley Orgánica 8.080 de 1990.[52]

[52] https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

El SUS es un sistema público, universal y gratuito, financiado por impuestos y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno (federal, estados y municipios) (Montekio y Medina 2011). Fue instituido con la premisa de que el cuidado de la salud fueran independiente de la capacidad contributiva individual. El SUS está integrado en su modelo de financiamiento y gestión por el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud Estatales y Municipales (Correa Guarín y Cala Pulido 2022) y está diseñado para proporcionar a toda la población una amplia cartera de servicios de atención médica y sanitaria, incluidas la atención primaria, la atención hospitalaria y la asistencia farmacéutica.

El sistema define tres objetivos: a) la universalización de la atención sin restricciones ni cláusulas de cobertura, b) la equidad en la atención y c) la integralidad de las acciones (promoción, protección, prevención, rehabilitación y diagnóstico temprano), incluyendo la atención al individuo, familia y comunidad junto con el cuidado del medio ambiente. Con la idea de cumplir estos objetivos se definieron tres estrategias básicas: a) la descentralización de la provisión de servicios hasta los estados y los municipios con apoyo del nivel federal, b) la unicidad de la coordinación mediante un mando único en cada nivel de gobierno y c) la participación social en la gestión a través de las Conferencias de Salud y los Consejos de Salud (Montekio y Medina 2011).

De manera adicional al SUS, se destaca la creciente importancia que ha adquirido el Sistema de Atención Médica Suplementar (SAMS) con seguros y planes de salud individuales y colectivos manejados por empresas privadas y contratadas por empresas y hogares. La ley 9 656 de 1998 constituye su marco legal.[53] Este subsistema, más allá de su denominación, presenta un carácter duplicativo, ya que brinda las mismas prestaciones ya cubiertas por el SUS y asegura a una población de 50,4 millones en planes médicos hospitalarios (25,5 por ciento de la población) y unos 30,3 millones en planes odontológicos (12,3 por ciento de la población), según datos de la Agencia Nacional de Salud Suplementar (órgano regulador) (Agência Nacional de Saúde Suplementar 2023).

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

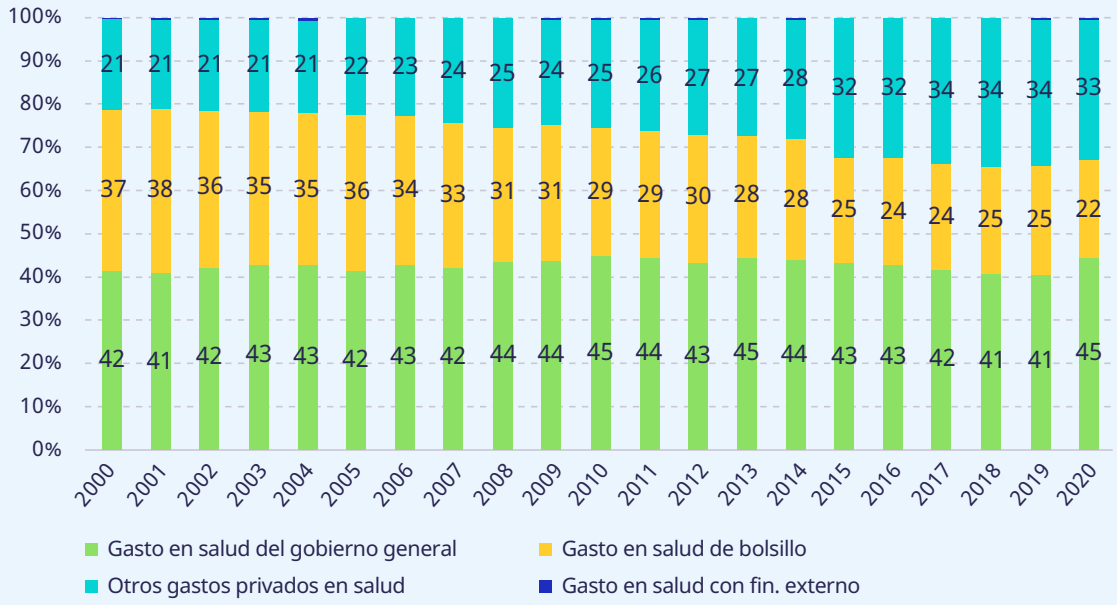
i) Distribución del gasto en salud

En forma agregada, la participación del gasto en salud en Brasil como proporción del PIB en 2020 fue de 10,1 por ciento, lo cual lo ubica por encima del promedio de la región y denota una tendencia creciente desde 2012 (7,74 por ciento del PIB). El gasto *per capita* en salud se ubicó en 2020 en 701 dólares corrientes (OMS 2022).

El financiamiento público proviene del Estado (a partir tanto de impuestos generales del gobierno central como de tributos estatales y municipales); además, acumula un 44,8 por ciento del gasto corriente en salud en 2020 (4,6 por ciento del PIB); mientras que el financiamiento privado proviene de las empresas y las personas a partir de la compra voluntaria de seguros privados de salud y de planes de salud para empleados, junto al desembolso de gastos de bolsillo para la adquisición de servicios o bienes. Este financiamiento representa un 55,1 por ciento del gasto corriente en salud y un 5,4 por ciento del PIB en 2020 (gráfico 1) (OMS 2022).[54]

[53] https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm.
[54] La participación del financiamiento externo es marginal y alcanza apenas el 0,1 por ciento del gasto corriente en salud en 2020.

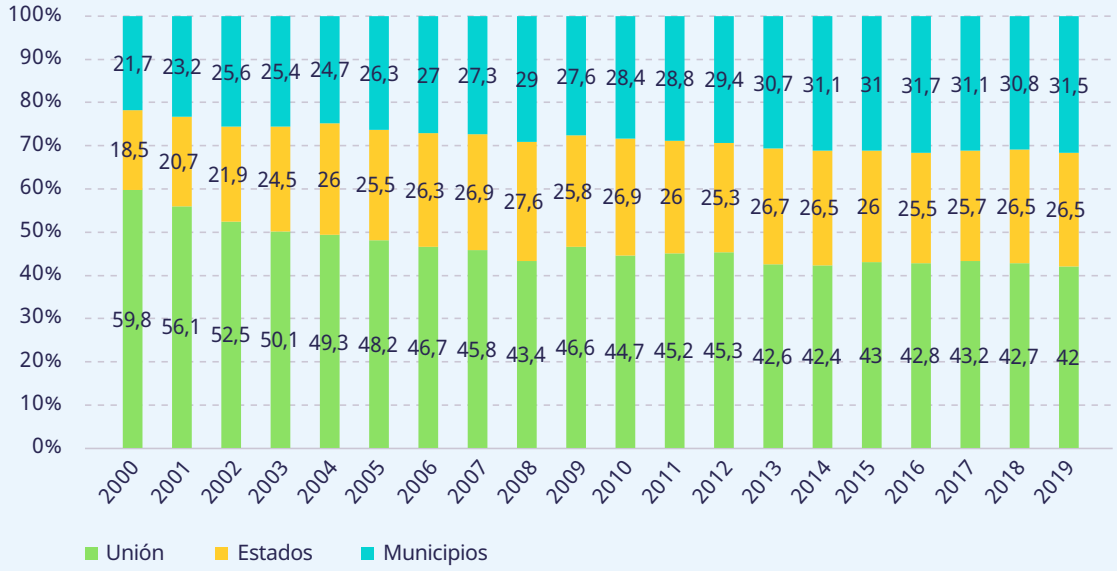
▶ Gráfico 1. Brasil. Estructura del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento 2000-2020



Fuente: OMS (2022).

El total del gasto público en salud presenta erogaciones provenientes de las tres esferas de gobierno, como se detalla en el gráfico 2.

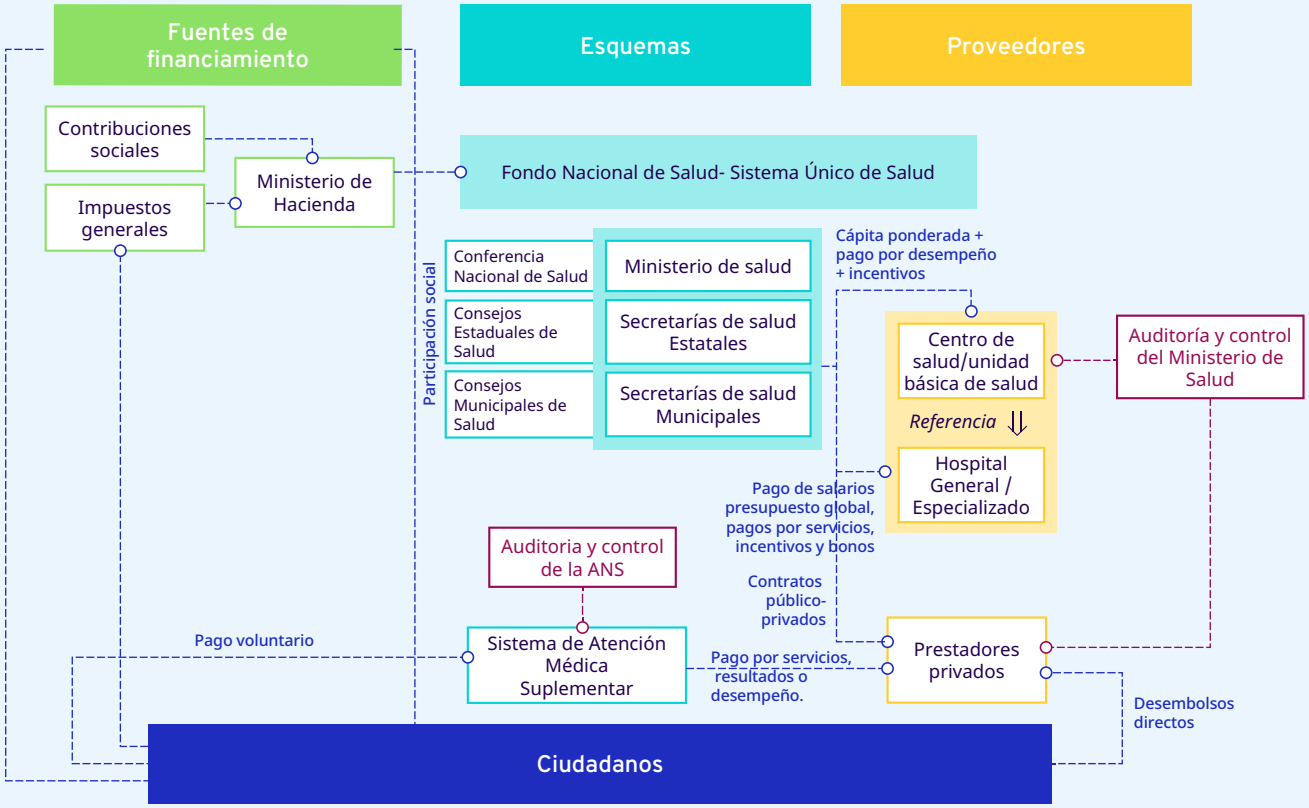
▶ Gráfico 2. Brasil. Estructura del gasto público en salud según nivel de gobierno 2000-2019



Fuente: Asociacao Brasileira da Economia da Saude (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

Diagrama 1. Brasil. Principales flujos financieros



Fuente: Elaboración propia.

El diagrama 1 refleja la existencia de dos flujos separados de financiamiento: uno relacionado con el SUS, que contempla el financiamiento, la compra y la provisión de servicios de manera integrada y el otro flujo paralelo se asocia con el sistema privado.

Es importante señalar que la erogación de dinero que significa para los hogares el pago de los planes de salud privados se descuenta del impuesto sobre la renta; por lo tanto, estos seguros terminan siendo parcialmente subsidiados por el Estado brasileño.

La interrelación entre ambos subsistemas tiene su eje en los convenios SUS-prestadores privados para la provisión de prestaciones dentro del SUS, denominados PPP[55] y regulados por la ley 11 079/2004.[56] Estos convenios son realizados mediante contratos de transferencia de recursos, generalmente estatales o municipales hacia hospitales sin fines de lucro, donde existe un contrato de riesgo compartido e incentivos para el cumplimiento de indicadores de desempeño (Abreu y Sette 2016). Como un recurso para incentivar la colaboración entre hospitales privados y el SUS se redactó una resolución (Portaria de Consolidação 6 del 28/09/2017) que otorga incentivos financieros a los hospitales sin fines de lucro que destinen el 100 por ciento de sus servicios al SUS; tales incentivos sn calculados con base en la producción hospitalaria. De manera adicional, existe una normativa a partir de la cual las empresas

[55] Parcerias Público-Privado.
[56] https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm.

privadas deberían resarcir al SUS cuando sus afiliados se atienden en hospitales públicos (artículo 32 de la ley 9 656/1998).

Los mecanismos de pago del SUS incluyen el pago de salario mensual de los profesionales de la salud contratados por el gobierno municipal o estatal y la transferencia de recursos federales a los estados y municipios. Las transferencias de recursos para el SUS se ejecutan mediante el Fondo Nacional de Salud (FNS), ente que es el gestor financiero y dota de recursos para los gastos corrientes y de capital del Ministerio de Salud, así como los órganos y entidades de administración directa e indirecta del SUS. La gestión se realiza con base en el plan nacional de salud y la planificación anual del Ministerio de Salud, en el marco de las normas de presupuestos anuales y los planes plurianuales. Los recursos de este fondo son transferidos a estados, municipios y al Distrito Federal (DF) para que cumplan, de forma descentralizada, acciones y servicios de salud, así como inversiones en la red de servicios. Estas transferencias tienen tres formas: fondo a fondo, convenios; contratos de transferencia y términos de cooperación.

El FNS está compuesto por un 45 por ciento de los recursos del seguro obligatorio de automotores, con lo cual se financia la atención a las víctimas de accidentes en hospitales del SUS; complementariamente los estados y municipios y el nivel federal realizan inversiones en este fondo con base en los siguientes porcentajes: 12 por ciento municipios y 15 por ciento los Estados. También se incorporan al FNS los recursos de los planes de salud privados que han recibido servicios del SUS las personas afiliadas.

En el caso de los procedimientos de alta complejidad, el Ministerio de Salud reembolsa directamente a los municipios o estados de acuerdo con el volumen de servicios complejos prestados; de esta manera existe el Fondo de Compensación y Acciones Estratégicas (FAEC), cuyo objetivo es financiar procedimientos y políticas consideradas estratégicas, así como nuevos procedimientos incorporados al SUS.

Por su parte, los municipios y estados complementan el financiamiento con recursos propios. En algunos estados existen pagos de incentivos relacionados con las prioridades estatales o bonificaciones por desempeño (OECD 2021b).

iii) Fuentes de financiamiento

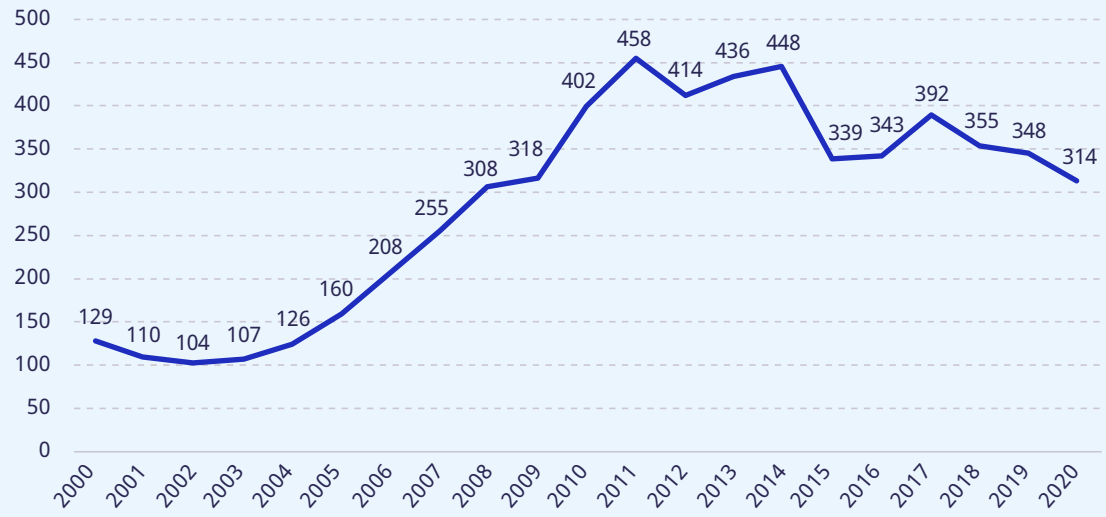
El financiamiento del SUS se encuentra garantizado por la Enmienda Constitucional 29/2000, que justamente determina el marco de financiamiento de la salud; ratifica la vinculación de recursos financieros con la seguridad social y define porcentajes mínimos de inversión de recursos en cada municipio (mínimo de 15 por ciento) y en los estados (mínimo del 12 por ciento)[57] (Ugá y Porto 2008) (Confederação Nacional de Municípios 2018).

Posteriormente, la Enmienda Constitucional EC 95/2016 instituyó el llamado “Nuevo Régimen Fiscal”, y congeló el techo del gasto federal en salud por veinte años, lo cual perjudicó de forma directa la financiación del SUS, al reducir el gasto *per capita* y liberar a los gobiernos de la obligación de asignar más recursos para la salud en contextos de crecimiento económico (Oliveira et al. 2021). De este modo, en 2019, el gobierno federal financió alrededor del 42 por ciento de todo el gasto del SUS, los municipios el 31,5 por ciento y los estados el 26,5 por ciento.

El gráfico 3 muestra, en términos *per capita*, la evolución del gasto público en dólares corrientes entre 2000 y 2020. Allí se observa el impacto que ha tenido en términos de financiamiento la EC 95/2016 (gráfico 3).

[57] Enmienda constitucional EC 29/2000.

Gráfico 3. Brasil. Gasto público en salud 2000-2020. En dólares corrientes per capita



Fuente: OMS (2022).

En el SUS se carece de una separación entre proveedor y comprador de los servicios de salud. El gobierno brasileño es el único proveedor y comprador, pot lo que tiene a su cargo el financiamiento y la administración del sistema. El gasto federal comprende las erogaciones de los hospitales especializados del Ministerio de salud, los Hospitales Universitarios del Ministerio de Educación, los Programas especiales de Salud Pública (vigilancia sanitaria, inmunización, promoción y prevención), la investigación y enseñanza en salud, el pago de servicios a terceros,[58] así como la reglamentación y administración del sector. Los gastos estatales en salud son aquellos relacionados con la media y alta complejidad; mientras que las secretarías municipales se ocupan del primer nivel municipal (Correa Guarín y Cala Pulido 2022).

3.2. Gobernanza

Como se mencionó anteriormente, el SUS es por definición constitucional, un sistema público de salud, de carácter universal, basado en la concepción de la salud como un derecho humano, dentro de las directrices organizadoras de: descentralización (con comando único en cada esfera de gobierno), integralidad y participación de la comunidad (Montekio y Medina 2011).

El gobierno federal está encargado de preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, monitorear los resultados de los programas o políticas y participar del financiamiento tripartito (federal, estatal y municipal) de manera que garantice la equidad entre los estados. En 26 estados las Secretarías Estatales de Salud son responsables de la gobernanza regional, la coordinación de programas estratégicos (como medicamentos de alto costo) y la prestación de servicios especializados. Por su parte, las Secretarías Municipales de Salud de cada uno de los 5 570 municipios de todo Brasil se encargan de la gestión del SUS a nivel local, incluida la cofinanciación, la coordinación de programas de salud y la prestación de servicios de atención de la salud. El Distrito Federal, donde se ubica la Capital Federal, presenta una mezcla de responsabilidades estatales y municipales (OECD 2021a).

[58] En ocasiones el SUS pueden financiar los servicios de terceros si el paciente necesita tratamiento o procedimientos especializados que no están disponibles en el sistema público. Estos servicios deben ser autorizados por el Ministerio de Salud. Asimismo, se financia el transporte de los pacientes para recibir el tratamiento desde su lugar de residencia hasta el lugar donde el tratamiento se proporciona.

Además, en 2006, el Pacto por la Salud introdujo novedades en el proceso de descentralización al apelar a la regionalización: las "macrorregiones de salud" y las "regiones de salud" que comprenden varios municipios vecinos apoyados por los estados, encargadas de institucionalizar la planificación de la prestación de servicios en un nivel más regional (OECD 2021a).

Asimismo, se ha avanzado en la configuración de redes de atención que no tienen necesariamente que ver con procesos regionales: las regiones de salud poseen un componente de gestión, mientras que las redes articulan diferentes densidades tecnológicas para garantizar acceso, continuidad de cuidados y capacidad par resolver problemas de salud en la población. Las regiones pueden ejercer el gobierno de una o múltiples redes.

En línea con la misma lógica de las redes de atención, se ha implantado la Política Nacional de Regulación del Acceso, que tiene que ver con la creación de complejos que garanticen la coordinación asistencial entre los establecimientos de las esferas de gobierno estadual y municipal (Portaria 1 559).

De acuerdo con el proceso de descentralización se estructuró la implantación de la Política Nacional de Regulación, responsabilidad del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) a nivel federal. Esta política regula la actuación de los diversos proveedores de atención a la salud desde el nivel federal hasta los niveles estatal y municipal.

Los planes y seguros privados de salud son regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), dependiente del Ministerio de Salud, creada por la ley 9 961 del año 2000.[59] La misión de la ANS es la defensa del interés público en los seguros privados de salud y regular los operadores del sector.

Para respetar la autonomía de cada entidad federativa, el llamado Pacto Interfederativo de Gestión Ejecutiva permite que el SUS tenga un funcionamiento dinámico a través de acuerdos entre sus partes. Para ello existen varios ámbitos de gobierno, conocidos como entidades representativas y son: 1) el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), que representa a los secretarios estatales de salud; 2) el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS), que representa a los secretarios municipales de salud; y 3) los Consejos de Secretarías Municipales de salud (COSEMS), que representa a los secretarios municipales de salud en el ámbito estatal de cada uno de los 26 estados brasileños (OECD 2021a).

Los órganos deliberativos del SUS son el Consejo Nacional de Salud, que tiene su funcionamiento en el ámbito municipal, estatal y nacional; la Comisión Inter Gestores Tripartita, que facilita la articulación y consenso entre gestores federales, estatales y municipales y la Comisión Inter Gestores Bipartita que articula los gestores municipales y estatales dentro de cada uno de los estados brasileños (OECD 2021a).

La participación de la comunidad se ejecuta a través de Conferencias de Salud y de los Consejos de Salud. Los Consejos y Conferencias se constituyen en foros formales para el ejercicio de la democracia participativa, en las tres esferas de gobierno y establecen nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Las Conferencias de Salud se realizan cada cuatrienio, con representantes de los diferentes segmentos sociales, esto con el objetivo de evaluar la situación de la salud y proponer las directrices para la formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Los Consejos de Salud son organismos colegiados compuestos por profesionales de la salud (25 por ciento), representantes de las personas usuarias (50 por ciento) y 25 por ciento entre representantes del gobierno y prestadores de servicios de salud. Los Consejos constituyen una red ascendente, con Consejos Municipales de Salud, un Consejo Estatal de Salud en cada Estado y un Consejo Nacional de Salud. Existe una red de más de 5 570 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Salud (Oliveira *et al.* 2021). Su misión es controlar, monitorear y supervisar las políticas públicas de salud, para ello debe llevar las demandas de la población al poder público.

[59] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

Constitucionalmente toda la población tiene derecho a servicios integrales de salud, prestados por el SUS, con independencia de sus niveles de ingreso, capacidad de pago o contar con alguna cobertura en el sector privado. La Constitución postula el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y responsabiliza al Estado de la provisión de los servicios.

La Constitución de 1988, en la sección II-De la Salud, en su artículo 196 establece: "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos [sic] y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación".

De manera complementaria, una creciente proporción de la población de ingresos medios y altos adquiere seguros de salud en el sector privado a partir de desembolsos voluntarios.

3.4. Beneficios

El SUS nombra a la atención primaria como atención básica y la define como un conjunto de acciones de salud en los ámbitos individual y colectivo, incluyendo la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud (Montekio y Medina 2011). La atención es completamente gratuita y universal.

En cuanto a la cobertura de medicamentos, el SUS cuenta con una lista de medicamentos esenciales denominada RENAME[60] (Relación Nacional de Medicamentos Esenciales), financiada de manera tripartita (OECD 2021a) y cada dos años se actualiza, después de la evaluación de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías (CONITEC) al SUS.

Los medicamentos son comprados por los municipios, estados y algunos por la esfera federal; se encuentran disponibles en efectores de salud y farmacias estaduales y municipales. Otros son subsidiados a través del programa Farmacia Popular, están disponibles de forma gratuita o con algunos copagos limitados en farmacias privadas con la inscripción "aquí têm farmacia popular", red disponible en todo Brasil a partir de convenios con las farmacias privadas.[61]

En relación con los cuidados de maternidad, el SUS ofrece una amplia gama de servicios de cobertura materno-infantil, estos incluyen el seguimiento y tratamiento durante el embarazo y la lactancia, así como el control y la prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas en los niños. Además, el SUS proporciona cobertura de vacunas y programas de inmunización para los niños.

Es importante mencionar que la red de protección social en Brasil contempla programas de protección social de ingresos que incorporan condicionalidades en salud. Tal es el caso del Programa Bolsa Familia que se origina en 2003 por la unificación de los programas de transferencias condicionadas de ingresos sectoriales (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentación, Auxílio -Gás y Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)) (CEPAL s. f.).

El programa Bolsa Familia (beca familiar) incluye condicionamientos en materia de salud (como el cumplimiento del calendario de vacunaciones y controles de crecimiento y desarrollo para los niños y niñas menores de 7 años; asistencia a controles prenatales, acompañamiento de madres lactantes entre 14 y 44 años) y educación (asistencia escolar mínima de 70 por ciento tanto para los niños y las niñas como para la población adolescente, entre 4 y 6 años y 75 por ciento entre 6 a 18 años). Las transferencias incluyen diferentes componentes como un bono básico, un bono complementario y un bono variable, para las familias que tengan en su composición: embarazadas, personas que amamantan, niños o niñas entre 7 y 12 años o adolescentes entre 12 y 18 años incompletos.[62]

---

[60] https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128_rename_2022.pdf.

[61] Desde 2004, el programa *Farmácia Popular* brinda acceso a medicamentos gratuitos y subsidiados en el SUS. Bajo este programa, las personas pueden obtener, sin copagos, medicamentos para la hipertensión, la diabetes y el asma Para algunos otros productos farmacéuticos; por ejemplo, para tratar la dislipidemia, la enfermedad de Parkinson o la osteoporosis, se requieren copagos, con subsidios gubernamentales fijados en el 90 por ciento del precio de referencia (OECD 2021a).

[62] https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.164-de-2-de-marco-de-2023-467449434.

Según datos de CEPAL, sobre la base de información de la Secretaría Nacional de Renta de la Ciudadanía, la cobertura efectiva del programa alcanza al 27,7 por ciento de la población en 2021 (CEPAL s. f.). La incorporación de este tipo de políticas y la amplia cobertura que detenta da cuenta de la contribución de estas iniciativas a los cuidados de la salud de la población y la relevancia de los determinantes sociales en la condición de salud de la población.

En relación con el sector privado, según datos de la ANS, más de 922 entidades y aseguradoras privadas ofrecían cobertura de salud en el año 2022. Los planes de salud se dividen en médicos; de internamiento (con y sin cobertura de parto) y odontológicos (Agência Nacional de Saúde Suplementar 2023). Estas empresas no están obligadas a cubrir trasplantes, con excepción de los de córnea, médula y riñón. Además, no ofrecen tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales, cobertura de procedimientos estéticos, medicamentos no nacionalizados o utilizados para tratamientos domiciliarios e inseminación artificial.

La cobertura para tratamientos de cáncer y VIH es obligatoria sobre los límites del plan contratado (atención médica o atención de internamiento) y si la persona ya era portadora antes de la compra del plan médico, se considera una enfermedad preexistente y se niega la cobertura en forma privada, pero atendida por el SUS. Por otro lado, los medicamentos de alto costo se deben cubrir en el tanto se resuelve por la vía administrativa, por lo que se accede a este beneficio mediante judicialización. De tal modo, todo lo que no cubre el sector privado, es demandado para cobertura por parte del SUS.

3.5. Provisión de servicios

El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de atención a la salud (RAS). Las RAS están conformadas por: a) Unidades Básicas de Salud (UBS): que constituyen la puerta de entrada del usuario al SUS. Ofrecen atención de rutina, atención básica como la realización de consultas, vacunación, atención odontológica, entre otras.; b) Unidades de Pronta Atención (UPA), son responsables por la atención de las urgencias y emergencias; c) Hospitales, que son responsables por la atención especializada, además del tratamiento de mediana y alta complejidad.

El primer nivel de atención se configura como la puerta de entrada y eleje rector del sistema de Atención Primari; debería funcionar como coordinador de cuidados del sistema de salud, ya que es quien debe accionar los mecanismos de coordinación asistencial cuando los usuarios necesitan atención especializada. Este primer nivel se caracteriza por un conjunto de acciones que abarcan la promoción y protección de la salud, de las personas de manera individual y colectiva, actúa en el tratamiento, prevención, diagnóstico y mantenimiento de la salud (Portaria 2 436).

Uno de los instrumentos empleados para avanzar hacia la cobertura universal en Brasil ha sido la Estrategia de Salud de la Familia, denominado anteriormente programa y relanzado como estrategia, para garantizar su carácter permanente; fue creado con el fin de reorientar la práctica médica hacia la atención primaria de la salud mediante la creación de Equipos de Salud de la Familia (ESF) que prestan atención, tanto en unidades de salud como en hogares. De manera adicional, los ESF actúan como vínculo para el acceso a otros servicios sociales (como los programas de transferencias condicionadas), servicios de agua potable y saneamiento, programas educativos y otras áreas de protección social del gobierno.

La garantía del acceso universal a la totalidad de la atención en salud se asegura mediante la operación de redes regionales que integran las redes municipales y estatales, bajo coordinación de las instancias estatales que velan por la referencia a todos los niveles de complejidad de la atención requerida (ordenanza 4.279/2010) (OPS y OMS 2008).

El subsistema privado cuenta con su propia infraestructura a través de consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, aunque regulados por las autoridades sanitarias.

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Todos los ciudadanos de Brasil pueden hacer uso de las prestaciones e instalaciones del SUS. Al tomar como referencia la información de la ANS a diciembre de 2022, se afirma que el 74,5 por ciento de la población accede únicamente al sistema público, mientras 25,5 por ciento cuenta con algún tipo de asistencia médica complmentaria (con o sin atención odontológica) que utiliza como cobertura base (Agência Nacional de Saúde Suplementar 2023). Ello no implica que en forma adicional a la cobertura brindada por los planes privados perciban también prestaciones en el SUS, fundamentalmente para acciones de prevención y tratamientos complejos o costosos, lo cual le imprime un fuerte carácter de inequidad al sistema.

La evolución de la población beneficiaria del sistema privado da cuenta de una creciente presencia en el país. Mientras en 2000 los beneficiarios ascendían a un total de 30,9 millones, en diciembre de 2022 el sistema brindó cobertura a 50,4 millones (+62,1 por ciento) ((Agência Nacional de Saúde Suplementar 2023), (ANS 2022)).

En relación con el acceso a los Equipos de Salud de la Familia (ESF), los datos de la Pesquisa Nacional de Saúde dan cuenta de una expansión de la cobertura, pasando de cubrir el 53,3 por ciento de los hogares registrados en el programa en 2013, al 60,0 por ciento en 2019, con importantes variaciones regionales; 71,2 por ciento en el Nordeste y 51,9 por ciento en el Sudeste (Cobo et al. 2021). Para 2023, la meta de cobertura prevista en Plan Nacional de Salud - 2020-2023 asciende a 72,7 por ciento (Ministério de Saúde 2021b).

4.2. Utilización de los servicios de salud

Brasil ha mostrado un progreso importante en sus indicadores de salud. La tasa de mortalidad infantil tuvo un descenso superior al 53 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 26,1 en 2000 a 12,2 por 1 000 nacidos vivos para el total del país en 2020 (Perfil de País - Brasil s. f.-a). Esta tendencia fue acompañada de una disminución en la razón de mortalidad materna, que para 2017 se ubicó en 59,7 cada 100 000 nacidos vivos (-13,0 por ciento en relación con 2000), mientras que el porcentaje de partos que fueron atendidos por personal capacitado ascendió al 97,8 por ciento en 2019 (Perfil de País - Brasil s. f.-a), todo lo cual ha redundado en una extensión de la protección social en otras áreas de la salud. En particular, debe notarse que la cobertura efectiva de la protección social en la niñez, según datos de OIT, se ubica en 69,9 por ciento, mientras que la cobertura efectiva de la maternidad alcanza el 47,8 por ciento (OIT 2022).

Sin embargo, el camino hacia la cobertura universal de salud ha sido desigual entre grupos socioeconómicos y regiones geográficas. Mientras que en 2019 la mortalidad infantil para el promedio país era de 13,3 cada 1 000 nacidos vivos, el Norte registró un promedio de 16,6, con un valor que asciendió a 22,9 en Amapá. Por el contrario, las tasas de mortalidad infantil alcanzaron cifras de apenas 9,6 y 8,5 cada 1 000 nacidos vivos en los estados de Santa Catarina y Distrito Federal, respectivamente (Ministério de Saúde 2021a). Esta disparidad regional se replica para otros indicadores de salud y plantea desafíos a la hora de lograr niveles equitativos de cobertura en todo el territorio, lo que evidencia la necesidad de dotar de recursos físicos y humanos necesarios a todo el sistema.

Asimismo, debe notarse que, si bien las principales causas de muerte corresponden a enfermedades no transmisibles (74,7 por ciento del total para 2019 según OPS), aún persisten en el país causas de enfermedades transmisibles en algunas regiones, lo que da cuenta de que la transición epidemiológica que atraviesa el país no resulta homogénea para todo el territorio. Precisamente se trata de un país de gran extensión territorial, muy diverso y con fuertes heterogeneidades entre regiones. En promedio el peso que detentan en la mortalidad las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales para 2019 se ubicó en 13,7 por ciento (Perfil de País - Brasil s. f.-a).

Las acciones de salud del SUS deben guiarse por las necesidades de la población. Cuando menos en términos formales no existe ninguna restricción en el tipo de padecimientos cubiertos; sin embargo,

este sistema ha estado subfinanciado, lo que ha impedido alcanzar una cobertura universal de servicios integrales en la práctica. Tal subfinanciamiento se traduce en largos tiempos de espera para acceder a la atención especializada, cirugías y tratamientos de urgencias (Montekio y Medina 2011). Desde 1988 el sistema de salud empleó diversos mecanismos de financiamiento, no obstante aún persisten dificultades para alcanzar el nivel necesario de recursos que permita mejorar los servicios que se ofrecen a la población (Ministério da Saúde - OPS 2013).

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Brasil en 2019 se ubicó en 0,75, por debajo del promedio de la región (0,77). Los mejores resultados se presentaron en los subindicadores de capacidad y acceso (0,95) y de cobertura de enfermedades infecciosas (0,81). En tanto que el subindicador de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil se ubicó en 0,73.

En relación con la utilización de los servicios, los últimos datos de la *Pesquisa Nacional de Saúde* para 2019 confirmaron la fuerte dependencia de la población de los servicios públicos de salud, ya que el 71,5 por ciento de las personas declararon no tener acceso a planes privados de salud médica o dental, un nivel similar al encontrado por la encuesta en 2013. Tal dependencia era ligeramente superior en los hombres (72,6 por ciento frente al 70,5 por ciento de las mujeres), niños y jóvenes (74,5 por ciento), pero sustancialmente superior para las personas de etnia negra (casi el 80 por ciento frente al 61,2 por ciento para las personas de etnias blancas) (IBGE 2020b). Para las personas que carecen de enseñanza formal o cuentan apenas con enseñanza básica incompleta, la dependencia del SUS era del 84 por ciento, frente a poco más del 30 por ciento entre quienes tenían estudios superiores (Souza Júnior *et al.* 2021). Estas desigualdades en el acceso a los servicios de salud son el reflejo de las disparidades socioeconómicas y resaltan la importancia del sistema público como reductor de inequidades (Cobo *et al.* 2021).

El porcentaje de personas que vieron a un médico en el último año aumentó de 71,2 por ciento en 2013 a 76,2 por ciento en 2019 (IBGE 2020d). Los mayores porcentajes de consultas médicas los presentaron los niños entre 0 y 4 años, así como los adultos mayores, quienes alcanzaron en 2019, el 87,7 por ciento y 83,5 por ciento, respectivamente. En relación con las diferencias por etnia y color de piel, las personas de etnias blancas tienen una prevalencia mayor (74,8 por ciento frente a 69,5 por ciento de la población de etnia negra y 67,7 por ciento para la población mestiza) (Szwarcwald *et al.* 2021).

Por su parte, el análisis por región indica fuertes diferencias en la proporción de personas que tuvieron consulta médica en los últimos 12 meses, varía del 68 por ciento en la Región Norte al 80,6 por ciento en la Región Sudeste; con una brecha de 8,9 puntos porcentuales entre zonas urbanas (72,7 por ciento) y rurales (62,8 por ciento). También se observan desigualdades según el nivel de ingreso. La prevalencia de consultas médicas en el último año osciló entre 64,6 por ciento y 83,1 por ciento, con diferencias de aproximadamente 18,5 puntos porcentuales entre los extremos inferior y superior de la distribución del ingreso (Szwarcwald *et al.* 2021).

Un criterio para evaluar el acceso a la atención médica se relaciona con las consultas médicas. Brasil tiene las consultas médicas *per capita* más bajas entre los países de la OCDE. En 2019, el país tuvo 2,2 consultas médicas *per capita* en el SUS, mientras que el promedio de la OCDE fue de 6,6. Sin embargo, al considerar la población con seguro privado, el indicador se eleva a 6 consultas médicas *per capita* (OECD 2021a). Este hecho señala la existencia de problemas de equidad en el acceso a las prestaciones de salud, pues depende de los niveles de ingresos y la posibilidad de acceder a seguros privados.

En relación con el acceso a los medicamentos esenciales del SUS, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud muestran que existen problemas en el acceso a estos. En 2019, el 15 por ciento de quienes recibieron una prescripción de medicamentos durante su última consulta médica no pudieron obtenerlos (IBGE 2020c). Solo alrededor del 30 por ciento de todas las personas a las que se les entregó una receta en su última visita médica utilizaron el servicio público, oscilando entre el 42 por ciento en el grupo de población más pobre y 7 por ciento entre los sectores de mayores ingresos (OECD 2021a).

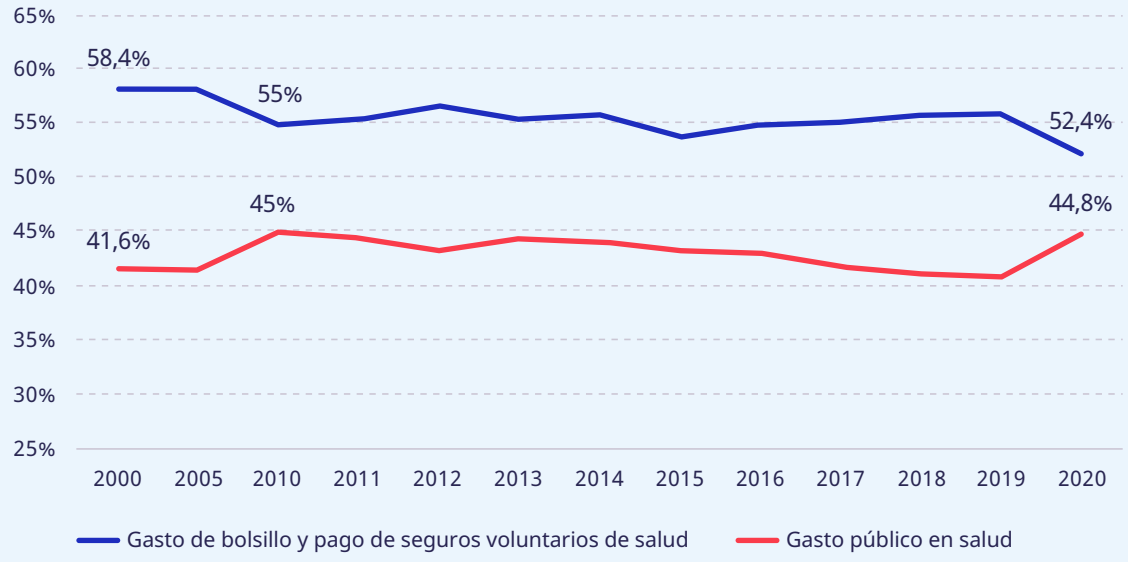
A pesar de que Brasil tiene una garantía legal de cobertura de medicamentos para todos los ciudadanos, la proporción de personas que no obtuvo medicamentos en el SUS y que realizó un gasto directo aumentó para el lapso 2013 -2019. Sin embargo, entre la población pobre, la probabilidad de obtener todos los medicamentos en el SUS aumentó en este periodo (Boing *et al.* 2022).

4.3. Protección financiera

Brasil destina una alta proporción de recursos al financiamiento de la salud y, si bien, cuenta con un sistema público de cobertura gratuita para toda la población, los niveles de gasto de bolsillo resultan significativos. En 2020 absorbieron el 52,4 por ciento del gasto corriente en salud y representaron el 5,4 por ciento del PIB. Ello incluye el pago de seguros voluntarios de salud (57,2 por ciento del gasto privado en salud) y los desembolsos de bolsillo directos por parte de los hogares (42,8 por ciento del gasto privado en salud). La participación del gasto privado en el gasto corriente en salud ha ido cayendo desde un 58,4 por ciento en 2000, en virtud del incremento del gasto público; sin embargo, como proporción del PIB ha mostrado una tendencia creciente; ello da cuenta de un reducido nivel de protección financiera provisto por el sistema público, especialmente para el caso de la población vulnerable (gráfico 4).

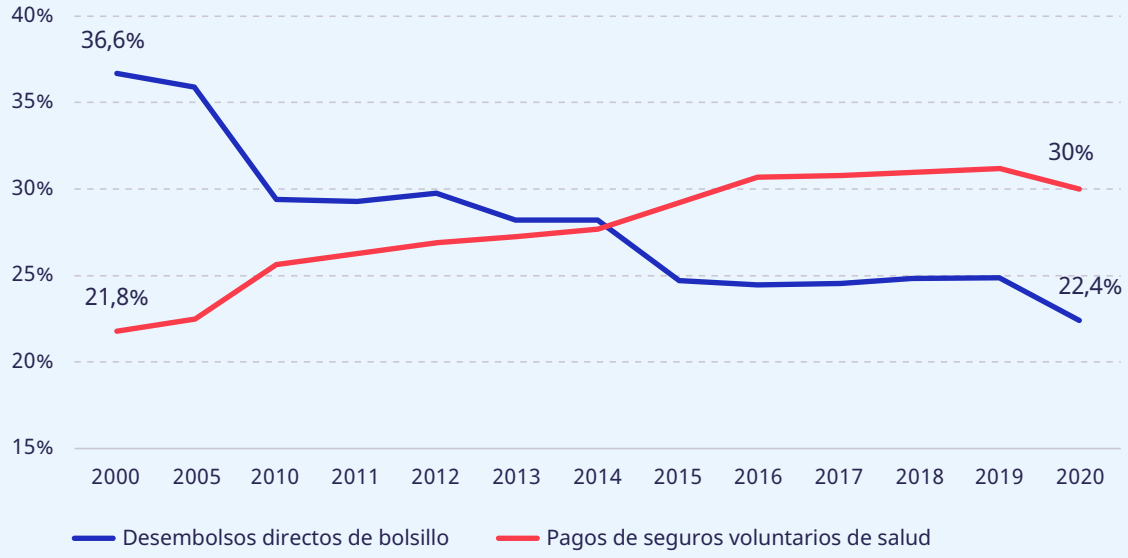
La evolución de la participación de los desembolsos de bolsillo y los pagos de seguros voluntarios de salud muestran una tendencia decreciente en el primer caso y un incremento en el segundo caso (gráfico 5). En 2020, el 22,4 por ciento del gasto corriente en salud (2,3 por ciento del PIB) se financió con desembolsos de bolsillo de los hogares y el 28,73 por ciento del gasto corriente en salud correspondió al pago de seguros voluntarios de salud (3,1 por ciento del PIB). Estas cifras traslucen una falla del sistema vigente para brindar una cobertura de atención médica efectiva, porque conduce a la población a contratar seguros privados o a realizar pagos directos para obtener acceso a prestaciones de salud.

▶ Gráfico 4. Brasil. Esquemas de financiamiento público: Gasto público en salud y gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto corriente en salud. 2000-2020



Fuente: OMS (2022).

▶ **Gráfico 5. Brasil. Desembolsos de bolsillo de los hogares y pago de seguros voluntarios de salud como porcentaje del gasto corriente en salud. 2000-2020**



Fuente: OMS (2022).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

Tanto el sector público como el privado proveen servicios de salud en Brasil. En 2023, el 61,4 por ciento correspondió a establecimientos de atención en el SUS, de un total de 6 168 establecimientos de internamiento registrados por el Ministerio de Salud, mientras que el 38,6 por ciento restante se refiere a establecimientos del sector privado (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil). El número de camas totales de internamiento disponibles en ese año se ubicó en 449 103, siendo el 68,7 por ciento camas disponibles para el SUS y 31,3 por ciento privadas. Esta situación refleja una fuerte presencia del SUS en el Sistema de Salud.

Sin embargo, al analizar la disponibilidad de camas como proporción de la población, en promedio durante 2022 se registra un indicador de 2,5 camas por cada 1 000 habitantes. Al relacionar este dato en función de la población beneficiaria de cada subsistema, se encuentra que la disponibilidad de camas promedio para beneficiarios de planes privados ascendió a 2,8 cada 1 000, mientras que en el caso del SUS el mismo indicador se ubicó en 2,2. Ello da cuenta de un desigual acceso a la salud en función de los niveles de ingreso de la población y la contratación de seguros privados, lo que representa una fuente importante de inequidad al interior del sistema. De manera adicional, a nivel estatal se observan profundas disparidades en la infraestructura hospitalaria. En el año 2023 la densidad de camas hospitalarias osciló entre 1,5 camas por 1 000 habitantes en Sergipe y 2,7 en Rio Grande do Sul, lo que arroja una brecha cercana al 200 por ciento (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil).

En 2023 la densidad de profesionales médicos en Brasil fue de 2,6 cada 1 000 habitantes (por encima del promedio de América Latina de 2,1 del año 2019). Sin embargo, un problema registrado en varios municipios refiere a la falta de profesionales médicos, especialmente en municipios pequeños o aislados del país (Dos Santos *et al.* 2019). Como respuesta a esta problemática se implementó en 2013 el Programa Mais Médicos (ley 12 871 de 2013), que permitió incorporar más de 16 000 médicos (de Brasil y del exterior) para la atención primaria de la salud en 3 837 municipios del país. Mientras que, en 2020 un nuevo programa Médicos pelo Brasil (ley 13 958 de 2019) buscó aumentar la prestación de servicios médicos en lugares de difícil acceso o de elevada vulnerabilidad, así como promover la formación en medicina de familia y comunitaria (OECD 2021a).

4.5. Aceptabilidad y calidad

A pesar de los importantes avances logrados en los últimos años en relación con el fortalecimiento de la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud de Brasil, el país aún enfrenta importantes desafíos. Muchos pacientes eluden la atención primaria de salud y buscan atención directamente en clínicas y hospitales especializados de mayor complejidad. La proporción de hospitalizaciones por condiciones que podrían ser tratadas más eficazmente en el ámbito de la APS oscila entre el 16,8 por ciento en la región Sur y el 20,1 por ciento en la región Norte.

Según datos de la Pesquisa Nacional de Saúde, en 2019, alrededor del 50 por ciento de la población diabética identificaba las unidades básicas de salud como su último contacto con el sistema de salud, el 11 por ciento usaba unidades públicas de especialidad en hospitales, el 6 por ciento unidades públicas de atención de urgencia y el 30 por ciento se atendía en establecimientos privados (IBGE, 2020a).

La misma encuesta refleja que la experiencia de los pacientes con la APS en Brasil debe mejorar. La APS obtiene una puntuación global de 5,9 en una escala de 0 a 10. Las personas que viven en la región Sur elevaron la puntuación (6,3) con respecto a las personas que viven en el Norte (5,5) (OECD, 2021b).

Las condiciones de acceso al primer nivel, que es el coordinador de cuidados de la red, presentan dificultades, siendo las barreras más comunes las relativas a la organización de los servicios, las geográficas y las culturales. Otras barreras detectadas tienen relación con la discriminación por género y etnia (Comes *et al.* 2020).

En el mismo sentido, una auditoría desarrollada por el Tribunal de Cuentas en 2016 destaca que en 21 de los 23 estados auditados se identificaron dificultades en los procesos de referencia y contrarreferencia entre diferentes niveles de complejidad, así como la falta de formación de los profesionales de las UBS en cuanto al sistema de referencia y la escasez de infraestructura de tecnología de información para apoyar las actividades (Tribunal de Contas da União 2016).

El Ministerio de Salud ha emitido algunas recomendaciones, para ayudar a los Equipos de Salud de la Familia (ESF) a alcanzar la prestación de APS de alta calidad (Ministério de Saúde 2021a). Estos documentos abordan enfermedades o factores de riesgo específicos, como la atención al fumador, la hipertensión arterial o la salud mental. Si bien tales pautas son útiles, no cumplen con las expectativas de los pacientes para la atención de salud integrada. Además, no se cuenta con información sobre su uso efectivo (OECD 2021b).

Asimismo, debe destacarse la creación de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnología en el Sistema Único de Salud (Conitec), mediante la ley 12 401 de 2011, organismo responsable de asesorar al Ministerio de Salud en la incorporación, exclusión o alteración de tecnologías de salud en el SUS y el desarrollo y adaptación de protocolos clínicos y directrices terapéuticas, guías clínicas, entre otros aspectos, teniendo en cuenta la evidencia científica, evaluación económica e impacto presupuestario de las tecnologías. Entre 2012 y julio de 2023 se eliminaron 84 tecnologías sanitarias y se incorporaron 421 tecnologías nuevas (Ministério da Saúde 2023). Por su parte, la Organización Nacional de Acreditación (ONA), creada en 1999, es responsable del desarrollo y la gestión de los estándares brasileños de calidad y seguridad en salud, a través del Sistema Brasileño de Acreditación de organizaciones prestadoras de servicios de salud.

También se han realizado esfuerzos significativos para reformar el modelo de financiamiento federal, al contemplar esquemas de pago que premien la calidad de la atención, tal es el caso del nuevo modelo de financiamiento de la APS, Previne Brasil, que entró en vigencia en 2020. Este programa incluye un componente de entrega de recursos *per capita*, un pago por desempeño y algunos incentivos para acciones estratégicas y áreas prioritarias. El monto de capitación única se aplica a la población registrada en ESF y es ajustado por factores socioeconómicos, demográficos y geográficos, lo cual proporciona un incentivo para que los ESF registren a las personas que aún no están registradas. El pago por desempeño se enfoca en siete áreas prioritarias, las cuales incluyen atención prenatal, salud de la mujer, inmunización infantil y atención de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes mellitus). Las acciones cubren características específicas de acuerdo con las necesidades de cada municipio. La idea de este mecanismo es reducir las desigualdades en el acceso y mejorar la calidad de los servicios de APS (OECD 2021b).

En el ámbito privado, la ANS realiza, desde 2017, la Encuesta de Satisfacción de los Beneficiarios. Si bien esta solo incorpora al 36,1 por ciento de las operadoras del sector, ellas representan el 68,2 por ciento de los beneficiarios (ANS 2023b). Los resultados indican que en 2021 el 84,4 por ciento de los beneficiarios evalúa los planes de salud privados como buenos o muy buenos, lo que refleja un incremento en relación con el 80 por ciento reportado en 2017. Por su parte, las demandas de salud registradas en el Caderno de información de Salud Suplementar de la ANS de enero a setiembre de 2022 se concentran en temas vinculados con el gerenciamiento de la operadora (39,7 por ciento), plazos de atención (17,7 por ciento) y solicitudes de reembolso (15,3 por ciento) (ANS 2022).

La mejoría de las condiciones generales de vida y el éxito de diversas políticas de salud pública, como la Estrategia de Salud de la Familia, se tradujo en una reducción importante de la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida. Hoy, el país se encuentra en una transición demográfica y epidemiológica caracterizada por un grupo creciente de mayores de 65 años y el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones como principales causas de mortalidad (Ministério da Saúde 2022). Todo ello demanda cambios organizacionales y nuevas estrategias que permitan enfrentar estos desafíos de manera eficaz, equitativa y sostenible de cara al futuro. Además, es importante resaltar que en Brasil, el 91,5 por ciento de población mayor de 65 años tiene cobertura efectiva con respecto a la protección social en la vejez; asimismo, este indicador asciende a 100,0 por ciento en el caso de discapacidad (OIT 2023), debido a la incorporación de prestaciones por discapacidad y por vejez como componentes del sistema de protección social dirigidas a los sectores más vulnerables sin cobertura del seguro social. Esta situación es relevante, especialmente si se considera la transición demográfica que atraviesa el país y la creciente necesidad de incorporar políticas y prestaciones de cuidados a largo plazo.

▶ 5. Desafíos

Luego de más de 30 años desde la implementación del SUS deben reconocerse los grandes avances logrados por el sistema para incorporar una gran proporción de población a la atención de la salud. No obstante, los desafíos son múltiples. Existen problemas de coordinación entre los niveles de gobierno, fragmentación de las fuentes de financiamiento y una desigual distribución del personal médico, problemas de sustentabilidad financiera en un contexto de restricciones macrofiscales, una elevada proporción de gastos de bolsillos, disparidades en la calidad y el acceso entre regiones y retos vinculados con la transición demográfica y epidemiológica que transita el país.

La atención primaria de la salud ha sido un pilar de la extensión de la cobertura de salud desde el inicio del SUS. A pesar de los logros alcanzados, se debe encarar una modernización del sector, que aún se caracteriza por problemas persistentes en la coordinación de la atención entre los niveles de servicio y con un exceso de pacientes que se saltan la atención primaria de la salud para buscar atención en niveles de mayor complejidad (OECD 2021a).

En efecto, un problema general que Brasil debe abordar es la inmensa complejidad de operar el SUS. Se deben repensar los mecanismos de coordinación existentes entre los distintos niveles de gobierno y los mecanismos de referencia y contrarreferencia utilizados.

Si bien, el gasto total destinado a la salud es elevado, la participación del componente público resulta reducido y se destaca la elevada participación del gasto privado, fundamentalmente el pago de seguros voluntarios, a los que acude la población de ingresos medios y altos; situación que agrava los problemas de falta de equidad y acceso que se manifiestan en la atención de la salud. Mientras que los desembolsos directos de bolsillo reflejan fundamentalmente un acceso insuficiente a los medicamentos esenciales, que afecta de manera más fuerte a las poblaciones más pobres y desfavorecidas.

El Gobierno Federal, los estados y los municipios comparten responsabilidades por el financiamiento y la gestión del SUS; los frecuentes cambios en las reglas de financiamiento han repercutido en problemas para su financiamiento y en falta de coordinación. A nivel federal, el Ministerio de Salud define los objetivos generales del SUS y establece el desarrollo de políticas, la planificación financiera, la auditoría y el control de las políticas de salud y de los servicios de salud vinculados al SUS. Es responsable de la coordinación general de las prioridades nacionales y define acciones como parte del Plan Plurianual y el

Plan Nacional de Salud. Allí se contemplan diversas acciones dirigidas a disminuir las desigualdades de salud; para ello, las diferentes iniciativas han puesto el foco en incrementar el acceso a los servicios de atención primaria de la salud, a la atención especializada, a los medicamentos e insumos estratégicos y a las nuevas tecnologías; fortalecer el control de las enfermedades y las lesiones que puedan prevenirse, fomentar la protección, promoción y recuperación de la salud de las poblaciones vulnerables, así como en la gestión y la organización del sistema de salud (Ministério de Saúde, 2021b), (Perfil de País - Brasil s. f.)).

El arraigo de médicos en el primer nivel de atención, con la calidad y capacitación adecuada para coordinar los cuidados en la red, es un tema que requiere de soluciones sostenibles en el tiempo y que debe involucrar a las universidades como instituciones formadoras.

En términos de democratización del SUS, la estrategia de participación social resulta importante, en todo caso, su implementación concreta en algunas regiones y municipios aún constituye un desafío.

De manera adicional, Brasil deberá hacer frente en los próximos años al desafío de atender las necesidades de una creciente proporción de población mayor de 65 años. Si bien la cobertura de pensiones y discapacidad resulta elevada, las prestaciones y los servicios de salud deberán acompañar esta tendencia y adaptarse hacia la atención de los cuidados a largo plazo.

6. Principales lecciones aprendidas

El SUS ha tenido un gran éxito en Brasil al aumentar el acceso a los servicios de salud para diferentes grupos poblacionales y reducir, parcialmente, las desigualdades en el acceso a la salud. Diversas lecciones surgen para considerar:

- La participación democrática de las entidades y movimientos de la sociedad civil en la definición de las políticas, en la gestión y el control de su ejecución ha sido un elemento fundamental en el desarrollo del SUS y del sistema de salud brasileño (Montekio *et al.* 2011).
- La incorporación de reglas de asignación específica de recursos al sector, como la EC29/2000, ha constituido una buena estrategia dirigida a asegurar el financiamiento compartido entre diferentes niveles de gobierno. La suspensión posterior de este mecanismo ha repercutido negativamente sobre los recursos y en consecuencia, sobre la infraestructura sectorial.
- En relación con la Estratégia de Salud de la Familia, su expansión territorial y el avance de la cobertura ha dejado en evidencia la importancia de revalorizar e invertir en la APS como puerta de entrada al sistema de salud. Su implementación y continuidad en el tiempo ha redundado en resultados positivos, como la reducción de la mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna. Adicionalmente, ha constituido un eslabón relevante para la integración de diferentes componentes en el sistema de protección social.
- Un programa para mejorar la eficiencia en la APS y ampliar el acceso fue la iniciativa 'Previne Brasil' implementada en 2020. Esta iniciativa implementada con el objetivo de expandir los equipos de salud de la familia y reforzar la calidad de la APS marcó un cambio importante en el mecanismo de transferencia de los fondos federales. La estrategia modificó los pagos para contemplar las diferencias en las necesidades de atención médica, optimizó los indicadores de pago por desempeño al incorporar siete áreas priorizadas y revisó las acciones estratégicas que se financian por la federación (OECD 2021b).
- La existencia y creciente incidencia que tiene el sistema privado de carácter duplicativo (que brinda las mismas prestaciones que el SUS) refleja problemas de acceso en el sistema público y constituye una fuente de inequidad en el sistema, lo que aumenta las brechas en las condiciones de acceso a los servicios de salud en función de las posibilidad de pago de las personas.

Referencias

Abreu, A. y R. Sette. 2016. «Parcerias Público-Privadas na Saúde: O Programa Pro Hosp e seus indicadores de resultados». https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2400.

ABrES (Associação Brasileira de Economia da Saúde). 2022. *Nova Política de Financiamento do SUS*. https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Nova-Politica-Financiamento-SUS-_-ABrES-08072022.pdf.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). 2022. *Caderno de Informação de Saúde Suplementar*.

———. 2023. «Beneficiários de planos de saúde». https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais.

Boing, A. C., F. B. Andrade, A. D. de Bertoldi, K. G. Peres, A. Massuda y A. F. Boing. 2022. «Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019». *Cadernos de Saúde Pública* 38. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721e00114721.

Comes, Y., L. Pereira, P. Simas, I. Ribeiro, C. Vivas y C. Rosales. 2020. *Saúde e empoderamento das mulheres: Estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos*.

CNM (Confederação Nacional de Municípios). 2018. *Mudanças no Financiamento da Saúde*. https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudanças-no-Financiamento-da-Saúde.pdf.

Correa Guarín, N. J. y Á. E. Cala Pulido. 2022. *Análisis Comparativo del Proceso de Financiamiento entre los Sistemas de Gestión de la Salud Pública de Colombia y Brasil en la Última Década.*

Dos Santos, W., Y. Comes, L. Luiz Pereira, A. M. Costa, E. Merchan-Hamann y L. M. Pacheco Santos. 2019. «Avaliação do Programa Mais Médicos: Relato de experiência». *Saúde em Debate* 43 (120): 256-268.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2022. *Panorama do Censo 2022*. https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/.

FMI (Fondo Monetario Internacional). 2023. «World Economic Outlook Database».

Ministério de Saúde. 2021a. *Cadernos de Atenção Básica*. https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==.

———. 2021b. *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*.

———. 2022. *Boletim Epidemiológico* 2. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim_epidemiologico_svs_2.pdf.

———. 2023. *Conitec em números*. http://lookerstudio.google.com/reporting/ed1f017c-58e0-4177-aeb2-61f59d50b183/page/PzCbB?feature=opengraph.

Ministério da Saúde y OPS (Organização Pan-Americana da Saúde). 2013. *Financiamento público de saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf.

Montekio, V. B. y G. Medina. 2011. «Sistema de salud de Brasil». *Salud Pública de México* 53.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2021a. *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*. https://doi.org/10.1787/146d0dea-en.

———. 2021b. *Primary Health Care in Brazil*. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/120e170e-en.pdf?expires=1673443492&id=id&accname=guest&checksum=33393478CE45EB73F5AE96E6B794021D.

OIT. 2022. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_842105.pdf.

———. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

OPS y OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud). 2008. *Brasil: Perfil de sistemas y servicios de salud*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Brasil_2008.pdf.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). s. f. «Perfil de País—Brasil». *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-brasil.

TCU (Tribunal de Contas da União). 2016. *Gestão da atenção básica à saúde no Brasil: Auditoria coordenada*. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde.

Ugá, M. y S. Porto. 2008. «Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil». En *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. FIOCRUZ.

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Yamila Comes. Con el beneficio de los aportes de Guillermo Montt y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Chile

©Freepik

1. Introducción

Chile ha experimentado más de una década de crecimiento económico en sus tasas desde 2000 (en promedio superior al 4,6 por ciento en términos reales). A partir de 2014 se observó una desaceleración del crecimiento y en 2020, ya en el contexto de la pandemia por COVID-19, la economía registró una caída del 6,0 por ciento del nivel de actividad en términos reales, la cual resultó más que compensada con una fuerte recuperación (del 11,7 por ciento) en 2021. Para 2019 el nivel de PIB *per capita* se ubicó en 14 568 dólares corrientes (IMF, 2023). Esta evolución se ha visto acompañada de un avance en el nivel de salud y condiciones de vida y en el bienestar de la población; sin embargo, ese desarrollo ha sido desigual. En Chile se registran elevados niveles de informalidad y desigualdad en el acceso a los servicios y la distribución de su calidad ((Bascolo *et al*. mimeo), (Paraje & Vásquez 2012), (Castillo-Laborde *et al*. 2017)). Durante el periodo 2000-2019, el país aumentó su índice de desarrollo humano (IDH) en 12,1 por ciento, al desde 0,76 a 0,86 puntos, lo que representa un incremento mayor al experimentado por la región en el mismo periodo (9,4 por ciento). En 2021, Chile ocupó el puesto 42 del ranking mundial y subió una posición con respecto al 2020.

En Chile, el sistema de salud se caracteriza por su segmentación, tanto en el financiamiento y manejo del riesgo, como en la provisión de servicios. El sistema está dividido en distintos subcomponentes, donde la población puede escoger entre cobertura por el sistema público o el sistema privado. El sector público lo conforman todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública (IPS), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Mientras que el sector privado se organiza mediante las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las que busca cubrir a la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos ((Becerril-Montekio *et al*. 2011), (Villalobos Dintrans 2017)). Por su parte, las Fuerzas Armadas (FFAA), del Orden y Seguridad Pública cuentan con subsistemas de salud propios. De manera adicional, un reducido sector de la población paga por la atención de la salud directamente de su bolsillo (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

2. Contexto

En 1886 se crea en Chile mediante Reglamento Orgánico — la Junta de Beneficencia, con el objetivo de proveer de unidad administrativa a los establecimientos sanitarios existentes que estaban en manos de los gobiernos locales (Villalobos Dintrans 2022). En 1924, el Estado chileno asumió la organización de los seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo, para la protección de los trabajadores, estableciendo la ley que creaba los seguros de enfermedades, invalidez y accidentes del trabajo.[63] En este contexto se crea la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, para asalariados, aprendices y trabajadores autónomos, que se financiaba de forma tripartita por los obreros, los empleadores y el Estado e incluía beneficios de atención de la salud, auxilio de maternidad, subsidios y pensiones por enfermedad común, auxilio mortuorio y pensión de vejez. En 1925, se crearon la Caja de Empleados Particulares (Empart)[64] y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (Canaepu),[65] las que se sumaron a otras ya existentes, como las de las Fuerzas de la Defensa Nacional (1915) y de Ferrocarriles del Estado (1918). De esta forma, se inició un sistema de previsión social desde el Estado, conformado por diversas instituciones que separaban a los beneficiarios según el tipo de trabajo que desempeñaran; estas instituciones entregaban diferentes beneficios y operaban con lógicas de financiamiento y aseguramiento distintas (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

En 1952, la ley 10 383 creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) como una institución estatal autónoma con financiamiento propio. En materia de protección y fomento de la salud, las intervenciones del SNS se extendían a todos los habitantes del país, pero las acciones en medicina preventiva y curativa cubrían solamente a cerca del 70 por ciento de la población, al restringirse a los indigentes, a los obreros y sus familias. La organización del SNS permitió avances notables en el desarrollo de eficientes políticas públicas de salud, que impactaron positivamente en la situación sanitaria del país (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

Durante el régimen militar y a partir de 1973, el sistema se orientó hacia la descentralización y al desarrollo del sector privado. Asimismo, se creó el FONASA, destinado al cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero, el ISP, y la CENABAST (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019). En 1979, en virtud del Decreto de Ley 2 763, se reorganizó al Ministerio de Salud y las instituciones relacionadas, para crear el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En 1980, la nueva Constitución estableció que "El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo" y que "Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado"[66] (Chile 1980). A tal fin se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), mediante el Decreto de Fuerza de Ley 3 de 1981, se trata de entidades privadas encargadas de administrar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores. Adicionalmente, la creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud (ley 18 469 de 1985) fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes (Gattini 2018).

Con la transición democrática se potenció la atención al sector salud. Se incrementó la inversión en infraestructura y equipamiento, asimismo se buscó fortalecer los recursos humanos. Durante los últimos veinte años se sucedieron distintas reformas cuyos ejes fueron el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social. Entre otros aspectos se destacan: i) la ley de Autoridad Sanitaria (ley 19 937 de 2004) la cual estableció las funciones del Ministerio de Salud y creó la Superintendencia de Salud; ii) la creación del régimen GES (ley 19 966 de 2004), que definió garantías de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento para un grupo de problemas de salud priorizados; y; iii) la ley "Ricarte Soto" que establece un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos y alimentos de alto costo (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

[63] Ministerio del Interior. Ley 4.054 del 26 de setiembre de 1924. Seguros de enfermedades, invalidez y accidentes del trabajo [Internet]. Chile; 1924.
[64] Decreto con Fuerza de Ley 857 del 11 de noviembre de 1925. Ley de Empleados Particulares.
[65] Ministerio del Interior. Decreto de Ley 454. Ley de Empleados Públicos.
[66] Artículo 19, 9°, Constitución de la República de Chile de 1980.

De este modo, el sector salud en Chile está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado. El sistema se financia con una cotización del 7 por ciento de los salarios, que puede destinarse -por elección- al sistema público (FONASA) o bien a las ISAPRES, que ofrecen seguros de salud, de acuerdo con una lógica de tipo individual. Si bien la elección es libre, en la práctica el salario es el principal determinante, de modo que los individuos de ingresos medios-altos y altos tienden a elegir una ISAPRE para ampliar la canasta prestacional mediante aportes adicionales; los de ingresos medios, medios-bajos y bajos suelen elegir el FONASA, pues con su aporte no podrían obtener una mejor cobertura en ISAPRES (Escobar y Bitrán 2014).

▶ 3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

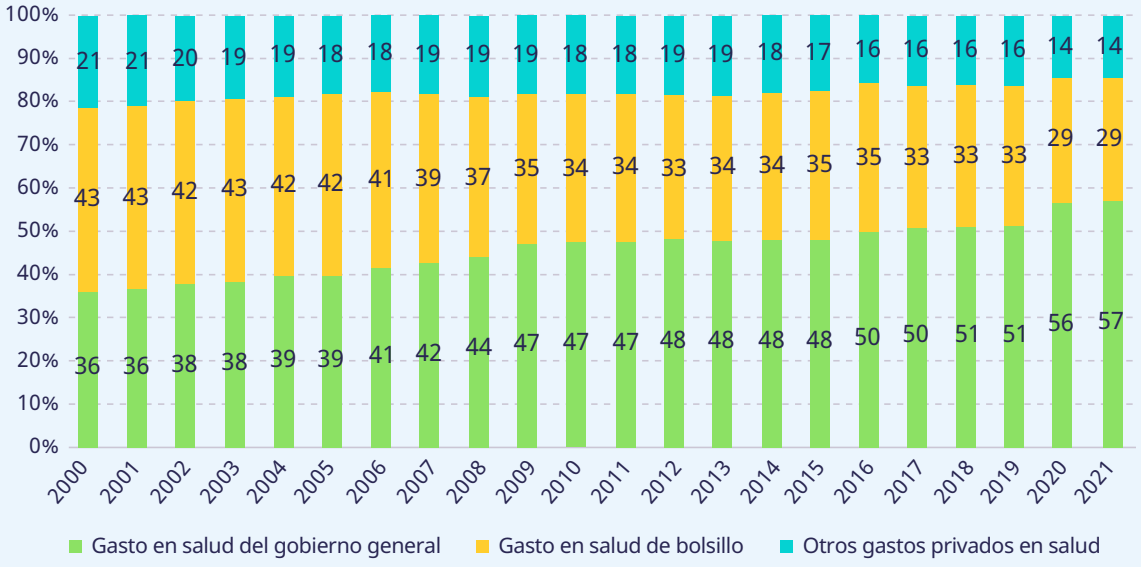
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

En forma agregada, el gasto en salud en Chile como proporción del PIB en 2021 fue de 9,1 por ciento, con lo cual se ubica por encima del promedio de la región y ha manifiestado una tendencia creciente hasta 2020, al pasar de 6,6 por ciento del PIB en 2005 a 9,8 por ciento en 2020. El gasto *per capita* en salud se ubicó en 2020 en 1 278 dólares corrientes.

El financiamiento del sector proviene del Estado (a partir de impuestos generales del gobierno central y tributos municipales o comunales) y de cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7 por ciento del salario), que juntos acumulan un 56,8 por ciento del gasto en 2021; del gasto de bolsillo (este incluye el copago de bienes y servicios de salud, gastos en medicamentos y pago directo de servicios asistenciales de salud) que alcanza 28,9 por ciento el mismo año y del pago voluntario de planes de salud (7 por ciento) y otros gastos privados en salud (gráfico 1).

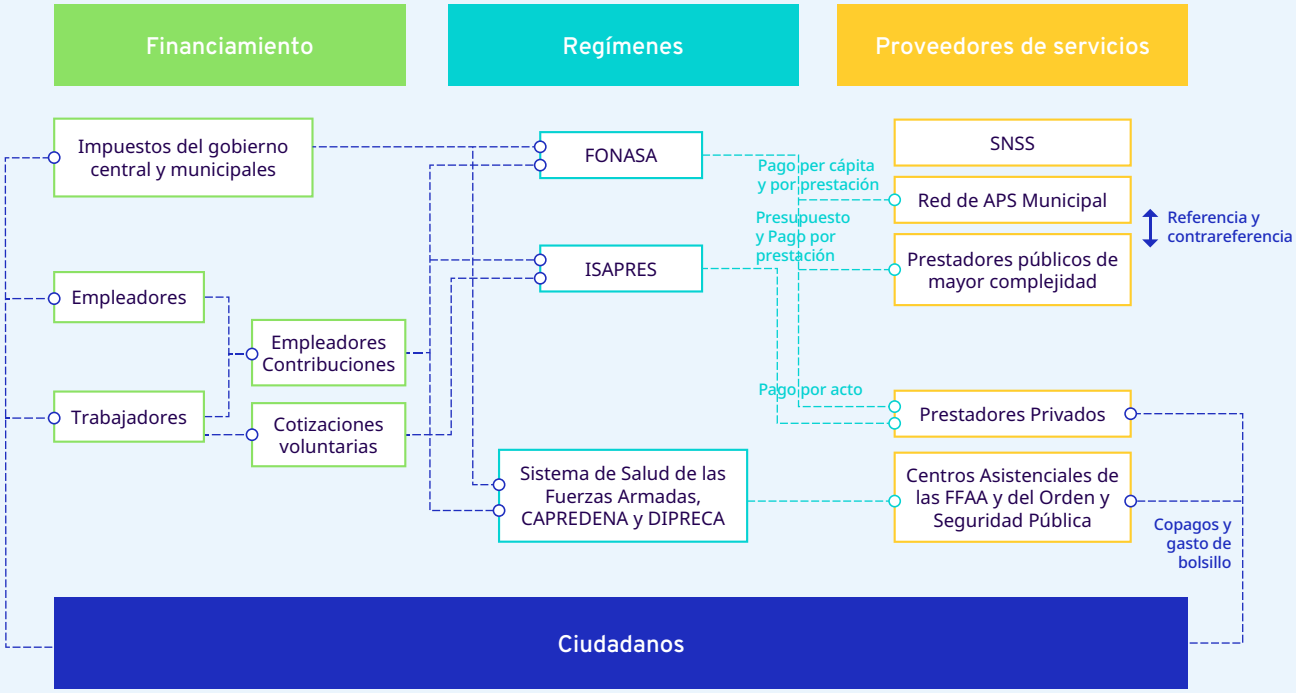
▶ Gráfico 1. Chile. Estructura del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento 2000-2021



Fuente: OMS (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

Diagrama 1. Chile. Principales flujos financieros



Fuente: Elaboración propia.

En relación con los mecanismos de pago, el FONASA financia a los prestadores públicos principalmente a través de tres programas: 1) Atención Primaria de Salud (APS), que incluye el pago *per capita* y pago prospectivo por prestación para la atención primaria municipal,[67] 2) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), 3) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) en el caso de atención secundaria y terciaria[68] y, en el caso de la libre elección pago por acto, de acuerdo con los valores asociados con el listado de prestaciones contenidas en el Arancel de Modalidad Libre Elección (MLE) o Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), para un grupo de prestaciones previamente estandarizadas (diagrama 1) (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, 2019). De manera adicional, el FONASA contempla la Compra Directa de prestaciones de salud a prestadores por fuera de la red del SNSS, relacionadas principalmente con prestaciones de diálisis, atenciones respaldadas por la ley de Urgencia y la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), que complementan la oferta de salud ante la ausencia de estas prestaciones en la Red Pública.[69] Por su parte, el seguro privado paga a sus proveedores principalmente de forma retrospectiva, mediante pagos por servicio (Villalobos Dintrans 2017).

[67] El monto *per capita* mensual es un aporte por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS y se calcula a partir de una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF). A ello se agregan incrementos de acuerdo con el porcentaje de pobreza de la comuna, ruralidad, dificultad para prestar atenciones de salud (asignación de zona y desempeño difícil) y proporción de adultos mayores (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019). En los casos de municipios escasamente poblados, las municipalidades reciben una cantidad fija, a fin de evitar que las asignaciones *per capita* resulten insuficientes (Becerril-Montekio *et al.* 2011).

[68] Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): es el presupuesto histórico de los servicios de salud. Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): se trata de programas que están valorados de acuerdo con la producción de servicios hospitalarios.

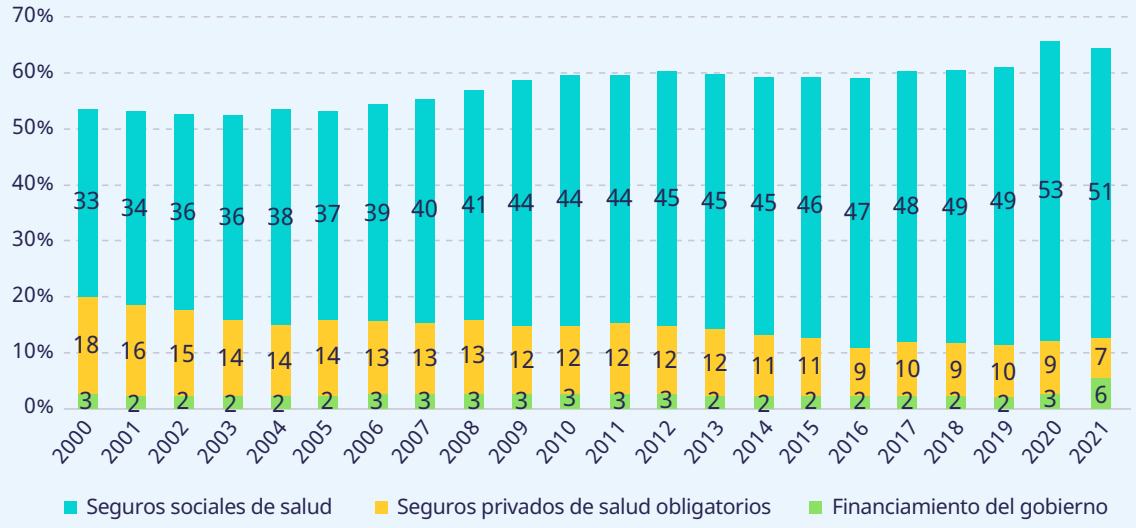
[69] Estos gastos ascienden al 3,5 por ciento del total del gasto en prestaciones de salud del FONASA en 2020 (FONASA 2021).

En términos generales se observa la existencia de un esquema fragmentado donde los flujos financieros transitan caminos separados en función del esquema de aseguramiento considerado y el tipo de proveedor. Salvo excepciones y convenios específicos, cada seguro cuenta con sus propios prestadores y mecanismos de pago establecidos.

iii) Fuentes de financiamiento

En forma conjunta el financiamiento de los esquemas públicos y de la seguridad social (social y privada) representan el 64,1 por ciento del gasto corriente en salud, en donde se destaca una mayor presencia de la Seguridad Social (51,2 por ciento del gasto corriente en salud) en relación con los seguros privados obligatorios (7,3 por ciento del gasto corriente en salud); en tanto, el aporte fiscal asciende a 5,6 por ciento del gasto corriente en salud (9,9 por ciento del gasto público en salud).

▶ Gráfico 2. Chile. Financiamiento público y de la seguridad social en porcentaje del Gasto corriente en salud 2000-2021



Fuente: OMS (2022).

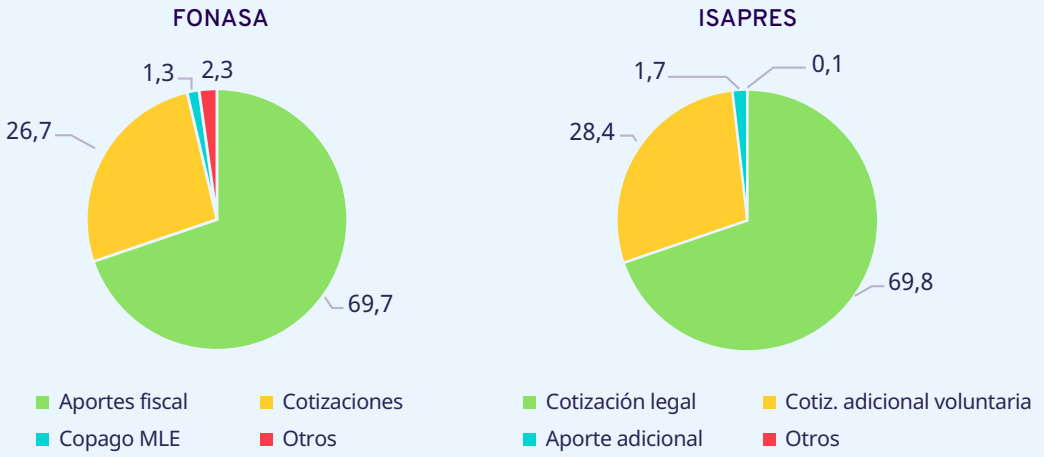
La mancomunación de los fondos es llevada a cabo por distintas entidades aseguradoras: FONASA, ISAPRES, CAPREDENA Y DIPRECA. FONASA es la entidad encargada de financiar, recaudar, administrar y distribuir los recursos del sector público de salud y sus fondos provienen de aportes del Estado, de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7 por ciento), así como de los copagos realizados por los afiliados. Según datos del FONASA a diciembre de 2020, 26,7 por ciento de los ingresos de la institución correspondían a las cotizaciones legales, 69,7 por ciento a aporte fiscal, 1,3 por ciento a copagos y 2,3 por ciento otros (FONASA 2021). Esta institución asegura al 80,1 por ciento de la población chilena (15,6 millones de beneficiarios según datos del FONASA para 2021).

Las ISAPRES,[70] por su parte, son aseguradoras privadas que administran las cotizaciones obligatorias y funcionan con la lógica de los seguros, de manera que establecen primas según la cobertura asegurada y el riesgo, ofrecen diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a

[70] A octubre de 2023 existen 10 Isapres. Siete de ellas, a las que pertenece aproximadamente el 98 por ciento de los beneficiarios de este subsistema, se clasifican como abiertas, es decir, con afiliación y planes de oferta pública (Banmédica, Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Nueva Másvida, Vida Tres y Esencial); mientras las otras tres corresponden a Isapres cerradas o asociadas a trabajadores de una determinada institución (Cruz del Norte, Fundación y Isalud).

la obligatoria.[71] Estas entidades aseguran al 15,4 por ciento de la población total, según datos de la encuesta CASEN en 2020 (Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.), conforman el 9,0 por ciento de la población cotizante al sistema (1,77 millones según Información de cotizantes vigentes de la Superintendencia de Salud a junio de 2023). En 2020, el perfil de ingresos de las ISAPRES se basaba en un 69,8 por ciento en la cotización legal y 28,4 por ciento en cotizaciones adicionales voluntarias (Superintendencia de Salud 2023) (gráfico 2).

Gráfico 3. Chile. Fuentes de ingresos de FONASA e ISAPRES. 2020. Como % de los ingresos totales



Fuente: Superintendencia de Salud y FONASA

Al interior del gasto público y en esquemas de seguridad social contributiva (que absorbe el 5,8 por ciento del PIB en 2021) se incluyen las prestaciones provistas tanto por FONASA como las ISAPRES. A partir de información publicada por el FONASA y la Superintendencia de Salud, se estimó la participación que corresponde a cada sistema; así para 2020 el gasto del FONASA alcanzó el 78,9 por ciento del total, mientras que las ISAPRES participaron con 21,1 por ciento del gasto (FONASA, 2021) (Departamento de Estudios y Desarrollo - Superintendencia de Salud 2021). En términos *per capita* ello implica un gasto un 32,9 por ciento superior en el caso de las ISAPRES.

El aseguramiento de las fuerzas armadas lo realiza cada una de sus ramas por separado (Ejército, Fuerza Aérea y Armada). La Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) asegura a los funcionarios en retiro de todas las ramas que opten por esta caja y a los funcionarios civiles. En el caso de las fuerzas del Orden y Seguridad Pública (Carabineros, Gendarmería y Policía de Investigaciones), la mancomunación de fondos la realiza la Dirección Previsional de Carabineros (DIPRECA). En ambos casos, los fondos provienen de aportes del Estado y cotizaciones obligatorias del personal activo y pasivo según se detalla a continuación.

En el caso de las fuerzas armadas existen dos fondos: uno para el financiamiento de las actividades de medicina curativa y otro para la medicina preventiva (cuadro 1). En el primer escenario, los trabajadores activos cotizan un 5,5 por ciento de sus remuneraciones imponibles y el empleador aporta un 1,5 por ciento de las remuneraciones imponibles, completando un 7 por ciento de cotización. Para financiar los gastos de las prestaciones y programas de medicina preventiva, el empleador aporta 1 por ciento de las remuneraciones imponibles. Al momento de retiro, se puede optar por permanecer en el sistema de salud o pasar a CAPREDENA; en ambos casos, el aporte para salud curativa corresponde al 6 por ciento de sus pensiones, al cual se le agrega un aporte estatal del 1 por ciento del monto de la pensión, completando un

[71] Además, los afiliados a las ISAPRES deben pagar una prima GES para acceder a dichas prestaciones, la prima es establecida por cada ISAPRE y debe ser igual para todos sus beneficiarios, sin diferencia por sexo o edad.

7 por ciento de cotización. El personal pasivo carece de cobertura para salud preventiva (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

▶ Cuadro 1. Chile. Financiamiento de salud de las FFAA

Fondo		Personal activo	Personal pasivo
Salud FFAA	Medicina Curativa	▶ 5,5 por ciento de las remuneraciones imponibles (cargo del trabajador) ▶ 1,5 por ciento de las remuneraciones imponibles (cargo del empleador)	▶ 6 por ciento de las pensiones de retiro y montepío pagadas por Capredena ▶ 1 por ciento aporte fiscal de las pensiones de retiro y montepío
	Medicina Preventiva	1 por ciento de las remuneraciones imponibles (de cargo del empleador)	No aporta a este fondo
Salud Capredena	Medicina Curativa	▶ 5,5 por ciento de las remuneraciones imponibles (de cargo del trabajador para personal que no sea FFAA) ▶ 1,5 por ciento de las remuneraciones imponibles (de cargo del empleador para personal que no sea de las FFAA) ▶ Aporte Capredena según presupuesto	▶ 6 por ciento de las pensiones de retiro y montepío pagadas por Capredena ▶ 1 por ciento aporte fiscal de las pensiones de retiro y montepío
	Medicina Preventiva	No aplica	No aplica

Fuente: Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo (2019).

En el caso de las fuerzas del Orden y Seguridad Pública también existen dos fondos: uno para el financiamiento de las actividades de medicina curativa y otro para las de medicina preventiva (cuadro 2). El Fondo de Medicina Curativa de DIPRECA proviene del 2,55 por ciento del sueldo imponible, pensiones o montepíos[72] a cargo del trabajador (determinado en el Artículo 2 del D.S. 509, 1989); adicionalmente se anota que no existe aporte fiscal para este fondo, mientras que en el caso del Fondo de Medicina Preventiva sus recursos provienen de 2,5 por ciento del sueldo imponible (artículo 85b DS 1.082) y 1,5 por ciento de las remuneraciones imponibles son aportadas por el Estado, que sirven para pagar los subsidios de reposo preventivo y maternal. Además, el personal activo debe aportar el 1 por ciento del sueldo imponible para el hospital DIPRECA, porcentaje que sube al 2 por ciento en el caso de las pensiones y montepíos. En el caso de personal activo de Carabineros, se suma un aporte del 1,5 por ciento para el Hospital de Carabineros.

▶ Cuadro 2. Chile. Financiamiento de salud de DIPRECA

Fondo		Personal activo	Personal pasivo
Salud	Fondo Medicina Curativa	2,55 por ciento de las remuneraciones imponibles	2,55 por ciento de las pensiones de retiro y montepío
	Fondo Medicina Preventiva	▶ 2,5 por ciento aportado por Dipreca ▶ 1,5 por ciento aporte fiscal	No aporta a este fondo
Hospital Dipreca		1 por ciento remuneraciones imponibles	2 por ciento de las pensiones de retiro y montepío
Hospital de Carabineros		1,5 por ciento remuneraciones imponibles (solo Carabineros)	No aporta a este fondo

Fuente: Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo (2019).

[72] La pensión de montepío es un derecho previsional que tienen los asignatarios legales del personal, fallecido en retiro, en servicio activo, en acto determinado del servicio (ley 20 735 de 2014)

Chile cuenta, además, con seguros voluntarios privados de salud, que generalmente funcionan como seguros complementarios, con la cobertura que disponga cada persona (Isapre, Fonasa, FFAA y del Orden y Seguridad Pública) (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

3.2. Gobernanza

El MINSAL ejerce la conducción y rectoría del sector salud en su conjunto, para lo cual establece las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno.[73] Entre otras materias el MINSAL se ocupa de: a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud, b) La definición de objetivos sanitarios nacionales, c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios, d) La coordinación y cooperación internacional en salud y e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas. Se ocupa, asimismo, de supervisar las actividades de las instituciones que componen al sector salud: el SNSS, el FONASA, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST) y la Superintendencia de Salud. Las 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud junto con el MINSAL son parte de la autoridad sanitaria (SEREMIS)[74] (Facultad de Medicina 2019) (Direcciónde Presupuesto - Gobierno de Chile 2022).

El SNSS comprende 29 Servicios Regionales de Salud que proveen servicios de promoción, protección y atención a la salud mediante de una red de hospitales y clínicas de segundo y tercer nivel, financiados por el FONASA. La mayor parte de la atención primaria de salud se encuentra en manos de la administración municipal. El ISP es el organismo de referencia del Estado que promueve y protege la salud de la población, fortaleciendo el control sanitario a través de la vigilancia, autorización, fiscalización, investigación y transferencia tecnológica; se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo aquello relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos. La CENABAST es un servicio público descentralizado que provee de medicamentos, alimentos, insumos, dispositivos médicos y equipamiento al sistema de Salud, mediante la gestión de un servicio de abastecimiento. Por último, la Superintendencia de Salud es un organismo autónomo y tiene la función de vigilar y controlar a las ISAPRES, al FONASA y a los prestadores de salud, tanto públicos como privados, con el fin de garantizar el mejor desempeño del sistema (Becerril-Montekio *et al*. 2011).

En relación con las fuerzas armadas, de acuerdo con la ley Núm. 19.465, cada una de las instituciones de ellas cuenta con un sistema de salud específico: el Sistema de Salud del Ejército (SISAE), el Sistema de Salud de la Fuerza Aérea (SISAF) y el Sistema de Salud de la Armada (SISAN). La función rectora para cada sistema está a cargo de la Dirección o División de Sanidad de cada institución, mientras la función aseguradora recae en entidades especialmente establecidas para estos fines (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

La participación de la comunidad se materializa en los consejos consultivos de usuarios de los establecimientos que funcionan en los espacios hospitalarios, así como nivel de las Direcciones de los Servicios Regionales de Salud y constituyen una instancia de control social. Están constituidos por la comunidad usuaria de cada hospital junto con los trabajadores y representantes de los niveles directivos. Durante el proceso de introducción del Plan AUGE también se crearon instancias consultivas con participación ciudadana, con el fin de legitimar las decisiones con respecto a las nuevas garantías explícitas del plan. En los consejos participan dirigentes de uniones comunales y organizaciones de pueblos originarios, alcaldes, representantes de universidades, mutuales, establecimientos educativos, cámaras de comercio y turismo (Becerril-Montekio *et al.* 2011).

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

El MINSAL de Chile tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades. De

[73] El detalle de las funciones del MINSAL puede consultarse en https://www.minsal.cl/funciones-objetivos/.
[74] Ley de Autoridad Sanitaria 19.937 de 2004.

esta manera, se busca avanzar hacia la equidad en salud y al progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, contribuyendo a asegurar el acceso oportuno. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos o los privados (Becerril-Montekio *et al*., 2011) (Dirección de Presupuesto - Gobierno de Chile 2022).

Son beneficiarios del FONASA todas las personas inscritas en dicha institución que vivan en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, género, nivel de ingresos, número de cargas familiares, enfermedades preexistentes y nacionalidad de origen. Los beneficiarios del FONASA se pueden clasificar en:

- Beneficiarios cotizantes y sus cargas: son todas las personas que realizan aportes destinados al financiamiento solidario del seguro. Esta cotización cubre al cotizante y todas sus cargas.
- Beneficiarios no cotizantes: son todas las personan que no realizan aportes al seguro, por carecer de recursos. En este caso el Estado los financia a través de un aporte fiscal directo.

Adicionalmente, los beneficiarios del FONASA se clasifican de acuerdo con su nivel de ingresos en 4 tramos; que definen los niveles de cobertura financiera con que cuentan los afiliados y se detallan más adelante.

Por su parte son beneficiarios de las ISAPRES aquellas personas que opten por este sistema alternativo al FONASA y deriven la cotización obligatoria de salud a estas instituciones.

Las fuerzas armadas tienen como población elegible al personal de planta, personal de reserva llamado a servicio activo y otros casos especificados en la ley 19.465.[75] En el caso de CAPREDENA sus beneficiarios comprenden las personas pensionadas de retiro y montepío que coticen en el Fondo de Salud, las personas funcionarias de la CAPREDENA y las cargas de familiares correspondientes. Mientras que la población beneficiaria de DIPRECA comprende a las personas funcionarias activas y pasivas de Carabineros, PDI, Gendarmería, Mutualidad de Carabineros, personal de DIPRECA y sus respectivas cargas familiares.[76]

3.4. Beneficios

En términos prestacionales, en enero de 2005 se puso en funcionamiento el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) fundamentado en la ley 19 966, este garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para un conjunto de problemas de salud (también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES)). Actualmente, cubre 87 enfermedades que se han ido incorporando al plan de acuerdo con su importancia sanitaria, la efectividad del tratamiento y el impacto financiero sobre las familias. El plan está disponible para todos los afiliados al FONASA e ISAPRES. Lo distintivo de este plan de beneficios tiene que ver con la incorporación de cuatro garantías explícitas:

I. el acceso a la atención de salud
II. de manera oportuna, se establece un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones garantizadas

[75] Ley 19 465, Título I De los beneficiarios, "Artículo 7°.- Serán beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas:
a) El personal de planta de las Fuerzas Armadas;
b) El personal de reserva llamado al servicio activo;
c) El personal dependiente de las Fuerzas Armadas que en virtud de leyes especiales se encuentre acogido al régimen previsional y de seguridad social que establece la ley Núm. 18 948 ley 20 735
Art. 7 Núms. 1, 2 y 3)
D.O. 12.03.2014;
d) Los causantes de asignación familiar del personal señalado en las letras anteriores, aun cuando no perciban dicho beneficio,
e) Los causantes de asignación familiar del personal señalado en las letras anteriores, comisionado al extranjero, siempre que por ellos se perciba la asignación familiar de la letra d) del artículo 200 del decreto con fuerza de ley Núm. 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, que establece estatuto del personal de las Fuerzas Armadas, y se encuentren estudiando en instituciones de la enseñanza básica, media, técnica y superior, reconocidas por el Estado donde se cumple la comisión."

[76] Decreto-Ley 844 de 1975, Título II De las personas afectas a su régimen de Previsión, "Artículo 6°.- Están afectas a su régimen de previsión:
a) El personal en servicio activo y en retiro de Carabineros;
b) El personal en servicio activo de la Dirección General de Investigaciones;
c) Los sectores pasivos imponentes de la Caja de Previsión de Carabineros de Chile;
d) El personal de la Mutualidad de Carabineros;
e) El personal en actual servicio perteneciente al Servicio de Prisiones, y
f) El personal del Registro Civil e Identificación, que es actualmente imponente de la Caja de Previsión de Carabineros de Chile."

III. de calidad, otorgadas por un prestador debidamente acreditado
IV. y con protección financiera, ya que la contribución o copago involucrado no puede exceder el 20 por ciento del valor de referencia.

En cuanto a la cuarta garantía, los beneficiarios del FONASA podrán acceder gratuitamente a las atenciones en el sistema público de salud a partir del copago cero establecido desde setiembre de 2022, en el caso de los tramos de ingresos A y B, mientras que en los tramos C y D el FONASA cubre el 90 por ciento y 80 por ciento de los aranceles respectivamente (cuadro 3).

▶ Cuadro 3. Chile. Tramos de ingresos del FONASA y copagos correspondientes

Tramo	Beneficiarios	Bonificación y copago
Tramo A	▶ Personas carentes de recursos y personas migrantes. ▶ Causantes de subsidio familiar (ley 18 020).	Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional)
Tramo B	▶ Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $276.000. ▶ Beneficiarios de pensiones básicas solidarias.	Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional)
Tramo C	▶ Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $276.001.- y menor o igual a $402.960. Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará al Tramo B.	Pagan 10 por ciento del arancel en las atenciones de salud en la Red Pública
Tramo D	▶ Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $402.961.- Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C.	Pagan 20 por ciento del arancel en las atenciones de salud en la Red Pública

Fuente: Superintendencia de Salud de Chile

Los beneficiarios del FONASA pueden acceder a las prestaciones de salud a mediante dos modalidades de atención: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE), que difieren en cuanto al tipo de prestador (público o privado) y a los niveles de cobertura financiera. La MAI corresponde a los prestadores que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o el Fondo hayan celebrado convenios para estos efectos.

Bajo la MAI, las prestaciones incluyen: examen de medicina preventiva, asistencia médica curativa incluyendo consultas, exámenes y procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, atención odontológica, control del embarazo y del recién nacido hasta los 6 años de edad. Asimismo, cuentan con cobertura de las Garantías Explícitas en Salud (GES) (artículo 8 de la ley Núm. 18 469 y Artículo 34 de la ley Núm. 19 966)

Por su parte, la MLE se corresponde con prestadores privados individuales o institucionales en convenio con el seguro público. Esta opción, disponible para aquellos beneficiarios de los tramos B, C y D del FONASA, es entendida como una cobertura de salud adicional o complementaria, que busca reforzar la atención institucional, de modo que le permite a los beneficiarios elegir libremente al prestador, del sector público o privado, que haya celebrado convenio con el FONASA. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del FONASA de mayores ingresos (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, 2019). El copago no depende del tramo de ingreso del beneficiario, sino del nivel de inscripción que tenga el prestador privado que elija para su atención y se encuentra definido en el Arancel de Modalidad Libre Elección.

Asimismo, el sector público cuenta con un Formulario Nacional de Medicamentos que cubre las necesidades sanitarias básicas de la población y debe asegurar la disponibilidad y acceso a los estos.[77]

De manera adicional y con independencia de la modalidad de atención escogida, el FONASA otorga prestaciones pecuniarias enfocadas en poblaciones vulnerables, como los subsidios de incapacidad laboral (licencias médicas), préstamos médicos o condonaciones de deuda.

Las ISAPRES están obligadas a cubrir en sus beneficiarios como mínimo el examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo o hija, la salud de los niños y las niñas hasta los seis años de edad; así como el pago del seguro del salario en caso de enfermedad. Por su parte, la ley 19 966 establece que las ISAPRES deben asegurar el otorgamiento de las prestaciones y, como mínimo, la cobertura financiera que el FONASA confiere en su modalidad de libre elección, además de brindar acceso a las prestaciones GES, para lo cual cobran una prima adicional -denominada Prima GES- por cada beneficiario.[78] Más allá del mínimo, existen en las ISAPRES planes con diferentes modelos de atención, montos de bonificación, cobertura, topes de prestaciones y prestadores.

Con respecto a ciertas enfermedades, asociadas con riesgo vital y con un alto costo, existe el seguro catastrófico, que otorga una bonificación del 100 por ciento para los afiliados al FONASA que se atiendan en modalidad institucional. Por su parte, las ISAPRES ofrecen -de manera adicional al plan de salud- la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), para atenciones de alto costo. Luego de cumplirse ciertos requisitos, como la acumulación de un deducible anual calculado con base en el monto de cotización de los afiliados, la cobertura financiera que brindan alcanza el 100 por ciento de los gastos derivados de las atenciones entregadas a través de la Red CAEC de prestadores (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).[79]

En relación con los cuidados de maternidad, estos dependen de la cobertura de salud que presenta cada persona. En el caso del FONASA la cobertura es gratuita bajo la red pública y deben sumarse bonos para el acceso a prestadores privados en convenio en la Modalidad de Libre Elección, mientras que en el caso de las ISAPRES la cobertura varía según el plan contratado y en el caso de que la concepción sea previa al contrato, la ISAPRE aplica la cobertura proporcional de parto en función del número de meses de embarazo desde su suscripción.

De manera adicional, debe mencionarse que la red de protección social chilena contempla algunos programas de protección social de ingresos que incorporan condicionalidades en salud. En este sentido pueden mencionarse el Programa Chile Seguridades y Oportunidades (SSyOO); así como el Subsidio Único Familiar (SUF).

El SSyOO considera un conjunto de transferencias monetarias que suplementan los ingresos autónomos de los hogares en situación de extrema pobreza. El programa combina transferencias condicionadas y no condicionadas, se basa en tres pilares: 1) el pilar de dignidad, que contempla transferencias no condicionadas a personas que se encuentren en situación de extrema pobreza; 2) el pilar de deberes, que comprende transferencias condicionadas para familias en situación de extrema pobreza, cuyos hijos se encuentren con los controles de salud al día y cumplan con la asistencia escolar; 3) el pilar de logros, que prevé transferencias condicionadas dirigidas al 30 por ciento de las familias de menores ingresos; en este se premian el rendimiento escolar y el trabajo de la mujer e incluye las siguientes transferencias: Bono de Protección, Bono Base Familiar, Bono Control del Niño Sano, Bono por Asistencia Escolar, y Bono por Logro Escolar.

El SUF está dirigido a personas de escasos recursos que no pueden acceder a la prestación de Asignación Familiar o Maternal, debido a que no son trabajadores afiliados a un sistema previsional.[80] Según datos

[77] Según la ley 20 724 de 2014 "el Ministerio de Salud aprobará un Formulario Nacional de Medicamentos que contendrá la nómina de medicamentos esenciales identificados conforme a su denominación común internacional, forma farmacéutica, dosis y uso indicado, que constituirá el arsenal farmacoterapéutico necesario para la eficiente atención de la población, considerando su condición de salud y enfermedades prevalentes y que servirá de base para determinar los petitorios mínimos con que deberán contar los establecimientos de expendio de productos farmacéuticos."

[78] El valor de la prima se define en unidades de fomento (unidad de cuenta utilizada en Chile) y solo podrá variar cada tres años o en un plazo inferior, si el decreto que establece las GES es revisado antes de ese periodo.

[79] https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1964.html#acordeonLegislacion Detalla las principales enfermedades cubiertas por este seguro adicional.

[80] Los perceptores del SUF pueden acceder a prestaciones médicas (preventivas y curativas) y odontológicas gratuitas. En el caso de las embarazadas, pueden solicitar el Subsidio Maternal (conocido como SUF Maternal) desde el quinto mes de gestación.

de la CEPAL sobre la base del Ministerio de Desarrollo Social, la cobertura efectiva de SSyOO alcanzaba al 3,38 por ciento de la población en 2017 (último dato disponible); mientras que en el caso del SUF ascendía a 11,4 por ciento en 2021 (CEPAL s. f.).

En cuanto a las fuerzas armadas, las prestaciones de salud que entregan los distintos subsistemas corresponden a: atención médica, exámenes y procedimientos de carácter diagnóstico, quirúrgico o terapéutico; hospitalización con los medicamentos asociados; atención obstétrica; atención odontológica; rehabilitación (incluidas prótesis, órtesis y otros elementos necesarios como lentes y audífonos); atención de urgencia con los medicamentos asociados, actividades de medicina preventiva y promoción y protección de la salud. Se resalta que las fuerzas armadas no están consideradas en el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES). Con respecto a la cobertura financiera de las prestaciones de medicina curativa, esta es de 100 por ciento para el personal en servicio activo y de un 50 por ciento para sus cargas familiares.

Por su parte, el subsistema correspondiente a las fuerzas del Orden y Seguridad Pública entrega prestaciones, tanto de medicina curativa como preventiva, correspondientes a hospitalizaciones, consultas, diagnóstico, tratamientos y medicamentos, exámenes de medicina preventiva y pago de subsidio por reposo preventivo. Además, se otorgan prestaciones odontológicas mediante el Servicio Dental de DIPRECA que cuenta con clínicas dentales en Santiago, Antofagasta y Concepción. Al igual que el personal de las fuerzas armadas, los beneficiarios de estas instituciones no tienen derecho al GES. Con respecto a la cobertura del pago de las prestaciones de salud, en ningún caso podrán ser inferiores a un 50 por ciento para hospitalizaciones, exámenes y tratamientos especiales, honorarios médicos y medicamentos (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

Por último, debe mencionarse que existe en Chile la cobertura brindada por la ley 20 850 (Ricarte Soto) que cubre el 100 por ciento del diagnóstico y tratamiento de un grupo 27 patologías de alto costo; está dirigida a las personas beneficiarias de todos los sistemas previsionales chilenos de salud (Fonasa, ISAPRE, DIPRECA o CAPREDENA), sin importar su situación económica.[81]

3.5. Provisión de servicios

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), mediante los 29 Servicios de Salud Regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para las personas afiliadas al FONASA. Se trata del principal prestador de servicios asistenciales del país.

En el nivel primario, la APS es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL y está compuesta por servicios de urgencia, consultorios y postas de salud, centros de salud familiar, centros y hospitales comunitarios. En general, estos establecimientos se afilian a una base comunitaria, atienden a poblaciones pequeñas, lo que determina una mayor cercanía con la comunidad; están orientados a focalizar los servicios y resolver de manera más oportuna las necesidades de salud de la población.

El nivel secundario está compuesto por los Centros Comunitarios de Salud Mental, los Centros de Referencia de Salud y los Centros de Diagnóstico Terapéutico, todos ellos de atención ambulatoria y por hospitales. En el nivel terciario, se encuentran los hospitales e institutos de especialidad. Las atenciones que otorgan se organizan en una cartera de servicios, la cual identifica y estructura todos los tipos de prestaciones según el nivel de complejidad.

Todos estos actores se articulan en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estructurados territorialmente e incluyen todos los niveles de atención. También existen macro redes a nivel regional y naciona; de acuerdo con la definición de polos de desarrollo en determinadas áreas de alta especialidad y en consideración de la magnitud del problema, el costo de las prestaciones y el nivel de especialización requerido. Esto implica un alto nivel de coordinación entre los Servicios de Salud, de manera que sea posible colaborar y complementar las atenciones para resolver las necesidades de la población (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

[81] Los problemas de salud cubiertos por la ley Ricarte Soto se detallan en https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6088.html#acordeonProtocoloLRS.

Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones o contratan con otros proveedores privados o del sector público. Ello incluye personas naturales o jurídicas, tales como, consultorios, centros médicos, hospitales o clínicas, que otorgan atenciones de salud a las personas beneficiarias.[82] De acuerdo con del tipo de contrato que hayan suscrito, los afiliados pueden escoger a los proveedores. Los prestadores privados se componen de un nivel hospitalario, que involucra clínicas de alta y mediana complejidad y de un nivel ambulatorio con centros médicos y consultas privadas (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019).

Las Fuerzas Armadas y del Orden, y Seguridad Pública poseen una red de prestadores propios, como el Hospital Militar, Hospital de la Fuerza Aérea y el Hospital de Carabineros, entre otros, y cuentan con centros médicos para atender a sus beneficiarios (Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2019). Ello se complementa de otros prestadores públicos o privados en convenio en caso de ser necesario.

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Según la información del FONASA, a diciembre de 2022, alrededor del 80 por ciento[83] de la población chilena se encontraba afiliada a él, lo que implica 15,6 millones de afiliados (12,6 millones titulares y 3 millones carga familiar). De ese total, 39,4 por ciento (6,2 millones) correspondían al tramo de ingreso B, 24,7 por ciento (3,8 millones) al tramo D, 19,6 por ciento (3,1 millones) al tramo A y 16,3 por ciento (2,5 millones) al tramo C (FONASA s. f.). El 20,3 por ciento del total de beneficiarios del FONASA eran personas mayores de 60 años (3,2 millones).

Por su parte, la Superintendencia de Salud informó que al mes de junio de 2023 existían 1,77 millones de cotizantes en las ISAPRES (9,0 por ciento de la población), que equivale a un total de 53.396 planes vigentes. Del total de cotizantes apenas el 2,1 por ciento se correspondían con ISAPRES cerradas, mientras que el resto se distribuía entre 7 ISAPRES abiertas (Superintendencia de Salud de Chile s. f.).

Según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2020 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el porcentaje de población cubierta por ISAPRES ascendía a 15,4 por ciento (incluyendo cotizantes y sus grupos familiares).

A partir de información de la misma encuesta, los subsistemas de las fuerzas armadas y de las Fuerzas del Orden y Seguridad Pública cubrían al 2,6 por ciento de la población chilena. Mientras que 4,3 por ciento de la población total manifiesta no acceder a ningún tipo de cobertura de salud.

El análisis de la cobertura por zonas rurales y urbanas da cuenta de una mayor presencia del FONASA en zonas rurales (84,8 por ciento) y un menor acceso a las ISAPRES (7,1 por ciento) en esas localidades. Así en zonas urbanas la cobertura de ISAPRES se eleva a 16,5 por ciento y la del FONASA se ubica en 75,5 por ciento (Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.).

La distribución de la cobertura de salud según deciles *per capita* de los hogares, de acuerdo con datos de la Encuesta CASEN 2020, revela un mayor acceso al FONASA en los primeros cinco deciles de la distribución, el cual va decreciendo a medida que aumenta la cobertura de las ISAPRES en los deciles más altos de la distribución. Así, mientras la cobertura del FONASA e ISAPRES alcanza al 85,4 por ciento y 4,3 por ciento de la población del primer decil respectivamente, en el décimo decil la relación se invierte y la cobertura asciende a 24,2 por ciento y 70,7 por ciento, respectivamente. Ello corrobora el mayor acceso de los sectores

[82] https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6053.html.
[83] Según datos de la encuesta CASEN 2020 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia el porcentaje de población cubierta por el FONASA asciende a 76,4 por ciento.

de mayores ingresos a las ISAPRES, así como la concentración de la población de ingresos bajos y medios en el FONASA (Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.).

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Chile en 2019 se ubica en 0,80, por encima del promedio de la región de las Américas (0,77). Los mejores resultados se presentan en los subindicadores de capacidad y acceso (0,91); así como en la cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil (0,91). Mientras que el subindicador de cobertura de enfermedades no trasmisibles se ubica en 0,58 (UHC Service Coverage Index (ODS 3.8.1) s. f.).

Chile ha mostrado un progreso importante en sus indicadores de salud. La tasa de mortalidad infantil anotó un descenso por encima del 50 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 9,6 cada 1 000 nacidos vivos en 2000 a 4,7 en 2021, una de las tasas más bajas de la región. Esta tendencia fue acompañada por una disminución en la razón de mortalidad materna, que para 2017 se ubicó en 13 cada 100 000 nacidos vivos (-58,0 por ciento en relación con 2000), mientras que el porcentaje de partos que fueron atendidos por personal especializado ascendió al 99,8 por ciento en 2019. No obstante, debe notarse que la cobertura efectiva de la protección social en la niñez, según datos de OIT, se ubica en 68,5 por ciento, mientras que la cobertura en maternidad alcanza solo el 46,6 por ciento (OIT 2023).

Estos cambios se han acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. En 2019, la distribución porcentual de las causas de muerte fue de 85,1 por ciento para las enfermedades no transmisibles, 7,1 por ciento para las transmisibles y 7,8 por ciento para las causas externas (Perfil de País - Chile 2022). Esta situación demanda cambios organizacionales y nuevas estrategias que permitan continuar mejorando los resultados de salud del país y a la vez enfrentar nuevos desafíos de manera equitativa y sostenible.

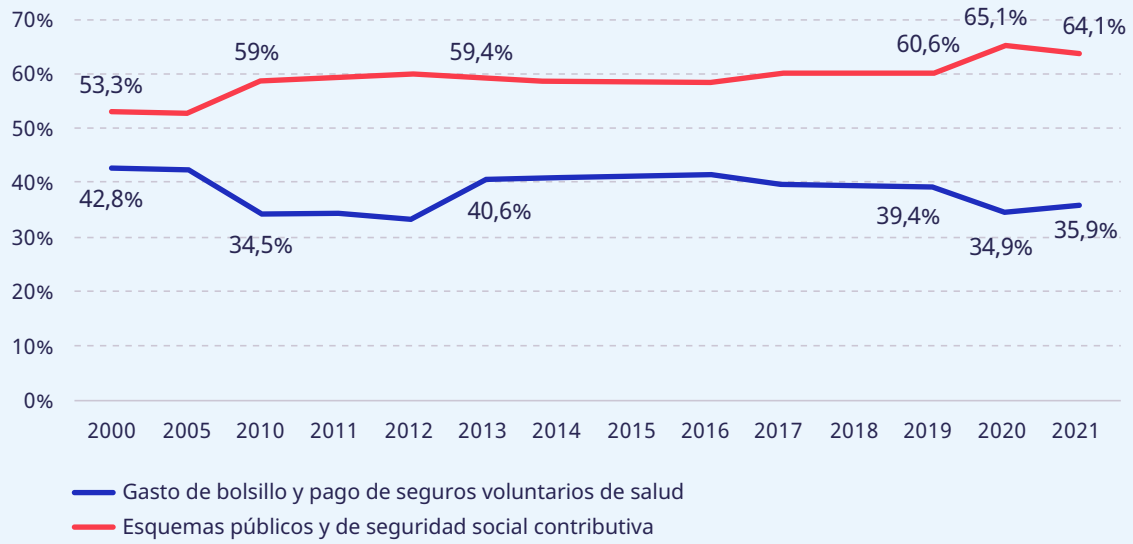
Una medida utilizada para evaluar el acceso a la atención médica se relaciona con las consultas médicas. Chile registró un valor de consultas médicas *per capita* de 2,6 en 2019, por debajo del valor promedio de los países de la OCDE (6,8) (OCDE 2021).

En relación con la utilización y el acceso a los servicios de salud, las características fragmentadas del sistema de aseguramiento con lógicas de funcionamiento diferentes han generado menor acceso y movilidad de ciertos grupos de personas y segmentación de ellas en los diferentes esquemas de seguros de salud en función de riesgo y los niveles de ingresos, con altos niveles de inequidad. Los beneficiarios de mayor riesgo –con preexistencias, de mayor edad y mujeres– así como la población de menores recursos, tienen menos acceso a las ISAPRES y quienes contraen una preexistencia estando en una ISAPRE no pueden cambiarse a otra, esto por la alta posibilidad de rechazo (Paolucci y Velasco 2017), lo cual evidencia problemas de equidad y la existencia de barreras de acceso a los diferentes esquemas de salud.

4.3. Protección financiera

Chile destina una gran proporción de recursos al financiamiento de la salud y, si bien cuenta con un sistema de seguridad social de cobertura amplia (que abarca a más del 95 por ciento de la población), los niveles de gasto privado son de una significativa magnitud. En 2020 estos representaron el 35,9 por ciento del gasto corriente en salud y el 3,3 por ciento del PIB; en ellos incluye el pago de seguros voluntarios de salud (0,6 por ciento del PIB) y los desembolsos de bolsillo directos por parte de los hogares (2,6 por ciento del PIB y 80,5 por ciento del gasto privado en salud). A pesar de que la participación del gasto privado en el gasto corriente en salud muestra una tendencia decreciente en el tiempo (desde un 42,8 por ciento en 2000), ha manifestado oscilaciones y ha ido creciendo como proporción del PIB (OMS 2022)., todo lo cual evidencia un reducido nivel de protección financiera provisto por el sistema de seguridad social vigente, especialmente para el caso de la población vulnerable (gráfico 4).

▶ Gráfico 4. Esquemas de financiamiento público incluyendo seguridad social y gasto privado en salud como porcentaje del gasto corriente en salud. 2000-2020



Fuente: W.H.O.

Según el MINSAL, el gasto de bolsillo en salud aumentó para el total de hogares desde un 5 por ciento en 1997, hasta 5,6 por ciento en 2007, para llegar a 6,3 por ciento en 2012 (Ministerio de Salud de Chile 2015). Con respecto a los quintiles de ingreso, los mayores aumentos se registraron para el lapso 2007-2012 en los hogares de mayor ingreso (quintiles 4 y 5). Se destaca en el estudio la relevancia del gasto en farmacias en la canasta de productos en salud de los hogares, si bien han disminuido su importancia en el gasto de bolsillo en salud, tanto a nivel del conjunto de los hogares, donde disminuye desde un 33 por ciento a un 29 por ciento, como en cada uno de los quintiles.

El análisis del gasto de bolsillo según tipo de cobertura da cuenta de que quienes pertenecen a hogares cuyo jefe está adscrito a alguna ISAPRE presentan un gasto de bolsillo mayor.[84] Esta cifra es casi cuatro veces la de los hogares cuyo jefe está afiliado a Fonasa. Dentro de estos últimos, el gasto por persona en los hogares cuyo jefe está en el grupo D (mayores ingresos) es 3,6 veces el monto destinado en aquellos en que pertenecen al grupo A (indigentes y carentes de recursos). Además, en este último caso, el gasto de bolsillo es menos de la mitad del monto de quienes están en el grupo B. Por su parte, quienes pertenecen a hogares cuyo jefe está afiliado al esquema de las Fuerzas Armadas y del Orden y Seguridad Pública también gastan en promedio un monto mayor en salud que aquellos afiliados al Fonasa (2,6 veces) (Bruzzo *et al.* 2018).

[84] Esto no es sorprendente, ya que los hogares ISAPRE tienen efectivamente mayores ingresos. Este patrón (mayor gasto ISAPRE) se da tanto a nivel absoluto ($ gasto) como relativo (gasto bolsillo/ ingreso).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

La mayor proporción de infraestructura asistencial en Chile se encuentra en el SNSS (Gattini, 2018). Según datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, para febrero de 2023 Chile contaba con 4 187 establecimientos de salud, 68 por ciento de los cuales pertenecían al SNSS. La red de atención primaria está compuesta en su mayoría por establecimientos del sector público (2 495), lo que incluye a las postas de salud rural, los centros de salud familiar, centros comunitarios de salud familiar, servicio de atención primaria de urgencia y consultorios. La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se brinda en el SNSS en un total de 341 establecimientos. El sector privado, por su parte, cuenta con 1 351 establecimientos en total (32,3 por ciento del total) incluyendo hospitales, clínicas, laboratorios, así como centros de diagnóstico y tratamiento.

Como proporción de la población, la cantidad de camas hospitalarias para el total país asciendía a 2,44 por 1 000 habitantes en 2022 (38 205 camas) según datos del DEIS. De ese total, 69 por ciento corresponde a establecimientos pertenecientes al SNSS y 31 por ciento a establecimientos por fuera del SNSS.

En relación con los recursos humanos, en 2021 la densidad de médicos en Chile fue de 2,3 cada 1 000 habitantes (por encima del promedio de América Latina de 2,1). Según información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales un 35 por ciento de los profesionales médicos se encuentraban contratados en el sistema público (y en muchos casos compartían jornadas con el sector privado). Su distribución era homogénea entre las distintas regiones del país, siendo que solo dos regiones se encuentraban sobre la tasa nacional (y se relacionaban con los centros urbanos más importantes). Por su parte, el personal de enfermería alcanzó una tasa nacional de 2,6 por cada 1 000 habitantes en 2021 (Departamento de Estudios y Desarrollo - Superintendencia de Salud 2022).

En términos de la oportunidad de acceso a la salud, la encuesta CASEN 2020 evidenció que, en los últimos tres meses, el 16 por ciento de las personas encuestadas tuvo un problema de salud y la tasa de atención fue de 92,4 por ciento, con valores homogéneos entre los distintos sistemas de cobertura. Entre las causas por las cuales las personas desistieron de atenderse y que están en relación directa con el sistema de salud, se destaca que en 9 por ciento de los casos se indicó que no había especialistas disponibles debido a las cuarentenas, el 5,6 por ciento pidió una hora y no la obtuvo y 18,9 por ciento prefirió no consultar por miedo al COVID-19 (Ministerio de Salud 2022). Por su parte, la misma encuesta informa que en 2020 16,4 por ciento de la población bajo condiciones de salud garantizadas (GES) no tuvo acceso al tratamiento. Tal porcentaje alcanza al 13,1 por ciento entre los beneficiarios del FONASA, pero se eleva a 42,1 por ciento entre los cotizantes a ISAPRES. Entre las razones de no cobertura predomina la elección de otro médico o establecimiento (39,5 por ciento) y la necesidad de resolver su problema con rapidez y no esperar los tiempos del GES (12,4 por ciento), lo cual evidencia las limitaciones para asegurar la garantía de oportunidad en el acceso a las prestaciones.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

En lo referente a la seguridad de la atención, el MINSAL es responsable de impulsar políticas que promuevan la calidad de los servicios en cuatro ámbitos: calidad de la fuerza de trabajo; excelencia en los establecimientos; uso seguro y efectivo de los medicamentos y tecnologías sanitarias; así como uso efectivo de los sistemas de información. Estos estándares, definidos tanto para la autorización como para la acreditación de los establecimientos, son obligatorios para los prestadores institucionales de salud, tanto públicos como privados (Ministerio de Salud 2022). La acreditación de establecimientos es realizada por Entidades Acreditadoras, las cuales son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras.[85]

El Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud evaluó el grado de satisfacción, percepción y experiencia que, tanto los usuarios del FONASA como de las ISAPRE , tenían sobre su sistema de salud a enero de 2016. Ambos segmentos coincidieron en que el sistema de salud "necesita cambios fundamentales" para lograr un mejor funcionamiento. Los usuarios del FONASA señalaron como ventajas del seguro la gratuidad para quienes no pueden pagar y destacaron negativamente la falta de especialistas. Por el contrario,

[85] https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6055.html.

los usuarios de ISAPRE indicaron que lo positivo es la variedad de especialistas y lo negativo se asocia con el alza en los planes de salud (Superintendencia de Salud 2016).

Por su parte, la Encuesta de Satisfacción de los Servicios Públicos del FONASA para 2020 reveló que el 77 por ciento de los encuestados manifestó satisfacción con el servicio recibido. Ello implica un aumento de 7 puntos porcentuales en el nivel de satisfacción en relación con 2019. Sin embargo, 11 por ciento de los encuestados informó tener algún problema al momento de contactarse con el FONASA, siendo que el 57 por ciento de esos problemas tuvo que ver con no recibir atención oportuna y de calidad (Secretaría de Modernización - Ministerio de Hacienda 2021).

La Encuesta Nacional de Salud 2021 realizada por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello encontró que el índice vinculado con la experiencia en el sistema se recupera de la baja experimentada en 2020 tras el inicio de la pandemia. Tal índice alcanza valores más elevados en los usuarios de ISAPRES en relación con los beneficiarios del FONASA, lo que denota una mayor satisfacción con la atención recibida en el primer caso. En promedio, la evaluación del sistema de salud se ubica en 4,2 (con una escala de 1 a 7). En el caso del FONASA el tiempo en recibir la atención médica, la forma en solicitar turno por teléfono y la comodidad de la sala de espera fueron los atributos peor calificados. Ante este desafío, la reciente Ley de Atención preferente trata de disminuir tiempos para personas mayores, personas con discapacidad y personas cuidadoras.[86] Mientras que, en el caso de las ISAPRES, se destacaron el tiempo en recibir la atención médica y el monto por cancelar por la atención. En promedio, el 70 por ciento de los encuestados considera poco oportuno el acceso a las prestaciones para poder operarse. En el caso del FONASA dicho porcentaje se eleva a 76 por ciento y en las ISAPRES se ubica en 54 por ciento. Por su parte, en relación con la percepción de la cobertura y la protección financiera que brinda el sistema vigente, un 70 por ciento de los afiliados al FONASA se considera nada protegido, en tanto que tal consideración se ubica en 43 por ciento en el caso de los usuarios de las ISAPRES.

En el mismo sentido, la Primera Encuesta de Bienestar Social (EBS), publicada en 2021, encontró que más de la mitad de la población manifestó sentirse desprotegida frente a la eventualidad de un problema importante de salud, percepción que se incrementa por sobre el 60 por ciento en la población en condición de pobreza (65,4 por ciento). Asimismo, la misma encuesta evidenció que el 22,7 por ciento de la población adulta manifestó estar insatisfecha con su estado de salud, el 43,1 por ciento declara haber tenido problemas para acceder a una atención de salud con un médico especialista, el 38,3 por ciento para pagar sus medicamentos debido a sus altos costos y el 36,7 por ciento para agendar una operación. En cada una de estas experiencias de servicio, existe una brecha que desfavorece a la población con menor nivel de ingresos y a las personas con discapacidad. Con respecto a las listas de espera, si bien se han realizado esfuerzos para reducir los tiempos en pacientes GES, el problema de acceso y oportunidad que representan las listas de espera aún persiste (Ministerio de Salud 2022).

El sistema de protección social en salud tiene que adaptarse al cambio demográfico. Chile cuenta con una población total de 19,5 millones de habitantes (2021), la población urbana abarcaba el 89,7 por ciento. La población mayor de 65 años representaba 12,7 por ciento del total en 2021, lo que implica un aumento de 4,7 puntos porcentuales con respecto al 2000. La esperanza de vida al nacer, para 2021 era de 80,5 años — cifra superior al promedio de la Región de las Américas — lo que representa un aumento de 5,4 años con respecto a lo informado en el 2000 (Perfil de País - Chile 2022). Además, es importante resaltar que en Chile, el 71,5 por ciento de población mayor de 65 años tiene cobertura efectiva de la protección social para la vejez y este indicador asciende a 99,4 por ciento en el caso de la población con discapacidad (OIT 2023). De repente, un tercio de la población en edad activa no contribuye para una pensión. Esta situación es relevante considerando la transición demográfica que atraviesa el país y la creciente necesidad de incorporar políticas y prestaciones de cuidados a largo plazo con protección financiera adecuada.

[86] https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/atencion-preferente-en-salud-a-personas-mayores-o-con-discapacidad.

5. Desafíos

Chile presenta diferencias sociales y económicas que tienen su correlato en desigualdades en el acceso a servicios de salud y en la oportunidad de atención en distintos segmentos de la población. No obstante, el porcentaje de personas sin cobertura de seguro de salud es reducido (4,3 por ciento en 2020 según datos de la encuesta CASEN) (Ministerio de Salud, 2022).

Se han logrado importantes avances en materia sanitaria con un sistema de salud segmentado (público y privado) de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Muchos indicadores sanitarios ubican al país en las mejores posiciones de la región. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con reducir la segmentación del sistema, disminuir la incidencia del gasto de bolsillo, incrementar la dotación de recursos humanos, garantizar el acceso oportuno a todas las prestaciones garantizadas, al universo de estas y reducir los tiempos de espera y preparar al sistema teniendo en cuenta los cambios demográficos y epidemiológicos que se avecinan.

La segmentación de los diferentes seguros de salud genera incentivos y restricciones para la movilidad de la población, concentrando los sectores de más bajos recursos y mayor edad (y demanda de servicios) en el FONASA. Ello puede repercutir en problemas de sustentabilidad a largo plazo, ante todo teniendo en consideración el bajo peso que detentan en los ingresos del FONASA las cotizaciones legales. Es decir, la carga fiscal va a resultar cada vez más elevada.

Además, existe un déficit de recursos humanos[87] que genera una carga financiera importante a la red pública la cual debe compensarse mediante la compra de servicios al sector privado.[88]

Por su parte, si bien el gasto total que el país destina a la salud es elevado, se destaca la participación del gasto privado, fundamentalmente los desembolsos de bolsillo que representan 28,9 por ciento del gasto corriente en salud (2,6 por ciento del PIB). Ello refleja el peso que detentan los copagos requeridos para acceder a prestaciones de salud y un acceso insuficiente a los medicamentos esenciales, situación que perjudica en mayor proporción a las poblaciones más pobres y desfavorecidas. Habrá que evaluar aquí el impacto que detente la política de copago cero, iniciada a fines de 2022, para la modalidad de atención institucional del FONASA.

Una cuestión adicional que se manifiesta como un desafío en el corto plazo tiene que ver con la sustentabilidad financiera de las ISAPRES, según el reciente fallo de la Corte Suprema[89] que restringe su facultad para definir las primas por cobrar y los incrementos de precios en los distintos planes ofrecidos.

Asimismo, debe avanzarse en el acceso efectivo y oportuno a las prestaciones de salud garantizadas por parte de toda la población (incorpora los seguros de las fuerzas armadas y del Orden y Seguridad Pública que no garantizan estas prestaciones a su población) y ampliar las garantías ofrecidas con servicios de calidad. La necesidad de reducir las listas de espera se manifiesta como una problemática por resolver en el corto plazo.

Por último, en los próximos años, Chile deberá hacer frente al desafío de atender las necesidades de una creciente proporción de población mayor de 65 años. Para ello se requerirá adaptar las prestaciones y los servicios de salud hacia la atención de los cuidados a largo plazo.

[87] Méndez, Claudio A (2009) Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. Rev Panam Salud. Publica;26(3) 276-280,set. 2009. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900012.

[88] GOIC G, Alejandro. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev. méd. Chile [online]. 2015, vol.143, n.6 [citado 2023-11-21], pp.774-786. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011.

[89] Sentencias 16.630-2022; 25.570-2022; 14.513-2022 y 13.979-2022.

6. Principales lecciones aprendidas

- La priorización de la atención primaria de la salud ha permitido controlar enfermedades transmisibles y mejorar la salud y calidad de vida de la población, lo que ha evidenciado la importancia de revalorizar e invertir en la APS como puerta de entrada al sistema de salud.
- A pesar de los buenos resultados agregados, la segmentación no contribuye a reducir la desigualdad que existe entre grupos poblacionales; esto a pesar de la elección entre aseguramiento publico y privado, lo cual redirige recursos públicos fuera de un fondo común con una amplia mutualización del riesgo.
- La incorporación de Garantías Explícitas en Salud ha sido una estrategia innovadora para asegurar el acceso oportuno a prestaciones de calidad para un conjunto de problemas de salud relevante para toda la población. La existencia de mecanismos formales de revisión y actualización de las prestaciones consideradas constituye una ventaja. La posibilidad de acudir a la red privada busca avanzar en el cumplimiento efectivo de tales garantías. No obstante, debe destacarse que el GES constituye solo un subconjunto de las prestaciones de salud que demanda la población. A su vez, eso puede generar una carencia de priorización de las condiciones no GES.
- La incorporación de la política de Copago cero en el FONASA constituye una medida a destacar, dirigida a disminuir las barreras de acceso para que las personas que lo necesiten puedan acceder a los servicios que requieran en función de sus necesidades y con independencia de su nivel de ingreso o inserción laboral.

Referencias

Bascolo, E., O. Cetrángolo y A. Goldschmit. s. f. *Hacia la salud universal: Un estudio sobre los conjuntos garantizados de prestaciones y las carteras de servicios de salud en países de América Latina*. OPS.

Becerril-Montekio, V., J. de D. Reyes y M. Annick. 2011. «Sistema de salud de Chile». *Salud Pública de México* 53.

Bruzzo, S., J. Henríquez y C. Velasco. 2018. *Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada desagregada*. Centro de Estudios Públicos. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/pder478_jhenriquez_sbruzzo_cvelasco.pdf.

Castillo-Laborde, C., X. Aguilera-Sanhueza, M. Hirmas-Adauy, I. Matute, I. Delgado-Becerra, M. N. Ferrari, A. Normandin y C. González-Wiedmaier. 2017. *Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile* 19: 57-64.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f. «Programas de transferencias condicionadas—Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe». Consultada el 20 de marzo de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc.

Constitución Política de la República de Chile. 1980. https://www.cervantesvirtual.com/obra/constitucion-politica-de-la-republica-de-chile-1980/.

Chile, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. 2021. «Resultados Financieros del Sistema Isapre al 31 de diciembre de 2020». https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20301_recurso_1.pdf.

—. 2022. «Caracterización de los profesionales de la salud en Chile 2021». https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20912_recurso_1.pdf.

Chile, Dirección de Presupuestos. 2022. «Definiciones estratégicas y productos 2023». https://www.dipres.gob.cl/598/articles-3666_doc_xls.xlsx.

Escobar, L. y R. Bitrán. 2014. *Chile: Las garantías explícitas en salud*.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. 2019. *Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*.

FONASA (Fondo Nacional de Salud). 2021. *Cuenta Pública Participativa: Gestión 2020*.

———. s. f. «Tablero de Beneficiarios y Cotizantes. Tableau Software». Consultado el 28 de febrero de 2023. https://public.tableau.com/views/BeneficiariosyCotizaciones3/Portada?:language=es&:embed=y&:display_count=y?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es&:-loadOrderID=0.

Gattini, C. 2018. *El sistema de Salud en Chile*.

FMI (Fondo Monetario Internacional). 2023. «World Economic Outlook Database».

Chile, Ministerio de Salud. 2022. *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*.

———. 2015. *Estudio del Gasto Catastrófico y del Gasto de Bolsillo en Salud para el período 1997-2012*.

Chile, Ministerio de Hacienda, Secretaría de Modernización. 2021. *Encuesta de Satisfacción de Servicios Públicos: Resultados FONASA*.

Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Observatorio Social. s. f. «Encuesta CASEN 2020». Consultada el 3 de marzo de 2023. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2021. *Panorama de la Salud 2021: Indicadores de la OCDE*. https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf.

OIT. 2021. *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_817572.pdf.

———. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. s. f. «UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) ». Consultada el 8 de marzo de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2022. «Perfil de País—Chile». *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile.

Paolucci, F. y C. Velasco. 2017. *Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo*. Debates de Política Pública - Centro de Estudios Públicos.

Paraje, G. y F. Vásquez. 2012. *Health equity in an unequal country: The use of medical services in Chile* 1-16.

Superintendencia de Salud. 2016. *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud*. https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf.

Superintendencia de Salud de Chile. s. f. *Boletín de Planes*.

Villalobos Dintrans, P. 2017. *Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido*. Chile, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstreams/1a4c93e0-9bf6-4c2f-a2b0-65fadf825acd/download.

———. 2022. *The Health Care System in Chile*. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/6651/3/CRC%201342%20Social%20Policy%20Country%20Briefs%20No%2023_Chile_pdfa.pdf.

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Pablo Villalobos Dintrans. Con el beneficio de los aportes de Guillermo Montt y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Colombia

©ILO/Mauricio Pulido Bonilla

1. Introducción

Colombia es un país latinoamericano con un nivel alto de desarrollo, a pesar de que los ingresos de la población se encuentran bajo la media de la región. El producto interno bruto fue de 6 104,1 dólares *per capita* en 2021. En ese mismo año, se ubicó en el puesto 88 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano, por lo que se clasifica como una nación con un desarrollo humano alto. Esta medida, con un valor de 0,752, bordea al promedio de América Latina y el Caribe (0,754) (United Nations 2022).

La protección social en salud en Colombia está garantizada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual brinda cobertura a toda la población residente, con un alcance de un 99,1 por ciento en 2022. Este sistema tiene un régimen contributivo, que está basado en cotizaciones y cubre a quienes tienen capacidad de pago y a sus familias: trabajadores formales e independientes y pensionados. La cantidad de personas afiliadas a este régimen representa el 44,8 por ciento de la población total. Las personas que no cotizan a la seguridad social y se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad están cubiertas por el régimen subsidiado y representan un 50 por ciento. Existe también un 4,3 por ciento de la población cubierta por los denominados regímenes especiales o de excepción, como los maestros, las Fuerzas Militares, las universidades públicas y la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2023b).

2. Contexto

En 1993, la Protección Social en Salud de Colombia experimentó una profunda reforma que se derivó de los propósitos establecidos en la Constitución Política de 1991, acerca del Estado Social de Derecho. Con la promulgación de la ley 100 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el que se implementó el aseguramiento universal en salud. Se crearon el régimen contributivo, para los trabajadores formales y los pensionados, además del régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable, igualmente se conservaron unos regímenes especiales para servidores públicos. Esta reforma surgió como respuesta a las necesidades de un sistema de salud con problemas de acceso y calidad, con un nivel de cobertura para apenas el 24 por ciento de la población; así como un sistema inequitativo, con un 47 por ciento de cobertura en el quintil más rico y un 4 por ciento en el más pobre. Otro reflejo de la inequidad era el porcentaje de gasto en salud en las familias colombianas, el cual ascendía en las de menos recursos; a tal punto que el gasto de bolsillo en 1993 representaba el 44 por ciento del gasto total en salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2013).

Con anterioridad a la ley 100, el sistema de salud colombiano estaba conformado en el sector público por la seguridad social, administrada por Instituto de Seguros Sociales (ISS), que ofrecía cobertura a las personas trabajadoras del sector privado; además, por las Cajas de Previsión y fondos públicos, que cubrían a los trabajadores del sector público. Asimismo, el Ministerio de Salud brindaba asistencia en salud a la población sin seguridad social, mediante la red de hospitales públicos y algunos privados que recibían recursos del presupuesto público. Adicionalmente, la oferta privada de servicios de salud y aseguramiento brindaba servicios a la población con mayor capacidad de pago. Con la entrada en vigencia de la ley 100 se determinó la obligatoriedad de la seguridad social a toda la población y se delegó a las entidades promotoras de salud (EPS) la afiliación de la población, mientras que las instituciones prestadoras (IPS) serían las responsables de la atención de los usuarios por medio de contratos con las EPS. La meta planteada por la ley 100 consistía en lograr la afiliación universal para el año 2000, a partir del 24 por ciento existente en 1993, de manera que se procurara la igualación de los beneficios para la población de los dos regímenes.

A partir de esa reforma se han implementado mejoras, como la creación del sistema de calidad y el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la unificación de los planes de beneficios, la implementación de mecanismos de evaluación y cambios en la gestión del financiamiento. En el ámbito institucional se creó la entidad administradora de recursos del sistema y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Restrepo-Zea 2022). Uno de los hitos más importantes ha sido la promulgación de la ley Estatutaria de Salud (ley Estatutaria 1 751, 2015) que regula el derecho fundamental a la salud y establece los principios de aplicación para todo el sistema de salud. En ella quedan plasmadas la obligatoriedad del Estado para dar cumplimiento al derecho a la salud, la integralidad de las prestaciones –que brinda mejores garantías para el acceso-, una política farmacéutica que considere la regulación de precios y el establecimiento de forma explícita de los servicios de salud no cubiertos con recursos públicos.

Actualmente, el sistema de protección social en salud colombiano tiene como actores principales: a) el Ministerio de Salud y Protección Social, quien es la entidad de coordinación, dirección y control, b) las Entidades Promotoras de Salud — EPS, quienes por delegación estatal tienen a su cargo la gestión del seguro público universal, la afiliación y el registro de los afiliados y el recaudo de cotizaciones, c) las Instituciones Prestadoras de Salud — IPS que tienen el rol de prestadores de servicios de salud y lo conforman hospitales públicos y privados, clínicas, consultorios y laboratorios.

Adicionalmente, las siguientes instituciones cumplen diferentes funciones dentro de la rectoría y administración del sistema. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social con independencia administrativa y financiera, tiene como finalidad recaudar y reunir todos los recursos del sistema, provenientes tanto de las cotizaciones como de impuestos generales o específicos (los de licores, cerveza y tabaco) y asignar estos recursos para la cobertura del seguro, especialmente mediante el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) a las EPS, monto que puede interpretarse como equivalente a la prima del seguro.

Además, existe la Superintendencia Nacional de Salud, ella cumple funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección de los derechos de los usuarios. Finalmente, las entidades territoriales, municipios, distritos y departamentos, cumplen un papel importante en cuanto a funciones de salud pública, a la identificación y afiliación de la población del régimen subsidiado, en el financiamiento de este régimen, así como en el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios de salud.

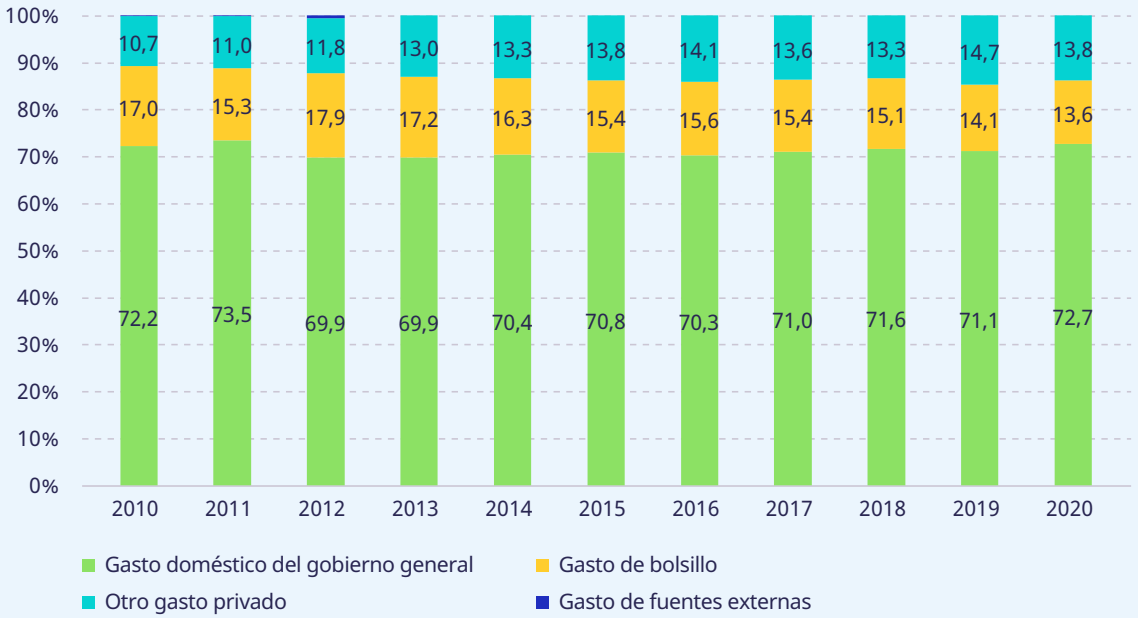
3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

i) *Distribución del gasto en salud*

El gasto en salud en Colombia fue del 8,9 por ciento del PIB en 2020, cifra superior a la media de la región. El gasto en salud como porcentaje del PIB ha mantenido una tendencia al alza a partir de 2012. Desde 2018 se evidencia un aceleramiento en el incremento del gasto, con un alza de 1,36 puntos porcentuales del PIB en tres años. En 2020, el gasto público representó el 72,7 por ciento del gasto total y el gasto de bolsillo el 13,6 por ciento (gráfico 1).

Gráfico 1. Colombia. Gasto en salud. Porcentaje del gasto total en salud



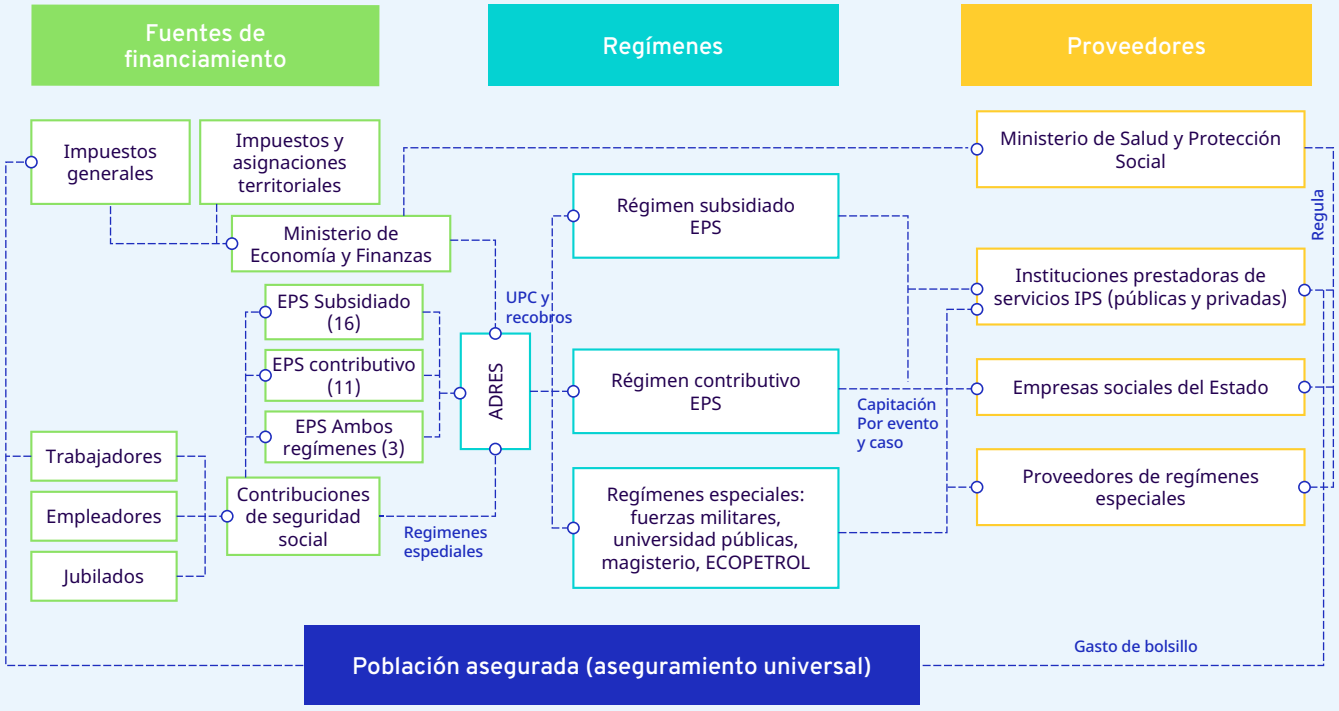
Fuente: OMS (2022a).

ii) Flujos financieros del sistema

Las reformas al sistema de protección social en salud dadas con la ley Núm. 100 de 1993 establecían que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) era la instancia responsable de la recaudación de las cotizaciones, con funciones delegadas a las EPS. En 2015, se eliminó el FOSYGA y se creó la ADRES, que administra los recursos del FOSYGA y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) (ley 1 753, 2015). A diferencia del FOSYGA, que solo reunía los recursos de cotizaciones y los aportes del gobierno nacional al régimen subsidiado, la ADRES contabiliza todos los recursos del sistema y opera como un fondo público nacional que reúne los recursos, practica la mancomunación, y asigna los recursos en consideración del valor de la UPC. La gestión integrada de los fondos que realiza la ADRES significó un avance en el fortalecimiento de la función del financiamiento, que había iniciado con el FOSYGA (Espinal-Piedrahita *et al.* 2022).

Por su parte, las Entidades Promotoras de Salud son las encargadas de afiliar a los usuarios en los regímenes contributivo y subsidiado, recaudar las cotizaciones del régimen contributivo y administrar el plan de beneficios en salud (PBS). Los aportes recaudados son compensados por las EPS con la ADRES para recibir el valor neto de la UPC. La UPC corresponde a un valor *per capita* ajustado por edad, sexo y ubicación geográfica. Se constituye en un pago prospectivo que -teóricamente- corresponde al costo del plan de beneficios. A partir de 2012 se logró la unificación de los planes de beneficios en ambos regímenes, aunque se mantiene una diferencia en la UPC debido al perfil epidemiológico y la demanda atendida por cada uno. Al valor de la UPC se suma un reconocimiento por los servicios y medicamentos otorgados que no forman parte del plan de beneficios, conocidos como recobros o pago *ex post* (Espinal-Piedrahita *et al.* 2022) y transformados a partir de marzo de 2020 en el mecanismo de presupuestos máximos que corresponden a montos asignados *ex ante* a las EPS para financiar servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC (ley 1955 2019) (diagrama 1).

▶ Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de Colombia



UPC: Unidades de pago por capitación
EPS: Entidades Promotoras de Salud
Elaboración: autora

iii) Fuentes de financiamiento

El régimen contributivo se financia con el aporte de los empleadores (8,5 por ciento del salario), de los trabajadores asalariados y pensionistas (4 por ciento - 12 por ciento), y el aporte del 12,5 por ciento de los trabajadores independientes; estos últimos realizan su aporte sobre el 40 por ciento del valor del contrato o de los ingresos declarados.

En la reforma tributaria de 2012 se eliminó el aporte de las empresas privadas que pagan impuesto sobre la renta, en caso de que la nómina fuera inferior a los diez salarios mínimos. Además, en 2019, mediante otra reforma tributaria, se disminuyeron los aportes de las pensiones de un salario mínimo, del 12 por ciento al 4 por ciento y de dos salarios mínimos al 10 por ciento, luego en 2023, mediante la ley del Plan

Nacional de Desarrollo también se redujo al 10 por ciento para quienes reciban una pensión entre dos y tres salarios mínimos. Todo esto ha implicado un mayor financiamiento por parte del presupuesto general de la Nación (Espinal-Piedrahita *et al*. 2022).

El régimen subsidiado se financia fundamentalmente con recursos fiscales del gobierno nacional, de los departamentos, de los distritos y de los municipios.[90] Además, se ha establecido una contribución solidaria de la población no pobre y no vulnerable[91] que pertenezca al régimen subsidiado y que no cumpla con los requisitos para pertenecer al régimen contributivo; sin embargo, este mecanismo aun no opera.[92] La tarifa de la contribución solidaria se define según la capacidad de pago y varía entre el 2,5 por ciento y el 11 por ciento de la unidad primaria de capitación del régimen subsidiado. Este régimen también se financia con los impuestos específicos para tabaco, bebidas alcohólicas y lotería; en 2010 fueron incrementados de forma sustancial para financiar la unificación del plan de beneficios, la universalización del aseguramiento en salud y demás necesidades del sector (ley 1 393 2010). En 2019 se creó, además, una asignación para salud proveniente de los impuestos generales, correspondiente al 0,5 por ciento de la base imponible del impuesto al valor agregado.

Hasta 2020, la principal fuente de ingresos eran las cotizaciones de empleadores, trabajadores y jubilados, que tuvieron una participación del 40 por ciento del gasto público. Los impuestos generales representaron el 36 por ciento y la diferencia proviene de impuestos y asignaciones territoriales, el seguro de accidentes (SOAT) y otras fuentes (Espinal-Piedrahita *et al.* 2022). Con los cambios adoptados en 2022 a partir de la reducción de cotizaciones para pensionados, los impuestos se consolidaron como en la principal fuente de ingresos.

3.2. Gobernanza

El gobierno, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, ejerce la rectoría del sistema de protección social en salud. Delega funciones de aseguramiento y provisión de servicios a las EPS y a las IPS. El Ministerio es el responsable de definir y modificar el plan de beneficios, incluyendo los medicamentos esenciales que forman parte de este, establecer el valor de la UPC para cada régimen y los criterios para definir los pagos moderadores, actualizar el sistema de tarifas, entre otras funciones. Estas atribuciones fueron transferidas al Ministerio al eliminarse la Comisión de Regulación en Salud, mediante Decreto 2560 de 2012.

La Superintendencia de Salud es la institución encargada de velar por el cumplimiento de las normas del sector; cumple funciones de inspección, vigilancia y control. Vigila las actividades de las EPS y las IPS, a las instituciones de los regímenes especiales de seguridad social, a las secretarías de salud y a las entidades que generan recursos para el sector.

A nivel desconcentrado, las secretarías de salud de las entidades territoriales son las responsables de dirigir, coordinar y vigilar en su territorio el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Siguen las disposiciones nacionales emitidas en materia de salud, de manera especial en lo que respecta a salud pública. Algunas de sus funciones incluyen la formulación de planes, programas y proyectos para el sector, la implementación de las normas, políticas y estrategias, entre otras (ley 715 2001).

[90] Los recursos de las entidades territoriales provienen del Sistema General de Participaciones (transferencias de la Nación a los departamentos y municipios, las cuales deben derivarse a gasto social) que se destinan a la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, prestación de servicios de salud a la población pobre en las prestaciones no cubiertas por el subsidio a la demanda y acciones de salud pública.

[91] La población no pobre y no vulnerable corresponde a la clasificada en el grupo D en el Sisben IV; es decir que no se encuentran en condición de pobreza ni vulnerabilidad. Este grupo pertenece al régimen subsidiado porque no cumple las condiciones para cotizar en el régimen contributivo.

[92] El decreto 439 de marzo de 2023 establece un componente de transitoriedad para la aplicación de la contribución solidaria. Se fija el plazo hasta marzo de 2024 para la actualización de las personas afiliadas al régimen.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

"La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia" (ley Núm. 100 1993). Para el cumplimiento de esta obligatoriedad corresponde a los empleadores la afiliación de sus trabajadores y al Estado la población que no tiene capacidad de pago.

En el régimen contributivo se encuentran los trabajadores formales e independientes con capacidad de pago. "Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados [sic] y los trabajadores independientes con capacidad de pago" (ley Núm. 100 1993, p. 100). Son beneficiarios también los cónyuges e hijos menores de 18 años, los hijos menores de 25 años estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad y los hijos que sufren alguna limitación física o mental, sin importar la edad.

En el régimen subsidiado se encuentran las personas sin capacidad de pago para cubrir la cotización de afiliación al régimen contributivo. "La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales - SISBÉN, recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al SISBÉN, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a [sic] su capacidad de pago parcial, definida según el mismo SISBÉN" (ley 1955 2019).

El SISBÉN es un sistema de clasificación de la población colombiana basado en las condiciones de vida e ingresos, tiene por objetivo identificar a los beneficiarios potenciales de los servicios sociales. La clasificación comprende cuatro grupos principales –cada uno con subgrupos: grupo A con población en pobreza extrema, B para población pobre, C para personas vulnerables en riesgo de caer en pobreza y D población no pobre y no vulnerable. La población en los grupos A, B y C tiene cobertura del régimen subsidiado, al igual que la población del grupo D , si no cumple las condiciones para cotizar en el régimen contributivo y con el pago de una contribución solidaria. Para este último grupo, las entidades territoriales fueron definidas como responsables de verificar las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, con la información de las EPS y de garantizar que la población acceda al registro del SISBÉN, para lo cual se definió hasta marzo de 2024 el plazo de la actualización del registro.

En el marco del Sistema de Seguridad Social Integral que existe en Colombia, la población afiliada al Sistema de Pensiones cuenta con cobertura de riesgos de invalidez, vejez y muerte. Sin embargo, existen instituciones específicas para la administración de estos seguros, organizadas en dos regímenes frente a los cuales el cotizante puede elegir a cuál pertenecer: la Administradora Colombiana de Pensiones (Colpensiones), que administra el régimen solidario o de prima media y las sociedades administradoras de fondos de pensiones, que tienen a su cargo el régimen de ahorro individual, esto en virtud de la diferencia de las instituciones responsables del aseguramiento de pensiones y salud, y el principio de libre de elección que prima en el sistema de seguridad social colombiano.

3.4. Beneficios

El Plan de Beneficios en Salud (PBS), anteriormente denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), incluye todos aquellos servicios y tecnologías que reciben los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que se financian con la UPC (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2021c)

Actualmente, no existe diferencia en los beneficios brindados a quienes se afilian al régimen contributivo y a los del subsidiado. En ambos casos, las personas tienen derecho a atención en urgencias, consultas, hospitalización, cuidados especiales, medicamentos, odontología, salud mental, cuidados paliativos, siempre que no se encuentren en el listado de servicios y tecnologías en salud excluidos; listado que se actualizó para el 2021 mediante la Resolución Núm. 2273. En conjunto, el PBS incluye el 96,9 por ciento de las tecnologías disponibles en el país (Grupo de economía de la salud 2023). Sin embargo, la población no tiene acceso a la misma calidad del servicio, ya que influyen la ubicación geográfica, la experticia y tecnología de las IPS de la red que ofrece la EPS a la que se encuentra afiliada, incluso los efectos de la naturaleza del mercado, que tiende a orientar la oferta de servicios de calidad y en mayor cantidad hacia los sectores con mayor capacidad adquisitiva (Mendieta y Jaramillo 2019).

El PBS también cubre actividades de promoción y prevención, tales como información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados, en especial en temas de protección, vida saludable y control de en-

fermedades crónicas no transmisibles. Adicionalmente, las EPS deben garantizar el acceso y administrar las vacunas que provee el Ministerio de Salud y Protección a través del Plan Ampliado de Inmunización.

En el régimen contributivo existe el pago de cuotas moderadoras y copagos, con valores actualizados mediante el Decreto Núm. 1652 de 2022. Los valores establecidos por cuotas moderadoras y copagos tienen niveles diferentes de acuerdo con los ingresos del afiliado. Las cuotas moderadoras corresponden al cobro de un monto fijo por el acceso a un servicio ambulatorio o de entrada al sistema, como las consultas médicas y odontológicas, las fórmulas médicas y los exámenes de laboratorio; estas deben pagarlas los afiliados al régimen contributivo, tanto los cotizantes como sus beneficiarios. Por su parte, los copagos se cobran solamente a los beneficiarios y se refieren al porcentaje del valor de los procedimientos o servicios hospitalarios, desde el 11,5 por ciento hasta el 23 por ciento, con un tope máximo expresado como un porcentaje del salario mínimo. No se aplican cuotas moderadoras o copagos a los servicios de promoción de la salud, consultas por primera vez, salud materno-perinatal, educación en salud, tratamiento de enfermedades transmisibles de interés público como dengue, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

En el régimen subsidiado no existen cuotas moderadoras, pero sí copagos, que se encuentran establecidos para el 2023 en el 10 por ciento del valor del servicio de salud recibido, también con un tope máximo en pesos. Para ambos regímenes se establece el valor máximo de los copagos por evento y anuales.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas, únicamente quienes están bajo el régimen contributivo tienen derecho a recibir prestaciones económicas, un pago en dinero en caso de incapacidad por enfermedad o accidente no relacionado con su trabajo, así como licencia de maternidad.

3.5. Provisión de servicios

La provisión de servicios se realiza por intermediación de las EPS, quienes realizan la contratación y el pago a las IPS; es decir, los hospitales, consultorios, laboratorios, profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, así como las contrataciones y pagos a proveedores de tecnologías de salud.

La población se afilia al sistema mediante una EPS, la cual puede escoger libremente (ley Núm. 100, 1993, p. 100). Actualmente, existen 30 Empresas Promotoras de Salud, de las cuales el 37 por ciento cubren población del régimen contributivo, 53 por ciento del régimen subsidiado y el 10 por ciento de ambos regímenes (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2022b).

Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS a través de acuerdos de voluntades (contratos) que pueden tener diferentes modalidades de pago: individual, por caso, presupuesto global prospectivo, por capitación y por evento. Como parte de sus obligaciones les corresponde el diseño del proceso de referencia y contrarreferencia, así como disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia del servicio en todos los niveles de atención.

Para junio de 2022 existían 11 466 IPS habilitadas a nivel nacional. Algunas EPS cuentan con su propia red de IPS, existe una limitación legal que no les permite contratar más del 30 por ciento del valor del gasto en salud con sus propias IPS. Las IPS se encuentran clasificadas de la siguiente manera (cuadro 1):

▶ Cuadro 1. IPS por nivel de complejidad

Nivel de complejidad	Mixta	Privada	Pública	Total
Primer		4	856	860
Segundo			113	113
Tercer			29	29
Otro*	18	10 442	4	10 464
Total general	**18**	**10 446**	**1 002**	**11 466**

*Odontología, centros de oftalmología, laboratorio e imagen, centro de especialidades, otros.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022e).

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Para el año 2022, en Colombia, 49,2 millones de personas contaban con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que correspond*ía* al 99,1 por ciento de la población. El nivel de aseguramiento de la población se ha incrementado paulatinamente, con crecimientos importantes en la afiliación en los primeros años de la reforma que implementó el SGSSS. En años más recientes, se ha mantenido la tendencia al alza: en 2010 el 93,6 por ciento de la población estaba afiliada y para 2022 la cobertura de aseguramiento se incrementó en 5,5 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2023b).

El 50 por ciento de la población afiliada, es decir 25,7 millones de personas, se encuentran bajo el régimen subsidiado. En el régimen contributivo están 23,5 millones de personas, lo que corresponde al 44,8 por ciento de la población y el restante 4,2 por ciento se encuentra afiliada a los regímenes especiales y de excepción (gráfico 2 y cuadro 2).

▶ **Gráfico 2. Personas afiliadas por régimen. Millones de personas**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

▶ **Cuadro 2. Afiliados por género y régimen a noviembre 2022**

Régimen	Femenino	Masculino	Total
Contributivo	12 001,584	11 549,448	23 551,032
Subsidiado	13 183,510	12 396,020	25 579,530
Excepción-Especiales	1 010,540	1 136,396	2 146,936
Total	**26 195,634**	**25 081,864**	**51 277,498**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022d).

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Colombia es elevado (0,78), se encuentra muy cercano al promedio de la región y similar al grupo de países con ingresos medios y altos. El índice de cobertura de servicios ha mejorado un 50 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 0,51 a 0,78. Los mejores resultados se presentan en la cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil y en las capacidades del servicio (OMS 2022b).

La atención de la salud materna e infantil es prioritaria para el sistema, por tal motivo la salud materna e infantil están exentas de copagos. El país evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. De tal manera que en Colombia el 98,5 por ciento de los nacimientos en 2019 fueron atendidos por profesionales de la salud, lo que es indicador de los buenos niveles de utilización de servicios en el país (OPS 2021). No obstante, se mantienen unas tasas de mortalidad materna e infantil que resultan superiores a las registradas por otros países de la región, en donde el descenso ha sido más pronunciado.

Dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran enfermedades no transmisibles, signos y síntomas mal definidos, lesiones, condiciones transmisibles y nutricionales, así como condiciones maternas y perinatales. Es importante señalar que las enfermedades que afectan la salud bucal se encuentran también dentro de las primeras causas de morbilidad. En lo que se refiere a la salud mental, las atenciones en este campo han crecido significativamente en los últimos 20 años, debido al impulso que se ha dado en la política pública (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2021a). El plan de beneficios se enfoca en brindar las prestaciones necesarias para atender el perfil epidemiológico de la población.

Históricamente las enfermedades del sistema circulatorio han sido la primera causa de muerte, toda vez que se superaron las muertes por homicidio, que se han reducido de manera importante en los últimos años. En el 2019, la primera causa comprende el 31 por ciento, en segundo lugar, se ubican las demás causas con un 26 por ciento, entre ellas que destacan la diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cirrosis, enfermedades crónicas del hígado, entre otras; las neoplasias ocupan el tercer lugar (20 por ciento) (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2021a). Esta transición epidemiológica se evidencia desde la década de los años1980, con la disminución de las enfermedades infecciosas como causa de muerte e incremento de las causas no transmisibles.

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en Colombia representó el 13,6 por ciento del gasto total en salud en 2020, ubicándose como uno de los más bajos en los países de América Latina. Este nivel de gasto de bolsillo se encuentra por debajo del 20 por ciento (umbral identificado por la OPS como adecuado para no afectar económicamente a las familias y no incurrir en gastos catastróficos). Tal porcentaje ha mantenido una tendencia a la baja, pues en 2010 se ubicó en el 17 por ciento y como indicador de protección financiera dio cuenta de cómo durante la pandemia los hogares no tuvieron que realizar gastos extraordinarios en salud como fue más notorio en otros países de la región.

El gasto en productos farmacéuticos es el principal componente del gasto de bolsillo y en 2017 representó el 21 por ciento del gasto en salud de los hogares. Los hogares con mayor nivel de ingresos (quintil 5) registran el mayor gasto en medicamentos, con un valor promedio tres veces superior al valor medio del quintil 1 y del quintil 2, y más del doble que los quintiles 3 y 4 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2022a).

Sin embargo, en un análisis global del gasto de los hogares en salud, en años previos se identificó que los hogares con menor capacidad de pago tuvieron un mayor gasto en salud (6,7 por ciento del gasto total en 2007) que los hogares con mejores condiciones económicas (2,7 por ciento del gasto total). Los hogares realizan compras directas en farmacias y droguerías, seguido de tiendas, supermercados y establecimientos especializados. Después del gasto en productos farmacéuticos, los pagos complementarios a la seguridad social son el mayor rubro, dentro de los cuales se encuentran las cuotas moderadoras en especialistas, medicina general, odontología, medicamentos y exámenes. Finalmente, la compra de servicios de medicina general, distintas especialidades y odontología son el tercer rubro de relevancia (Valbuena y Ureña 2015).

En Colombia, pese a que el nivel de gasto de bolsillo es bajo, la proporción de hogares con grandes gastos sanitarios supera al promedio regional (ODS 3.8.2). En 2016, el 2,2 por ciento de la población registró gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar. La media de América Latina y el Caribe fue de 1,7 por ciento en 2017. Cuando se considera como umbral el 10 por ciento de los ingresos familiares, el 8,2 por ciento de los hogares tienen un gasto en salud que supera ese porcentaje, nivel que es similar a la media regional (Naciones Unidas 2023).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

La disponibilidad de recursos para la prestación de servicios de salud muestra algunas debilidades. El número de camas disponibles es de 1,7 por cada 1 000 habitantes (2018), medida que está por debajo de la media de los países de América Latina y el Caribe (1,9 en 2017) (Banco Mundial 2022). Una brecha importante se registra también en el número de enfermeras, que se ubicó para 2018 en 1,3 por cada 1 000 personas, valor significativamente menor al promedio de países de la OCDE que tienen en promedio una medida de 10,4 enfermeras. Por el contrario, el número de médicos registra niveles que superan las recomendaciones de la OMS; en 2018 Colombia reportaba un total de 3,8 médicos por cada 1 000 habitantes, con un nivel por encima del promedio de la región (tres médicos por cada 1 000 personas).

Existen diferencias importantes en la distribución geográfica del personal de salud. Los departamentos de Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina tienen la mayor concentración de médicos, superando la media nacional. Bogotá, con la mayor cantidad de médicos por habitante, tiene *un ratio* que es 9 veces superior al indicador del departamento con menor disponibilidad de estos profesionales de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2021a)

Actualmente existen 11 466 Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), la mayoría de las cuales son privadas. Para junio de 2022, el 91 por ciento de las IPS eranprivadas; es decir, 10 446 IPS, el 8,7 por ciento eran públicas (1 002 IPS) y apenas 0,2 por ciento (18 instituciones) son mixtas.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

Mediante el decreto 780 de 2016 se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que tiene como principal objetivo generar, mantener y mejorar la calidad los servicios de salud. Cuenta con cuatro componentes: habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, acreditación y el sistema de información para la calidad.

El Observatorio de Calidad es una instancia de la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que consolida y divulga información sobre la calidad de la atención en salud.

Mediante la resolución 0256 de 2015, se establecieron los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, aplicables a las EPS, IPS, Servicios de Transporte Especial de Pacientes y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. La Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de 2009-2019, que analiza los indicadores definidos, mostró que la satisfacción global con los servicios de las EPS fue mayor al 70 por ciento en 2019 y la satisfacción sobre el acceso a los servicios de salud se ubicó en el 66 por ciento. Además, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas en especialidades básicas fue de 10,1 días. Los resultados más desfavorables se concentran en las ciudades y aglomeraciones con mayor desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2022c). Además, en el marco de la evaluación de servicios de las EPS[93] (2021), la satisfacción general es constante, el porcentaje de personas que recomendarían la EPS en la que está afiliada bordea el 80 por ciento en los últimos 8 años, la calificación de la experiencia como bueno o muy bueno se encuentra en un 78 por ciento en el 202, esta ha tenido un pequeño incremento en relación con el año 2014; el porcentaje de personas que califican el acceso como fácil o muy fácil para el 2021 es del 62 por ciento (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2021b).

En esta encuesta también se midieron los tiempos de espera para consulta de medicina general y de odontología, que actualmente se encuentran en promedio de 22 y 10 días respectivamente. En los últimos 8 años este tiempo de espera se ha duplicado en el caso de las consultas de medicina general.

Las principales inconformidades de los usuarios son la falta de simplicidad y agilidad en los trámites y los tiempos de espera para la atención, además destacan la cercanía a los hospitales y las instalaciones.

El sistema de protección social en salud también tiene que adaptarse al envejecimiento de la población. En 2020, el 13,8 por ciento de los habitantes eran adultos mayores, en una proporción que ha reflejado una

[93] Encuesta realizada para el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad en el marco del sistema de garantía de la calidad y analiza la forma en la forma en la que los usuarios perciben a las EPS.

tendencia al alza en las últimas décadas, por lo que se proyecta que continúe creciendo. Esta situación incide en el perfil de salud de la población, más aun cuando solo el 50,6 por ciento de este grupo poblacional tienen cobertura de prestaciones de protección social para la vejez (OIT 2023), lo que incide en la gestión de los determinantes sociales de la salud en este grupo.

5. Desafíos

El sistema de protección social de salud en Colombia ha tenido avances importantes en términos de cobertura de la población y adecuación de las prestaciones. La unificación de los planes de beneficios y co la unidad de pago por capitación han supuesto un avance en términos de reducción de las brechas de financiamiento y cobertura entre distintos grupos de la población. Sin embargo, existen algunas dificultades y preocupaciones en torno a la sostenibilidad del sistema, el acceso efectivo y equitativo, la gobernanza, la calidad de las prestaciones, la gestión del talento humano y el enfoque preventivo que plantean nuevas reformas al sistema (Restrepo-Zea *et al*. 2023). Estas limitaciones se presentan en un contexto de envejecimiento de la población, transición epidemiológica hacia enfermedades crónico degenerativas y de la incorporación de nuevas tecnologías al país que en muchos casos resultan más costosas.

Uno de los principales desafíos es la sostenibilidad financiera del sistema. Existe evidencia del deterioro de las condiciones financieras de las EPS, que se refleja en las deudas que mantienen con los prestadores de servicios y en la afectación patrimonial de varias EPS. Esta situación genera alertas sobre la viabilidad de su operación y su sostenibilidad, así como de la provisión de servicios de salud.

El nuevo presidente colombiano, posesionado en agosto de 2022, ha planteado una reforma estructural al sistema de salud que está en discusión. Esta propuesta contempla la creación de Centros de Atención Primaria para la población, como mecanismo para fortalecer la atención preventiva. Incluye también la creación de un sistema de pagos centralizado mediante la ADRES, con lo cual se eliminarían las funciones de aseguramientos de las EPS y se le otorgarían funciones de administración de los centros de atención primaria, así como los sistemas de referencia y contrarreferencia (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2023a). Esta propuesta se sustenta en problemáticas relacionadas con el débil enfoque preventivo de las prestaciones en salud, un aseguramiento centrado en el manejo financiero y no en la gestión de riesgos, en las barreras de acceso a la población y las inequidades en la prestación de servicios. Adicionalmente, se reconoce la existencia de condiciones de competencia poco eficiente entre las EPS y las IPS, con concentración de mercados de aseguradores y de prestadores.

6. Principales lecciones aprendidas

- El cierre de las brechas de cobertura es uno de los principales elementos que han marcado los cambios en el sistema colombiano. La identificación de los mecanismos adecuados para el diseño del sistema que permitan ampliar la cobertura la población más vulnerable es uno de los principales desafíos. En Colombia, se implementaron varias medidas con este fin desde que se llevó a cabo la reforma: incorporación de organizaciones comunitarias en el aseguramiento y la prestación de servicios, definición de contribuciones de acuerdo con la capacidad de pago con subsidios para la población pobre y vulnerable, unificación de los planes de beneficios y su financiamiento en los regímenes contributivo y subsidiado, entre otros.
- El marco normativo del sistema colombiano de protección social en salud propicia la integración vertical en el aseguramiento y provisión de servicios de salud. Aunque se ha regulado la vinculación entre las EPS y las IPS con respecto al porcentaje de compra de servicios a los prestadores públicos, no se ha incorporado un enfoque de redes integradas para la prestación de servicios.

- Las reformas en términos de integración del financiamiento han sido progresivas y tendientes a la unificación de los fondos y de los riesgos. Este un elemento clave en los procesos de reforma de los sistemas de salud, pues permite un mayor control y un uso más eficiente de los recursos.
- El SISBÉN, aunque es un sistema de clasificación utilizado para todos los programas sociales en Colombia, en el ámbito del aseguramiento en salud genera desincentivos para la formalización. Esto se produce porque mantener las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado representan contar con un subsidio del gobierno para el aseguramiento en salud. Tal experiencia brinda lecciones sobre la necesidad de incorporar incentivos adecuados a la población y con una mirada integral en la prestación de programas sociales en distintos sectores.
- El caso colombiano es una muestra del funcionamiento articulado entre el sector público y privado para el aseguramiento y la provisión de servicios en las EPS y las IPS. Sin embargo, esta situación muestra un rol del Estado centrado en la regulación y en gestión de fondos y no así en la gestión de riesgos en salud. Conviene además reconocer las debilidades en materia de gobernanza y la necesidad de fortalecer funciones en el ámbito de la salud pública y la articulación del sector salud con otros sectores que constituyen o están a cargo de varios determinantes sociales de la salud (Restrepo-Zea y Zapata 2021).

Referencias

Banco Mundial. 2022. «DataBank | The World Bank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*.

———. 2021a. *Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia*. Dirección de Epidemiología y Demografía. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf.

———. 2021b. *Estudio de la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS - Régimen contributivo y subsidiado 2021: Informe final*. Oficina de Calidad. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-nal-evaluacion-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado-2021.pdf.

———. 2021c. *Guía del usuario: Paso a paso sobre el acceso a los servicios de salud*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/SAB/AT/guia-usuario-minsalud.pdf.

———. 2022a. *Boletín Gasto de Bolsillo en Medicamentos*. Grupo de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/boletin-gasto-bolsillo.pdf.

———. 2022b. «*Cifras Aseguramiento en Salud*. Tableau Software». https://public.tableau.com/views/CifrasAseguramientoenSalud_16166927767750/Aseguramiento?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es&:-loadOrderID=0.

———. 2022c. *Boletín Gasto de Bolsillo en Medicamentos*. Grupo de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/boletin-gasto-bolsillo.pdf.

———. 2022d. *EPS vigentes del régimen contributivo y subsidiado*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/listado-eps-por-regimen.pdf.

———. 2022e. *Informe de resultados: Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2009-2019*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-resultados-sistema-general-seguridad-social-salud-2009-2019.pdf.

———. 2022f. «Listado de IPS en Colombia según su nivel de complejidad». https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Listado-de-IPS-en-Colombia-seg-n-su-nivel-de-compl/ugc5-acjp.

———. 2023a. *Colombia potencia mundial de la salud y la vida: Cartilla pedagógica. Reforma estructural al sistema de salud*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/cartilla-reforma-estructural-salud-msps-2023.pdf.

———. 2023b. *Informe al Congreso 2022-2023: Sector Salud y Protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-sector-salud-ago-2023.pdf.

Espinal-Piedrahita, J. J. y J. H. Restrepo-Zea. 2022. «Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos». *Revista de Salud Pública* 24 (1). https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057.

GES (Grupo de Economía de la Salud). 2023. «Observador del GES núm. 18: Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia». https://gesudea.co/evolucion-del-plan-de-beneficios-en-salud-en-colombia/.

Ley 100 de 1993. 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf.

Ley 715 de 2001, Capítulo II. Competencias de las entidades territoriales en el sector salud. 2001. http://www.saludtolima.gov.co/ley-715-de-2001-capitulo-ii-competencias-de-las-entidades-territoriales-en-el-sector-salud/.

Ley 1393 de 2010. 2010. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39995.

Ley 1751 de 2015. 2015.

Ley 1753 de 2015. 2015. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933.

Ley 1955 de 2019. 2019. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970.

Mendieta, D. y C. E. Jaramillo. 2019. «El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: A propósito de los veinticinco años de su creación». *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 29: 201-218. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2019.29.13905.

Naciones Unidas. 2023. «Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico. Datos, estadísticas y recursos institucionales para el seguimiento de la Agenda 2030». https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022a. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. 2022b. «The Global Health Observatory». https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/data-availability-for-uhc-index-of-essential-service-coverage-(-).

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2021. «Tablero de los indicadores básicos». PAHO/EIH Open Data. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos.

Restrepo-Zea, J. H. 2022. «Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la ley 100 de 1993?». *Revista de Salud Pública* 24 (1). https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013.

Restrepo-Zea, J. H., C. Agudelo, E. Peñaloza, J. C. García-Ubaque, N. Arias y O. Bernal. 2023. «¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Resumen del Seminario Permanente 2022». *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas* 11.

Restrepo-Zea, J. H. y Zapata. 2021. *Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud*. https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z0/fY5Ni8JADIb_Sj14LFPr4uqxlEUQTy6IzkXSmdDN7jSpzSjir3d0T4J4SfLkzcdrrNkZy3CmFiIJQ0i8t7PDfFGXk-qjWC83q7qoZnX19fm9XZfz0qyMfT-QLtDv8WgrY51wxEs0u16GCOHkEcYF6DP9SIf_NfEZNSYvjkZuOmqmPC7a4dSLZh6zV6ojZEegmUpKATUt3APo4zWTlwcF0ghekioNDgx8hVxTDzvIPeZ6d5M7CdI1BKb_s_sbo9oPUQ!!/.

United Nations. 2022. *Human Development Report 2021-22: Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping Our Future in a Transforming World*. United Nations. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Valbuena, G. J. P. y A. S. Ureña. 2015. «Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia». *Revista del Banco de la República* 88 (1051).

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Jairo Humberto Restrepo Zea. Con el beneficio de los aportes de Pablo Casali y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en Costa Rica

©UN Women/Pedro Pio

1. Introducción

Costa Rica es el país centroamericano con el nivel más alto de desarrollo. El país cuenta con ingresos sobre la media de la subregión, con un Producto Interno Bruto *per capita* de 13 116 dólares en el año 2022 (Banco Central de Costa Rica 2023; INEC Costa Rica 2022). En 2021 el país se ubicó en el puesto 57 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano a nivel mundial, por lo que se clasifica como una nación con un nivel de desarrollo humano muy alto. Este indicador, con un valor de 0,809, supera al promedio de América Latina y el Caribe (0,754). La ausencia de gastos que significó la abolición del ejército a mitad del siglo pasado se ha evidenciado de manera sistemática en el buen nivel de financiamiento de la salud y la educación, con repercusiones importantes en el nivel de desarrollo humano y en la inclusión social.

El sistema de protección social en salud de Costa Rica brinda cobertura a toda la población residente, con un 92,4 por ciento de cobertura de afiliación en el año 2022 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2021a; CCSS División actuarial 2023). La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) constituye el único asegurador estatal y principal proveedor de la seguridad social en salud. Brinda cobertura a las personas trabajadoras de la economía formal, personas jubiladas y sus familias; personas en trabajo independiente afiliadas voluntariamente y sus familias; mediante el Seguro por cuenta del Estadoo régimen no contributivo, se cubre a la población en condición de pobreza.

A pesar de su importante camino hacia la cobertura universal, aún existe un porcentaje de población no asegurada que incluye a personas trabajadoras en empleos informales o temporales no residentes, personas inmigrantes indocumentadas, refugiadas, grupos poblacionales indígenas que no cuentan con el documento de registro civil, entre otros (OECD, 2017, Programa Estado de la Nación 2022). Un 7,6 por ciento de la población no se encuentra asegurada (CCSS División Actuarial 2023). Entre la población no asegurada, un 59 por ciento se registra por encima de la línea de pobreza. Un 24 por ciento se halla en condición de pobreza no extrema y un 17 por ciento en condición de pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística y Censos 2023). No obstante, toda la población residente tiene acceso a los servicios de salud.

▶ 2. Contexto

En lo referente a un seguro nacional de salud, Costa Rica es un caso único en la región, porque ofrece un seguro altamente integrado en financiamiento, administración y provisión de servicios. La Caja Costarricense del Seguro Social se creó en 1941 y desde 1942 existe el Seguro de Enfermedad y Maternidad (Jiménez & Alvarado-Prado 2022). Inicialmente, la afiliación fue obligatoria para las personas asalariadas con ingresos menores al equivalente a los US$ 50; luego se cubrió a familiares económicamente dependientes de la persona asegurada (Martínez Franzoni & Sánchez-Ancochea 2016). En 1961, la ley Núm. 2378 definió la universalización progresiva de los seguros sociales bajo responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Desde la creación de la ley General de Salud en 1973, el sistema de salud brinda una cobertura casi universal y un amplio conjunto de servicios de salud a la población, incluyendo atenciones de alta complejidad. La universalización del aseguramiento y del acceso ha sido el principio orientador del sistema de salud por décadas. La creación de normativas como el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN de 1983 "Constitución del Sector Salud" y el Decreto Ejecutivo Núm. 19276-S de 1989 tuvieron como objetivo la organización y estructura del sistema, así como el establecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y la integración del sistema de salud.

El aseguramiento en salud cuenta con dos regímenes: uno contributivo, que combina aseguramiento obligatorio y voluntario, brinda cobertura a personas trabajadoras asalariadas y no asalariadas, así como a personas pensionadas y personas aseguradas de manera voluntaria, como es el caso de las amas de casa. El otro, no contributivo o Seguro por Cuenta del Estado brinda cobertura a la población en condición de pobreza y es financiado completamente por el Estado a partir de recursos procedentes del impuesto al valor agregado y del propio impuesto a la planilla laboral canalizado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

Costa Rica manifiesta un rasgo único en materia de aseguramiento y es el hecho de que la población asalariada financia parcialmente los programas asistenciales (Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea 2016).

El Ministerio de Salud tiene a cargo la rectoría y vigilancia del sistema y la Caja Costarricense de Seguro Social es el único asegurador público y principal proveedor de servicios de salud. Otro actor importante del sistema es el Instituto Nacional de Seguros, a quien le recae la responsabilidad de la cobertura de los riesgos laborales (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) y accidentes de tránsito.

El sistema costarricense de salud se ha constituido a través del tiempo como un sistema sólido en cuanto a su normatividad, organización y financiamiento; su política pública se ha enfocado en el cumplimiento de objetivos de la cobertura universal. Costa Rica ha realizado un esfuerzo sostenido de reforma en el sistema de salud, que perdura desde la década de los años 1990 hasta la actualidad y que ha generado resultados favorables en términos de acceso y cobertura.

Pese a este panorama, algunos datos de opinión pública indicaban que en 2022, ante la pregunta sobre el uso de servicios cuando se enferma y necesita servicios en salud, un 66 por ciento de la población encuestada respondió que solo emplea servicios públicos; un 12 por ciento públicos y privados y un 17 por ciento manifestó que solo privados. Además de un 4 por ciento que respondió que ninguno (Centro de Investigaciones y Estudios Políticos 2022).

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

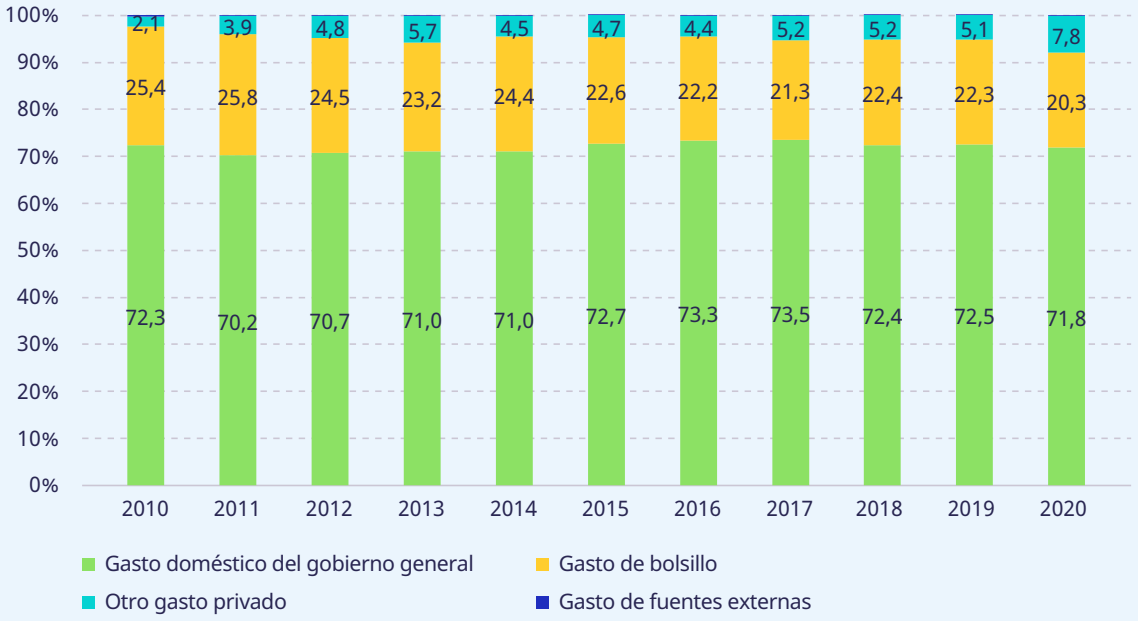
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

De acuerdo con el último dato disponible, correspondiente al año 2020, el gasto en salud de Costa Rica representó el 7,9 por ciento del PIB. Esta proporción ha mantenido una tendencia a la baja desde el 2010 cuando representó el 8,0 por ciento del PIB, luego del continuo crecimiento del periodo previo. Sin embargo, es importante notar que en términos corrientes el gasto en salud se ha mantenido al alza, aunque con un ritmo de crecimiento menor al de la economía. Solo en 2017 se presentó una leve disminución del gasto total en salud (-1 por ciento), motivada principalmente por la reducción en el gasto de bolsillo de los hogares (OMS 2022).

El gasto *per capita* en 2021 fue de 953,08 dólares, uno de los niveles más altos en la región. El 71,8 por ciento del gasto es público, lo que concuerda con las características del sistema de salud de Costa Rica, debido a que su financiamiento es principalmente público.. El gasto de bolsillo corresponde al 20,3 por ciento del gasto total en salud (OMS 2022) (gráfico 1).

Gráfico 1. Costa Rica. Gasto en salud. Distribución relativa del gasto corriente en salud según componente

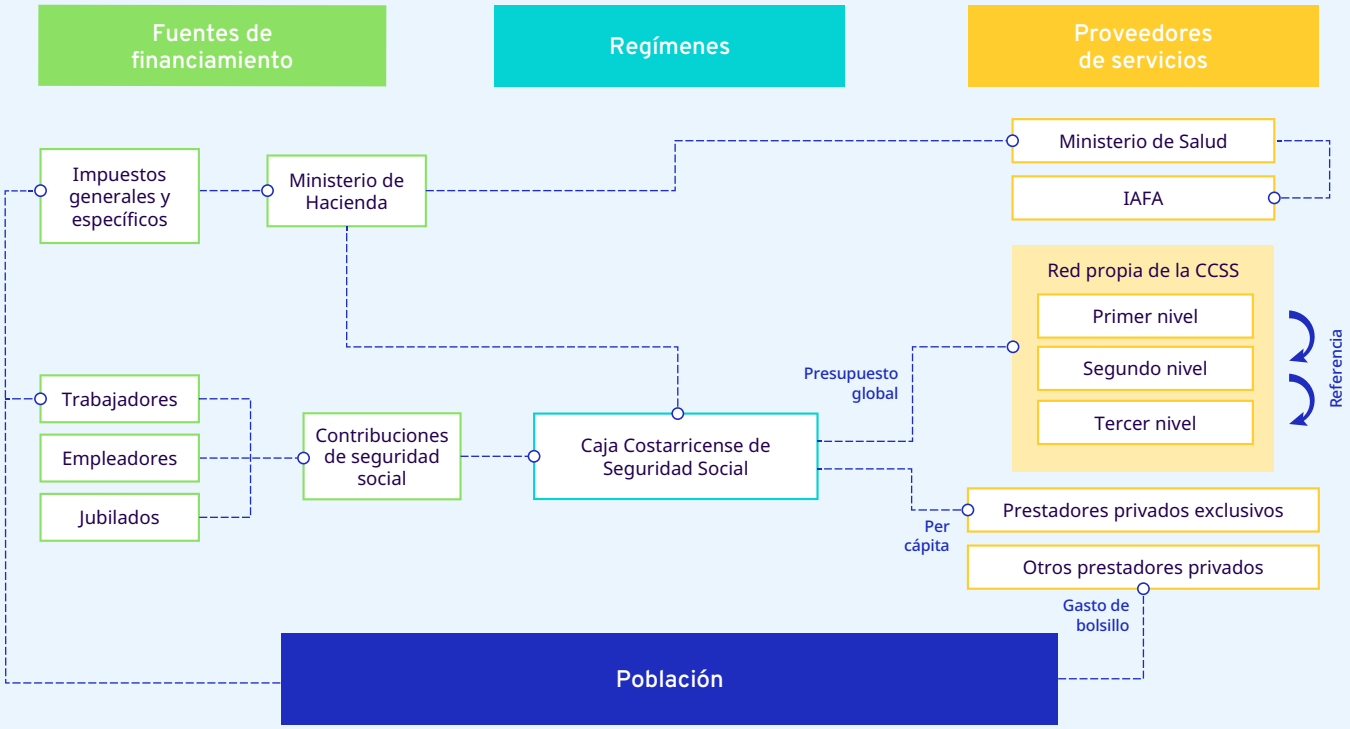


Fuente: OMS (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

El financiamiento de la salud está altamente integrado en Costa Rica. Los recursos provenientes de distintas fuentes se integran y son gestionados principalmente por la Caja Costarricense de Seguridad Social, incluyendo las contribuciones de los sectores empleadores y trabajadores; así como las transferencias del Gobierno Central (diagrama 1).

▶ **Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de Costa Rica**



Elaboración: propia

iii) Fuentes de financiamiento

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud costarricense es tripartito. Desde 1941, año de la creación del sistema de aseguramiento en salud, tanto las personas trabajadoras, como los sectores empleadores y el Estado participan del financiamiento. El Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social se financia con contribuciones sociales de patronos, trabajadores asalariados e independientes, pensionistas e impuestos generales. En 2022, el 73 por ciento del gasto total del Seguro de Salud se financió con contribuciones a la seguridad social (CCSS 2023). Los aportes se describen en la tabla a continuación (cuadro 1):

Cuadro 1. Contribuciones al seguro de enfermedad y maternidad. Porcentajes del ingreso mensual

	Empleador	Trabajador	Estado	Pensionado	Fondo de pensiones
Asalariado	9,25%	5,5%	0,25%		
Pensionista			0,25%	5%	8,75%
Voluntario*			0,25%		
Independiente*		2,89%-10,69%	0,25%		

*El aporte del cotizante va de acuerdo con el ingreso de referencia y la escala de contribuciones aprobada por la Junta Directiva de la CCSS. Además, hay un aporte estatal correspondiente a la diferencia entre la cotización del asegurado y la nacional.

Fuente: Jiménez & Alvarado-Prado (2022); Reglamento del Seguro de Salud (2022).

Un problema acuciante es la creciente deuda del Estado con el Seguro de Salud. La deuda estimada en el año 2022 es equivalente al 5,7 por ciento del PIB, de la cual un 82 por ciento se relaciona con el Seguro de Salud (Programa Estado de la Nación 2022).

La informalidad laboral alcanza al 46 por ciento de la fuerza laboral y se localiza en el sector privado. Ello explica que antes de la pandemia de la COVID-19, la fuerza de trabajo en el sector público fuera del 18 por ciento, pero representara el 44 por ciento de la masa salarial de la CCSS (Martínez Franzoni 2023).

3.2. Gobernanza

El Ministerio de Salud cumple la función de regulación y rectoría del sistema de salud y, por ende, la gobernanza del sistema está a su cargo. Tales funciones las realiza con el apoyo de instituciones adscritas como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza de Nutrición y Salud (INCIENSA), la Dirección General de los Centros de Educación en Nutrición y los Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI). Las funciones del Ministerio de Salud incluyen la dirección y conducción del sistema, la regulación del desarrollo del sector, la vigilancia de la salud, la investigación y desarrollo, la planificación estratégica del sector, la modulación del financiamiento, la armonización de la provisión de servicios, entre otras (OPS 2019).

Además, existen instancias de coordinación para el sector en los que intervienen otros actores públicos, que incluyen el Consejo Nacional de Salud, conformado por las autoridades de las instituciones públicas; el Consejo Sectorial de Salud, el cual es integrado por las autoridades de las instituciones del sector; y el Consejo Ministerial del que forman parte las autoridades del Ministerio de Salud.

La Caja Costarricense de Seguros de Salud es la responsable de administrar y aplicar el Seguro Social de Salud; es dirigida por una Junta Directiva, conformada por el presidente ejecutivo, dos representantes del Estado, tres representantes del sector patronal y tres del sector laboral (sindicatos, cooperativas y solidarismo).[94] La Junta tiene como atribuciones dirigir a la institución, autorizar la implantación de los seguros, dictar los reglamentos para el funcionamiento de la CCSS, definición de las tasas de cotización, de las prestaciones y de las condiciones de acceso a los servicios, entre otras (ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1943). Por lo tanto, la gobernanza del sistema de salud se realiza conjuntamente entre la Junta Directiva de la CCSS y el Ministerio de Salud.

[94] Es una organización mutualista, integrada y financiada por trabajadores y empleadores, cuya finalidad fundamental es administrar fondos de ahorro y crédito, así como fondos para el pago de indemnizaciones a las personas trabajadoras en caso de extinción de la relación laboral. La OIT y la Sala Constitucional de Costa Rica han señalado que no pueden asumir la representación de los intereses colectivos de los trabajadores por su naturaleza mixta.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

La Caja Costarricense de Seguridad Social CCSS es el asegurador público único en el sector salud.

El artículo 11 del Reglamento del Seguro de Salud determina que se brinda aseguramiento a: "1. Trabajador asalariado, 2. Trabajador independiente, 3. Pensionado de régimen público contributivo o no contributivo, 4. Cotizante voluntario, 5. Asegurado por cuenta del Estado, 6. Amparado por Protección Familiar, 7. Población en condición de pobreza" (Reglamento del Seguro de Salud 2022).

Adicionalmente, el artículo 12 del Reglamento establece las condiciones para solicitar la Protección Familiar para quienes tengan una relación de parentesco, convivencia o crianza por los asegurados titulares.

El aseguramiento por Cuenta del Estado cubre a personas que han sido declaradas en condición de pobreza por el Instituto Mixto de Ayuda Social o que forman parte de la base del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE) (Reglamento del Seguro de Salud 2022).

3.4. Beneficios

Los beneficios cubiertos legalmente son:

a) atención integral a la salud, que incluye la promoción, prevención, curación y rehabilitación, salud oral, laboratorio e imagen, asistencia médica especializada y quirúrgica, asistencia ambulatoria, hospitalización, medicamentos, asistencia social;
b) prestaciones en dinero por incapacidad, maternidad, compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos, traslados y hospedajes, gastos de funeral y por concepto de libre elección médica;
c) prestaciones sociales. Se excluyen riesgos laborales y accidentes de tránsito, que están a cargo del Instituto Nacional de Seguros.

El Comité Central de Farmacoterapia (CCF), órgano adscrito a la CCSS, es responsable de la selección de medicamentos y de velar por la seguridad, la calidad y su uso racional. El resultado de esta selección es la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), que se actualiza cada dos años.

La cobertura en salud es integral, prácticamente sin límites, pues no existe una lista positiva o negativa de intervenciones. Existe un conjunto de beneficios definido para el primer nivel de atención en salud, el cual se encuentra dividido en subprogramas que cubren el ciclo de vida de las personas; incluye atención integral del niño, del adolescente, de la mujer, de las personas adultas y de las personas adultas mayores; los beneficios contemplan rehabilitación básica, salud oral, atención de enfermedades, inmunización, anticoncepción, entre otros.

3.5. Provisión de servicios

La provisión de servicios de salud se encuentra principalmente a cargo de la Caja Costarricense de Seguridad Social, quien tiene una amplia red propia de establecimientos de salud. Adicionalmente, compra servicios de salud de primer nivel de atención a proveedores de salud privados, en especial a cooperativas de salud, mediante contratos de gestión basados en capitación. Desde la década de los años 1990, las reformas introducidas en Costa Rica se orientan a una oferta de primer nivel de atención preventiva y de promoción de la salud, con un enfoque centrado en la prevención más que en la curación, lo que ha dado lugar a una transformación progresiva del sistema hacia un enfoque más preventivo y promocional.

La red de servicios de salud de la CCSS se organiza en tres niveles de atención. El primer nivel tiene como responsabilidades la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, a través de atención intradomiciliaria, consulta externa o ambulatoria general. La provisión de servicios en este nivel está organizada por Áreas de Salud delimitadas geográficamente que cubren a una población de entre 6 800 (Paquera) y 145 000 personas (Pérez Zeledón). Las áreas de salud prestan servicios en redes integrales de provisión de servicios a través de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos equipos están conformados por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente de redes (asistente técnico de redes en el caso de EBAIS desconcentrados) y pueden incluir un técnico de salud en farmacia.

Actualmente, existen alrededor de 1 080 ESBAIS a nivel nacional, 547 puestos de visita periódica, organizados en 105 sedes de áreas de salud. La mayoría de los EBAIS son administradas por la CCSS, aunque también existen contratos de gestión con el sector privado (asociaciones o cooperativas de salud). Entre 2011-2021, 117 EBAIS fueron operados por cooperativas de salud (OPS & Ministerio de Salud de Costa Rica, 2022).

Las sedes de las áreas de salud son establecimientos en los cuales se ubican los servicios administrativos y de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Algunas sedes cuentan con servicio de urgencias, quirófanos, sala de partos, consultorios para medicina especializada y otros servicios profesionales. También dependiendo del tamaño de las sedes, pueden incluir en el mismo espacio físico uno o más EBAIS o no incluir ninguno. Las personas aseguradas son asignadas o adscritas a un área de salud específica, por lo que el principio de libre elección médica es limitado.

Los puestos de visita periódica son espacios físicos en localidades que tienen dificultades de accesibilidad geográfica o funcional. Mediante el esquema de visita periódica, para brindar los servicios de atención integral en salud a la población, un EBAIS se traslada periódicamente desde la sede de área o de EBAIS (Caja Costarricense de Seguro Social 2021a).

El segundo nivel de atención en salud actúa por referencia del primer nivel y presta servicios de consulta externa especializada, intervenciones ambulatorias y hospitalarias, hospitalización y tratamiento tanto médico como quirúrgico. Las principales especialidades médicas atendidas en este nivel son medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, dermatología, urología y oftalmología. La red de la CCSS está conformada por once hospitales periféricos y ocho hospitales regionales (Caja Costarricense de Seguro Social 2021b).

El tercer nivel de atención en salud brinda servicios ambulatorios y hospitalización de alta complejidad a través de tres hospitales nacionales generales y seis hospitales especializados.

Desde el año 2019 Costa Rica implementó las redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS). Esta forma de organización agrupa establecimientos de diferentes niveles a través de protocolos de atención y colaboración mutua, cuyo objetivo es la atención integral, oportuna y de calidad (Desai *et al.* 2022; OPS 2019).

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

La población asegurada alcanzó el 92,4 por ciento de la población nacional en 2021 y mostró un leve decrecimiento con respecto a la cobertura registrada en 2016, cuando el nivel de aseguramiento alcanzó el 95 por ciento. La población asegurada se ha incrementado paulatinamente a lo largo del tiempo, pero existen dificultades para la cobertura contributiva. La población asegurada de forma directa representó el 39 por ciento del total de asegurados cotizantes activos en 2022 (asegurados directos activos), el 11 por ciento corresponde a pensionistas, el 29 por ciento a los familiares de los asegurados directos y el restante a asegurados por cuenta del Estado y pensionistas (Caja Costarricense de Seguro Social 2021a) (cuadro 2).

▶ Cuadro 2. Costa Rica. Población asegurada según condición de aseguramiento en el Seguro de Salud 2022

Condición de aseguramiento	Núm. de personas	Porcentaje
Aseguramiento directo contributivo	1 874 909	36%
Aseguramiento directo por cuenta del Estado	834 357	16%
Dependientes de aseguramiento directo	1 394 714	27%
Otras formas de seguro (estudiante)	64 072	1%
Aseguramiento de personas pensionadas	534 879	10%
Dependientes de personas pensionadas	102 767	2%
Seguro privado o del extranjero	11 232	0%
Total población asegurada	4 816 930	92,18%
Población no asegurada	396 550	7,6%

Fuente: CCSS División actuarial (2023)

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1), estimado por OMS para todos los países, es elevado (0,78) y se encuentra muy cercano al promedio de la región y similar al grupo de países con ingresos medios y altos. La cobertura de servicios esenciales ha mejorado de forma progresiva a través del tiempo. Este indice de cobertura de servicios esenciales correspondiende del ODS 3.8.1 medido por la OMS pasó de 65 por ciento en 2000 a 78 por ciento en 2019.[95] Los mejores resultados se presentan en la cobertura de servicios de enfermedades infecciosas, prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil y en la capacidad resolutiva de los servicios de salud (Naciones Unidas 2023). El Instituto de Estadística y Censos de Costa Rica reporta para esta meta el porcentaje de la población asegurada con base en la encuesta de hogares; este porcentaje se estimó entre 84,4 por ciento y 85,7 por ciento entre 2015 y 2020.

La atención de la salud materna e infantil evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. En el año 2019, el 99 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, cifra que se ha mantenido en altos niveles durante los últimos veinte años, lo cual evidencia un buen nivel de acceso a servicios de salud en el país (Banco Mundial 2023).

Dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran enfermedades no transmisibles, tales como enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes. Un aspecto importante por considerar es el envejecimiento de la población; para el 2050 se calcula que las personas mayores a 65 años corresponderán al 25 por ciento de la población total. Con esta situación se prevé un aumento de enfermedades asociadas al envejecimiento de la población, factor que redunda en una mayor presión económica sobre el sistema. Cabe mencionar que en Costa Rica, la cobertura efectiva de protección a la vejez mediante sistemas de pensiones contributivos y no contributivos alcanza solo el 56,2 por ciento de las personas adultas mayores (OIT 2023), lo que crea poco espacio para que los hogares asuman los gastos asociados con necesidades de cuidados de largo plazo, por ejemplo.

Entre las principales causas de mortalidad durante el primer semestre de 2022 sin diferenciación de sexo, se encuentran enfermedades del sistema circulatorio (26 por ciento) y tumores (19 por ciento). En este mismo periodo destacan, dentro de las diez primeras causas de mortalidad, enfermedades como COVID, insuficiencia renal, diabetes y los grupos ya mencionados: tumores (estómago, próstata) y enfermedades cardiovasculares como hipertensión e infarto (INEC Costa Rica 2022).

[95] El ICSE se basa en un conjunto de 14 indicadores agrupados en cuatro grandes componentes: a) salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; b) enfermedades infecciosas; c) enfermedades no transmisibles y d) capacidad de servicio y acceso.

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en Costa Rica fue del 20,3 por ciento en 2020, porcentaje que se encuentra en el límite del valor sugerido por las recomendaciones internacionales para no generar cargas financieras excesivas a los hogares. Este indicador ha mantenido una tendencia a la baja, pues en 2010 se ubicaba en el 25 por ciento del gasto total (OMS 2022). El gasto promedio por persona fue de 953 dólares, muy superior a los 696 dólares que en promedio se gasta en América Latina. En Costa Rica se ha identificado que el gasto catastrófico en salud de los hogares pasó del 9,8 por ciento en 2013 al 12,2 por ciento de la población en 2018. Además, se estima que el 2 por ciento de la población cayó bajo la línea de pobreza por efectos del gasto en salud (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica 2022). Estos elementos reflejan las barreras financieras a las que se enfrentan los hogares para acceder a los servicios de salud.

El gasto directo de los hogares en salud se compone principalmente de productos médicos tales como productos farmacéuticos y equipos de terapia, atención curativa y los servicios auxiliares (OPS 2019). Los medicamentos, insumos farmacéuticos y dispositivos médicos representan el 72 por ciento del gasto de bolsillo, la consulta médica el 18 por ciento y la diferencia corresponde a hospitalización y exámenes. Como proporción del gasto de bolsillo, la participación del rubro de medicamentos e insumos farmacéuticos se ha incrementado del 45 por ciento en 2004 al 57,4 por ciento en 2018 (Zúñiga 2022).

Del gasto total en medicamentos a nivel nacional, los hogares financian de forma directa en promedio el 59,1 por ciento, lo que ubica a Costa Rica como el cuarto país con más gasto de bolsillo en medicamentos relativo en la región (OPS 2022; Vargas *et al*. 2022).

De acuerdo con el nivel de ingresos, los hogares del quintil 5 gastan en salud el 7 por ciento de su gasto de consumo mensual (2019), mientras que el quintil 1 gasta el 2,8 por ciento de su presupuesto mensual. En el área urbana, los hogares destinan el 5,7 por ciento de su gasto mensual a bienes y servicios de salud; mientras en el ámbito rural esta proporción es del 4,9 por ciento (INEC Costa Rica 2019).

En Costa Rica el 1,1 por ciento de la población (2018) exhibe gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar (ODS 3.8.2). Esta medida de protección financiera ubica al país en una mejor posición que el promedio de América Latina. Cuando se considera como umbral el 10 por ciento de los ingresos familiares, el 7,4 por ciento de los hogares tienen un gasto en salud que supera ese porcentaje, nivel que está por debajo de la media regional (8,7 por ciento) (Naciones Unidas 2023).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

La dotación de recursos para la prestación de servicios de salud tiene niveles por debajo de países de la región y de la OECD. Costa Rica cuenta con 1,1 camas por cada 1 000 habitantes (2019), lo que lo sitúa entre los países de América Latina con menor dotación de este recurso (Banco Mundial 2022). En cuanto a las camas dirigidas a cuidados intensivos (UCI), hay 2,7 por ciento mil habitantes, menor a las 9,1 en América Latina y 12 en la OCDE (Pacheco Jiménez y Intriago Henríquez 2022). El número de enfermeras es también limitado, pues presenta una media de 3,4 enfermeras por cada 1 000 habitantes, nivel que se encuentra por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (4,5 enfermeras por cada 1 000 personas) y de la OECD (10,4 enfermeras). La disponibilidad de médicos registra niveles más elevados, con un total de 2,9 médicos por cada 1 000 habitantes, lo que cumple con los mínimos recomendados por la OMS, pero en niveles inferiores a la media de la región (Banco Mundial 2022).

Aunque el nivel de cobertura en salud de Costa Rica es alto, presenta algunas dificultades en términos de acceso oportuno a los servicios de salud. En los últimos años el problema de las listas de espera para servicios ambulatorios y cirugías electivas se ha convertido en un tema de alto interés público. Antes de la pandemia de la COVID 19, los tiempos de espera para cirugías electivas superaban un año; un tercio de los pacientes ha esperado más de 540 días y, en el caso de cirugías pediátricas, puede superar los 700 días (OECD 2017). Como resultado de la pandemia, solo en 2020, se realizaron un 60 por ciento menos de cirugías que las previstas. La situación ha llevado a implementar planes para la reducción de los tiempos de espera. Otro camino que se ha propuesto recientemente es la contratación de terceros para la reducción de listas de espera en procedimientos quirúrgicos y consulta a especialistas.

4.5. Aceptabilidad y calidad

La calidad como un principio del sistema y de la prestación de los servicios, así como parte de la responsabilidad del Ministerio de Salud se encuentra como denominador común en la normativa del país; sin embargo, no se ha evidenciado una implementación de su gestión a través de acciones concretas. Previamente se ha documentado la falta de continuidad en iniciativas para mejorar la calidad y la eficiencia, entre ellas la adopción de un sistema de Grupos Relacionados de Diagnóstico GRD o de acreditación (OECD 2017).

Una de las más recientes iniciativas del Ministerio de Salud es la elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica, que tiene como objetivo dirigir acciones para asegurar la calidad en los servicios de salud públicos y privados, al igual que propiciar la mejora continua de los servicios de atención.

Como un criterio en la evaluación de la prestación de servicios de salud, se mide el desempeño de la atención primaria a través de indicadores en los dominios de acceso, continuidad, efectividad, eficiencia, satisfacción del paciente y competencia organizacional (OMS et al. 2020).

Por otro lado, los avances del sistema de salud en temas de calidad se han registrado principalmente a partir del 2007 con la publicación de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente por la CCSS. A partir de este se han implementado iniciativas como la creación de normativa y protocolos que buscan el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios, la publicación del manual de autoevaluación y la aplicación de programas de capacitación en temas de calidad y seguridad del paciente.

En el año 2019, se evaluaron 22 indicadores sobre coberturas de atención y control óptimo de obesidad, hipertensión, morbilidad materna infantil y cáncer. Los resultados se muestran por Redes de Atención Integradas de la Salud, por áreas de salud y por quintiles. En términos generales, seis de las siete redes cuentan con la mayoría de sus indicadores entre el quintil 3 y 5; es decir, con buenos resultados. Solo una de las redes tiene todos sus indicadores de calidad de atención por debajo del quintil tres. Un resultado favorable en la mayoría de redes se evidencia en los indicadores de captación temprana de menores de un año, tamizaje y manejo adecuado de la anemia en niños, tamizaje de VDRL en embarazadas, captación temprana de posparto y control óptimo de tensión arterial en diabetes mellitus tipo 2. Algunos ámbitos que requieren mejora son la atención de embarazadas y control óptimo de enfermedades crónicas no transmisibles, aunque cada RIPSS tiene diferentes oportunidades de mejora en sus indicadores de calidad (Caja Costarricense de Seguro Social 2020).

Entre 2000 y 2019 la OMS ubicó a Costa Rica con una evaluación similar a la de los países europeos (78 por ciento y 79 por ciento Costa Rica y los países europeos, respectivamente) a partir de su desempeño en salud reproductiva, tratamiento de enfermedades trasmisibles y no transmisibles, enfermedades no infecciosas, así como capacidad de servicio y acceso (Programa Estado de la Nación 2022).

En relación con el avance en la salud digital, en los resultados de la Tercera Encuesta Global sobre Cibersalud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, se detaca a Costa Rica como un país que cuenta con políticas y estrategias de cibersalud y regulación de datos en el sector salud; con implementación de telesalud y sistemas de registro electrónico en salud (CEPAL 2021). Un logro importante en salud digital es la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) por la CCSS, que fue creado por la ley del Expediente Único en Salud en 2013 como un repositorio de los datos del paciente. Actualmente, va más allá de ser un repositorio y es una plataforma tecnológica con varias aplicaciones informáticas que han contribuido a incrementar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. El EDUS está conformado por el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF), el Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) (Cabello 2020).

5. Desafíos

El sistema de protección social en salud de Costa Rica enfrenta como principal reto adoptar nuevas estrategias para satisfacer la transición demográfica y epidemiológica de la población. Esto implica principalmente, una adecuación de la oferta de servicios para que la población pueda acceder a prestación con calidad y oportunidad, sin presentar riesgos financieros.

Pese a que existe un modelo de aseguramiento único universal, cerca del 10 por ciento de la población no está asegurada, lo cual supone un reto importante en términos de cobertura. En este grupo se encuentra población con capacidad de pago, población migrante y una proporción menor de trabajadores en la economía informal. Para la mayoría de la población que sí está asegurada, el problema principal es de suficiencia de la atención, expresada principalmente en los tiempos y listas de espera.

El fortalecimiento de la rectoría es otro desafío relevante del sistema. Se requiere mejorar la coordinación y articulación entre los actores del sistema de salud. Esto implica una mayor vinculación del ente rector de la salud en la organización y planificación del asegurador único y la generación de mecanismos de evaluación del desempeño.

6. Principales lecciones aprendidas

- La adopción de una nueva institucionalidad en salud requiere un proceso de consolidación a largo plazo. Costa Rica cuenta con un sistema de aseguramiento universal único por décadas que se ha ido fortaleciendo con los años, realidad que permite concluir sobre la necesidad de contar con esfuerzos sostenidos y de largo plazo tanto para la implementación como para la consolidación de los procesos de reforma en salud y para contar con resultados favorables en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud.
- La adaptación de los servicios a las necesidades crecientes y cambiantes de la población debe ser considerada. En ese sentido, Costa Rica ha realizado esfuerzos importantes en las últimas décadas para contar con una oferta adecuada de servicios. Sin embargo, las demoras en las mejoras para la oferta de ciertos servicios, particularmente de cirugías electivas y algunas especialidades, pueden crear una demanda insatisfecha por las limitaciones en el acceso a los servicios de salud; lo cual se traduce en la existencia de listas de espera que motivan a la población a la compra de servicios privados de salud y perjudican la imagen del sistema.
- La incorporación del enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud ha generadomejores resultados en salud. Costa Rica, sin tener el nivel de gasto en salud más alto de la región, mantiene indicadores de estado de salud de la población que son comparables con países desarrollados. En parte, esto puede estar relacionado a su alto enfoque en la atención primaria de salud y con el desarrollo de una fuerte red de servicios de primer nivel de atención en salud que inició en la década de los años noventa y que está altamente consolidada.

Referencias

Banco Central de Costa Rica. 2023. «Indicadores económicos. Producto Interno Bruto». https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Cuadros/frmVerCatCuadro.aspx?idioma=1&CodCuadro=%205782.

Banco Mundial. 2022. «DataBank | The World Bank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

———. 2023. «Births attended by skilled health staff (% of total) ». https://data.worldbank.org.

Cabello, S. 2020. «El Expediente Digital Único en Salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social». *Experiencias de Seguridad Social*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3658/el-expediente-digital-unico-en-salud-de-la-caja-costarricense-de-seguridad-social.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social). 2020. *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020*. https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3647/informeservicios2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

———. 2021a. *Memoria institucional 2021*. https://www.ccss.sa.cr/arc/memoria-institucional/2021.pdf.

———. 2021b. *Servicios de salud de la CCSS*. https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2023/01/1411945/organizacion-y-establecimientos-de-salud-de-la-ccss-al-31-12-2021.pdf.

———. 2023. *Liquidaciones presupuestarias de los años 2021-2022. Formulación presupuestaria 2023*.

CCSS, División Actuarial. 2023. «Medición de la desigualdad de ingresos a partir del uso combinado de fuentes de información».

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2021. *Tecnologías digitales para un nuevo futuro* (LC/TS.2021/43). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46816/1/S2000961_es.pdf.

Centro de Investigaciones y Estudios Políticos. 2022. *Encuesta continua en el marco de acuerdo con Tribunal Supremo de Elecciones*. Universidad de Costa Rica.

Desai, E., J. Ross, N. R. Velázquez, O. Bernal, J. Wiken, Z. Siam, D. Schwarz y M. V. Uribe. 2022. *Análisis de la capacidad de la atención primaria de salud en la región Huetar Atlántica de Costa Rica*. https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2022/08/CostaRica-Report-08-12-2022-SP-Pages.pdf.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2019. «Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares». https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-ingresos-gastos-los-hogares.

———. 2022. «Estadísticas Demográficas. Mortalidad general, materna, infantil, neonatal y fetal. Datos preliminares». https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas.

———. 2023. *Encuesta Nacional de Hogares ENAHO*.

Jiménez, J. F. P. y R. Alvarado-Prado. 2022. *Financiamiento del Sistema de Salud en Costa Rica. Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional*. https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/19250.pdf.

Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. 1943. https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/875/Ley%20constitutiva%20de%20la%20caja%20costarricense%20de%20seguro%20social.pdf.

Martínez Franzoni, J. 2023. *Estimaciones del mercado laboral en base a datos del INEC*.

Martínez Franzoni, J. y D. Sánchez-Ancochea. 2016. *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas and Architectures*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781316410547.

Naciones Unidas. 2023. *Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico. Datos, estadísticas y recursos institucionales para el seguimiento de la Agenda 2030*. https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2017. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. Costa Rica. Evaluación y recomendaciones*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/oecd-reviews-of-health-systems-costa-rica-2017_g1g81564/9789264281653-en.pdf.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la Protección Social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. *Prestación de servicios de salud de calidad. Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. OMS, OCDE y Banco Mundial. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906.

———. 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2019. *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590.

———. 2022. *El sistema de salud costarricense: ¿cuánto se gasta, qué se consume y quién paga?* OPS y OMS. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) y Ministerio de Salud de Costa Rica. 2022. *El sistema de salud costarricense: ¿Cuánto se gasta, qué se consume y quién paga? Informe de cuentas de salud de Costa Rica, 2017-2019*.

Pacheco Jiménez, J. F. y D. Itriago Henríquez. 2022. *Seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud*. San José, C.R.: PEN. https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/8394.

PEN (Programa Estado de la Nación). 2022. *Informe del Estado de la Nación (CONARE)*.

Reglamento del Seguro de Salud, 7082. 2022. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&nValor3=0&strTipM=TC#:~:text=Todo%20asegurado%20es%20igual%20ante,tipo%20de%20padecimiento%20o%20enfermedad.

Vargas, V., M. Rama y R. Singh. 2022. *Pharmaceuticals in Latin America and the Caribbean: Players, Access, and Innovation Across Diverse Models*. Working Paper. Banco Mundial. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36871.

Zúñiga, M. P. 2022. *Gastos de bolsillo privado, gastos catastróficos y empobrecedores en salud*. IICE. https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/86818/informe_GB_GC_%26_info_PaolaZuniga_vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Juliana Martinez. Con el beneficio de los aportes de Fabio Durán y Lou Tessier.

En camino a la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Cuba

©Freepik

1. Introducción

En 2022, Cuba contaba con una población total de 11 089 millones de habitantes, y el 77 por ciento era población urbana. En 2021, la población de más de 65 años de edad representaba el 15,7 por ciento de la población total, lo que implica un aumento de 5,8 puntos porcentuales con respecto a 2000. En 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19, la economía registró una caída significativa del 10,9 por ciento del nivel de actividad en términos reales, que no logró compensarse con la posterior recuperación en 2021 (del 1,3 por ciento); en 2022, el PIB creció un 1,8 por ciento, pero el nivel del PIB se retrotrajo a las cifras de 2018. En 2020, según datos del Banco Mundial, el nivel del PIB per cápita ascendió a 9 499 dólares de los Estados Unidos. Durante el periodo 2000-2021, el país aumentó su puntuación en el Índice de Desarrollo Humano, al pasar de 0,693 a 0,764 (PNUD 2022).

El sistema cubano de salud opera apoyándose en el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos y cubanas tienen derecho a servicios integrales de salud financiados con recursos del Estado. El sistema se caracteriza por ser único, gratuito y de acceso universal; su estrategia principal se centra en la atención primaria de salud, y su línea principal de desarrollo es la prevención. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), que concentra los recursos y la operación de los servicios en todos sus niveles (Domínguez Alonso y Zacca 2011) (Santana Espinosa *et al*. 2018). A finales de la década de 1980, los indicadores de salud en Cuba figuraban entre los mejores de América Latina, pero se deterioraron durante varias crisis económicas. Después de la crisis económica de la década de 1990, tras el colapso de la Unión Soviética, tuvo lugar una modesta recuperación a principios del siglo XXI, antes de producirse otra crisis económica entre 2019 y 2022, por lo que, actualmente, muchos indicadores muestran un menor desempeño que antes de la crisis de los años 90 (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

2. Contexto

Después del triunfo de la Revolución en 1959, el SNS cubano se ha guiado por principios que incluyen: i) la atención de la salud como un derecho de todas las personas por igual y de forma gratuita; ii) la atención de la salud como responsabilidad del Estado; iii) la integración de los servicios preventivos y curativos; iv) la participación del público en la gestión del sistema de salud, su desarrollo y su funcionamiento; v) la integración de las actividades de atención de la salud con el desarrollo económico y social, y vi) la cooperación

sanitaria a nivel mundial como obligación fundamental del sistema de salud y de sus profesionales.[96] A fin de lograr un sistema de atención de salud universal basado en tales principios, fue necesario extender los servicios de salud a las áreas rurales a través del Servicio Médico Rural, desarrollar una red de atención primaria de salud a nivel nacional, y formar a suficiente personal médico y trabajadores de la salud (Di Fabio J.L. *et al.* 2020). Se creó un sistema de policlínicos «integrales» basados en la comunidad, que brindaban atención primaria, servicios especializados, exámenes de laboratorio, promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad.

En 1984 se lanzó el Programa del médico y la enfermera de la familia para mejorar el estado de salud de la población. Este contempla acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente, teniendo en cuenta las características inherentes de la atención primaria de salud. La atención está orientada a las personas, la familia y la comunidad en los ámbitos de su vida diaria. Estas acciones intersectoriales han contribuido a que Cuba alcance indicadores de salud significativos a nivel mundial (Di Fabio *et al*. 2020)

La severa crisis de los años 90 causó un deterioro en los indicadores de salud, lo que también ocurrió durante la crisis de 2019-2023. La escasez de recursos reduce las posibilidades de mantener el sistema, preservar la infraestructura y garantizar la retención del personal médico (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

El país atraviesa una transición demográfica avanzada, que se caracteriza por una tasa de fecundidad muy baja y una tasa de mortalidad baja ajustada por edad. Esta tendencia va acompañada de una transición epidemiológica con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles. En 2019, la distribución porcentual de las causas de muerte fue del 83,3 por ciento para las enfermedades no transmisibles, del 9,2 por ciento para las enfermedades transmisibles y del 7,5 por ciento para las causas externas (Domínguez Alonso y Zacca 2011). La prevalencia del tabaquismo entre las personas adultas en Cuba es una de las más altas del mundo, lo que explica las elevadas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón. Las implicaciones del cambio demográfico para el gasto en salud plantean problemas de sostenibilidad, ya que el perfil de enfermedades de las personas adultas mayores está dominado por enfermedades degenerativas y terminales que son más costosas de tratar.

3. Diseño del sistema de protección social en salud

3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

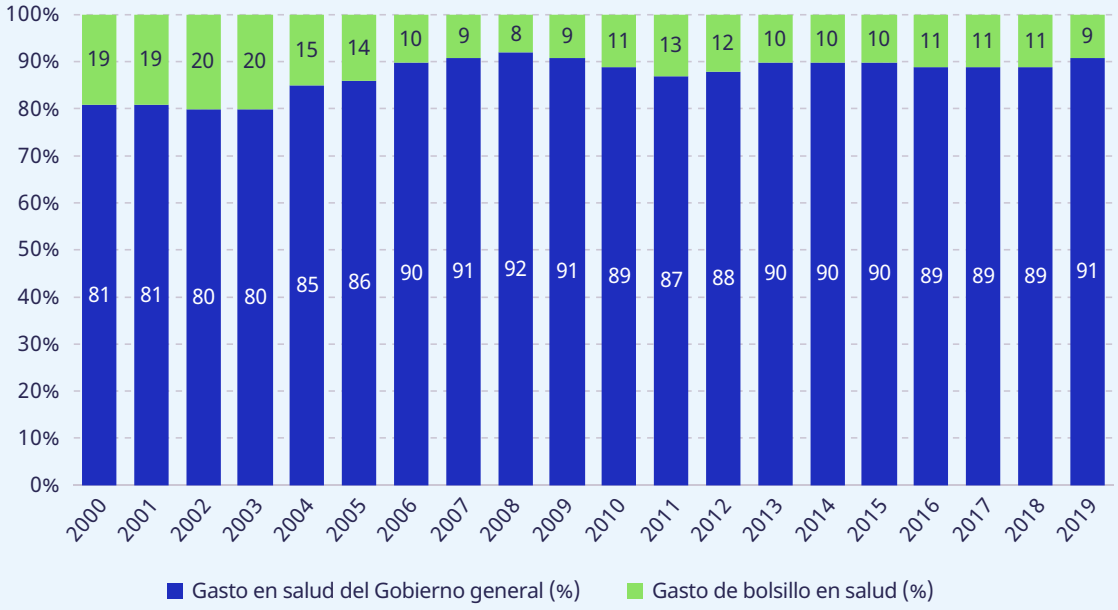
De forma agregada, la participación del gasto en salud en Cuba como proporción del PIB en 2020 superó el 12 por ciento, el porcentaje más alto de América Latina, si bien se experimentó una reducción en 2022. En 2020, el gasto per cápita en salud se situó en 1 186 dólares de los Estados Unidos (OMS 2022). El componente de gasto público en salud representó el 91,0 por ciento del gasto corriente en salud (OMS 2022). Se observa un crecimiento importante del gasto público per cápita en dólares corrientes entre 2012 y 2016, seguido de un estancamiento hasta alcanzar un total de 1 080 dólares de los Estados Unidos per cápita en 2020 (OMS 2022). El gasto privado comprende únicamente el gasto de bolsillo de los hogares y ascendió al 8,9 por ciento del gasto corriente en salud en 2020 (OMS 2022), uno de los porcentajes más bajos de la región.

[96] Estos principios están plasmados en la Constitución de la República de Cuba y en la ley de la Salud Pública (ley No 41 de 1983) (Constitución de la República de Cuba s. f.).

ii) Flujos financieros del sistema

El gráfico 1 que figura a continuación resume los principales flujos financieros del sistema. Caber destacar que no existe separación de funciones entre comprador y prestador en el SNS. En términos generales, se observa la existencia de un sistema único e integrado de salud, excepto en el caso de las Fuerzas armadas y de seguridad interna, que tienen sus propios hospitales y personal; en muchos hospitales existen salas especiales para turistas que pagan en divisas por los servicios y obtienen atención adicional (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

▶ Gráfico 1. Estructura del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento en Cuba, 2000-2020

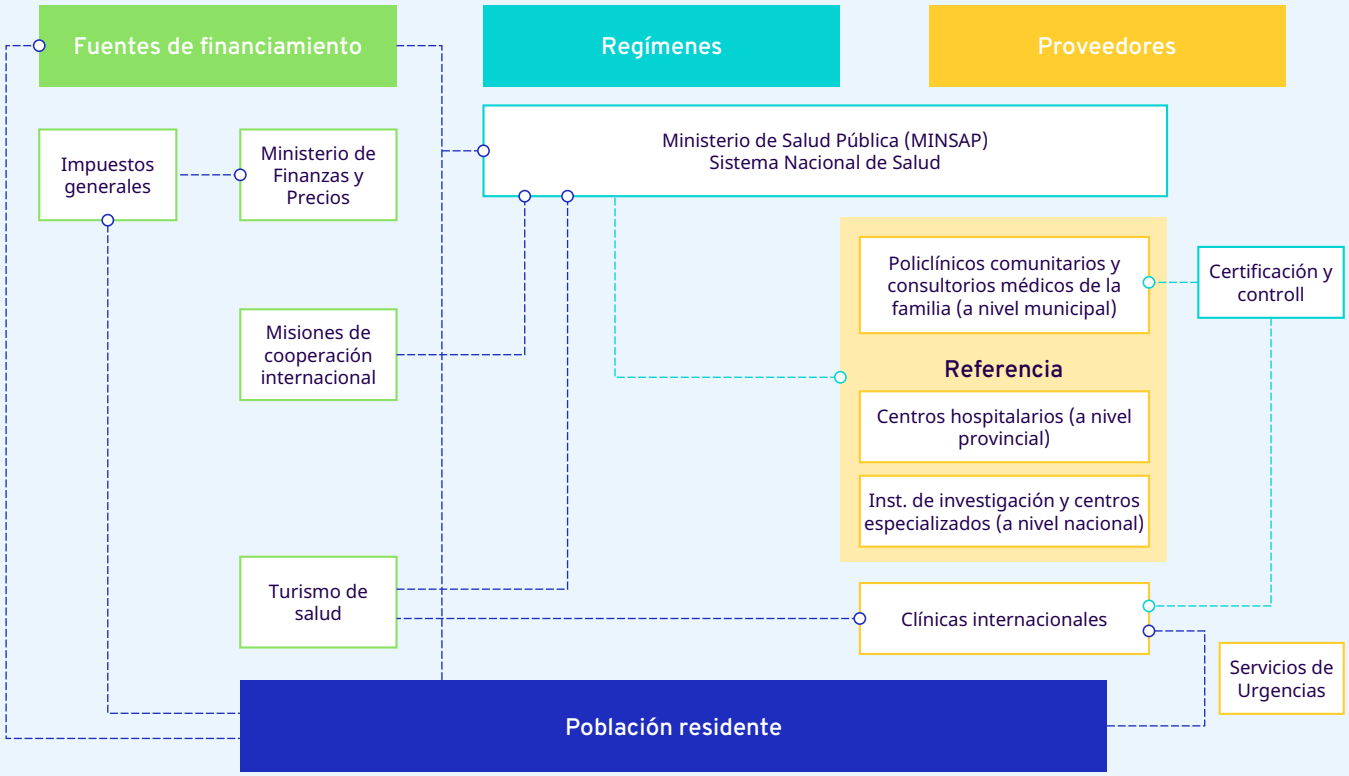


Fuente: OMS (2022)

iii) Fuentes de financiamiento

El sistema de salud cubano se financia con recursos del Estado, con una ayuda sustancial de la exportación de servicios del personal de salud, que es su fuente principal de divisas (Domínguez Alonso y Zacca 2011). Se articula apoyándose en el MINSAP, que distribuye los fondos entre los distintos niveles y unidades de atención, a través de las asambleas provinciales y municipales (González *et al*. 2018) (diagrama 1).

▶ **Diagrama 1. Cuba. Principales flujos financieros**



Fuente: Elaboración propia.

3.2. Gobernanza

En Cuba, el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. El MINSAP es el organismo rector del SNS. Desempeña funciones normativas, de coordinación y de control de la política del Estado en todos los aspectos relativos a la salud pública (Domínguez Alonso y Zacca 2011). En lo referente a la estructura del sistema, el país cuenta con tres niveles administrativos: nacional (al cual se subordinan las direcciones provinciales y municipales) provincial y municipal. A su vez, desde el punto de vista administrativo, las direcciones provinciales y municipales de salud se supeditan a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de las administraciones locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza de trabajo y el mantenimiento (Galeano Zaldíva y Esquenazi Borrego 2018).

El modelo de atención integral incluye a la comunidad como otro actor importante en la prestación de atención de salud, pero el sistema centralizado otorga al Estado la facultad de tomar decisiones fundamentales. Varias acciones secundarias se realizan a nivel de la comunidad, conjuntamente con los actores ministeriales, a través de las organizaciones de masas,[97] como las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) o los Comités de Defensa de la Revolución (CDR).[98] La comunidad participa activamente en la realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación y promoción de la salud, entre otras (Di Fabio *et al*. 2020).

[97] Las acciones comprenden la exhortación y la ayuda para la vacunación, educación en materia de salud, información y control de la asistencia social, etc.

[98] La FMC es una organización fundada en 1960 que tiene como objetivo la igualdad y la emancipación de la mujer. Por su parte, los CDR se fundaron en 1960, con el mandato de desempeñar tareas de vigilancia colectiva en defensa del Gobierno cubano. También participan en tareas de salud, de higiene, de apoyo a la economía y de fomento de la participación ciudadana. Cada cuadra tiene su propio CDR, y los presidentes de los CDR de cada cuadra conforman el CDR del barrio, el de la provincia y el nacional. Estas organizaciones han disminuido en número e importancia a lo largo de los años.

Además, desde 2011 existe la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos (CSMC S.A.), que es la empresa encargada de comercializar los servicios médicos y académicos; tiene como mandato la exportación de servicios profesionales médicos y de salud cubanos, y el aseguramiento del turismo de salud. La empresa ofrece servicios de salud asociados a productos ópticos, farmacéuticos, y de medicina natural y tradicional; servicios médicos y salud en frontera; servicios de salud para el bienestar y la calidad de vida en Cuba; servicios profesionales médicos y de salud en el exterior; servicios académicos, docentes y de eventos científicos dentro del perfil de la salud, y servicios médicos asistenciales en Cuba.[99]

3.4. Cobertura legal y elegibilidad

La Constitución de la República de Cuba de 2019 establece, en su artículo 72, que «La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación».

El SNS de Cuba cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación legal de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud, y de brindar una cobertura a toda la población (Domínguez Alonso y Zacca 2011).[100] Tal como prevé la ley de la Salud Pública (ley No 41 de 1983) en su artículo 14, «Los ciudadanos extranjeros que residen permanentemente en el territorio nacional, reciben los mismos cuidados preventivos y curativos que Ios ciudadanos cubanos». Para los turistas existen seguros gestionados por la administración pública (Valdrés López *et al*. 2021).

3.5. Beneficios

El SNS cubano, de conformidad con la ley No 41 de 1983, garantiza el acceso de forma gratuita a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias (Domínguez Alonso y Zacca 2011). Los servicios médicos incluidos comprenden la asistencia hospitalaria (tanto a pacientes internados como ambulatorios), y contemplan las tecnologías más complejas, la atención primaria en los policlínicos, los consultorios del médico de la familia y los hogares maternos. También se incluyen todas las actividades disponibles de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación (Galeano Zaldívar y Esquenazi Borrego 2018).

El cuadro Básico de Medicamentos y Productos Naturales (CBM) conforma el listado de medicamentos cubiertos por el SNS; se revisa y actualiza anualmente y se aprueba por Resolución Ministerial. En 2020, el CBM estaba constituido por 619 renglones, de los cuales 263 medicamentos eran importados (el 42 por ciento) y 356 (el 58 por ciento) eran de producción nacional. Se incorporaron 172 renglones de productos naturales (semisólidos, jarabes y tinturas), de los cuales 111 son de producción local y 61 de producción industrial. El Estado subvenciona una parte significativa del precio de los medicamentos de uso ambulatorio, mientras que los servicios hospitalarios son gratuitos en los programas especiales (como embarazo, oncología, tuberculosis, VIH-Sida) y para las personas de escasos recursos (OPS y OMS s. f.).

En relación con los cuidados de maternidad, estos están asegurados en el capítulo II, «De la Atención Materno Infantil» de la ley No 41 de 1983. El artículo 23 establece que «El Sistema Nacional de Salud garantiza la atención médica a toda mujer gestante mediante las consultas prenatales en la atención ambulatoria, las consultas especializadas para gestantes de riesgo, los hogares maternos, hospitales u otros servicios especializados». De forma complementaria a las prestaciones de salud, existen prestaciones monetarias, como la licencia por maternidad en los casos en que la mujer estuviera empleada 12 meses antes del embarazo.

---

[99] Véase: https://www.smcsalud.cu/somos-smc.

[100] Ley No 41 de 1983, artículo 4: «La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basan en:
a) el reconocimiento y garantía del derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional;
b) el carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica, de acuerdo con las regulaciones que al efecto se establecen (...)».

Existen también varios programas de transferencias monetarias que tienen como objetivo brindar asistencia económica y social a la población más vulnerable y completan la gratuidad de los servicios de salud. Tal es el caso del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI),[101] el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF),[102] el Programa de Asistencia Social destinado a las personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables que no tienen suficientes ingresos para satisfacer sus necesidades básicas, y el Programa Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad, que proporciona asistencia financiera para ayudar a cubrir los gastos asociados con la discapacidad.

En cuanto al turismo de salud, las prestaciones varían en función de los contratos suscritos con la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos.

3.6. Prestación de servicios

Se establece por ley que el Estado cubano es el único responsable de prestar servicios de salud a todo el país, sin excepción. Esto significa que la prestación privada de servicios de salud está prohibida. El SNS cuenta con tres niveles de atención:

- En el primer nivel se encuentra una red de policlínicos comunitarios y consultorios médicos de la familia, distribuidos por todo el territorio, cuya célula principal son los consultorios que cuentan con el personal médico y de enfermería necesario en vinculación directa con la población.[103] De este modo, se pone énfasis en la medicina preventiva, la higiene, la alimentación, la práctica deportiva y la lucha contra los factores de riesgo. La prevención constituye la «piedra angular» del sistema de salud cubano. Cada núcleo familiar cubano – sea cual fuere su estado de salud – recibe una visita regular del médico (se estiman dos visitas por semana). Este modelo ha mostrado su eficacia particularmente en los sectores de la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades epidémicas. Las unidades del primer nivel se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal.

- Además, el SNS dispone de centros hospitalarios en el segundo nivel de atención, los cuales dependen del nivel provincial, y de instituciones de investigación y atención, así como de centros especializados en el tercer nivel (que dependen del Gobierno nacional) (González *et al*. 2018) (Lamrani S. 2021).

- Los institutos de investigación de subordinación nacional constituyen centros de alto desarrollo científico-técnico en alguna especialidad de las ciencias de la salud. Estos centros actúan como instituciones de investigación, formación docente, asistencia médica, de servicio y de desarrollo de la especialidad en el SNS (OPS y OMS s. f.).

Existen también clínicas y salas especiales en hospitales que no son gratuitas para los extranjeros, donde los turistas pagan un seguro con el fin de poder someterse a diferentes tipos de operaciones o tratamientos en la isla. El turismo de salud es una fuente de recursos del Estado cubano (Valdrés López *et al*. 2021).

[101] Este programa, dirigido a las mujeres embarazadas, las madres lactantes y las personas menores de 6 años, tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de estos grupos.

[102] Este programa se centra en la promoción de la educación y la salud de las familias cubanas. Brinda apoyo financiero y material para mejorar el bienestar de la familia.

[103] Se incluyen también en este nivel otras instituciones, como los hogares maternos, los hogares de ancianos, las casas de abuelos y las clínicas estomatológicas, entre otros.

4. Resultados

4.1. Cobertura de la población

De conformidad con la legislación, toda la población está cubierta por el SNS y puede hacer uso de sus prestaciones e instalaciones. Sin embargo, no hay estadísticas oficiales publicadas sobre el porcentaje de cobertura de la población total por el SNS.

4.2. Utilización de los servicios de salud

Los indicadores de salud mostraron una mejora constante antes de la crisis de los años 90, que tuvo un impacto negativo en ellos. Después de experimentar una mejora tras superar esta crisis, concomitante con la pandemia de COVID-19, algunos indicadores se deterioraron nuevamente (ONEI 2023). No obstante, en 2019, el índice de cobertura de servicios de salud esenciales (ODS 3.8.1) de Cuba se situó en 0,80, por encima del promedio de la región de las Américas (0,77). Los mejores resultados se presentan en los subindicadores de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, que se sitúan en 0,89, y de capacidad y acceso (0,92), aunque en ambos casos se observa un deterioro o estancamiento en los últimos años (OMS 2024).

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, según datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de 2019, realizada por el UNICEF, el 53 por ciento de los niños y niñas de 0-59 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas solicitó asesoramiento o tratamiento en las instituciones y proveedores públicos y el personal de salud, mientras que el 38,8 por ciento no realizó ninguna consulta. El porcentaje de consulta se eleva al 89,6 por ciento para los síntomas de infección respiratoria aguda y al 84,9 por ciento en el caso de fiebre (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y UNICEF 2020). Una medida utilizada para evaluar el acceso a la atención de salud se basa en las consultas médicas realizadas. En 2020, en Cuba se registraron 9,1 consultas médicas per cápita (el promedio de la OCDE fue de 6,6), correspondiendo 7,9 a consultas externas y 1,2 a cuerpo de guardia. Dentro de las consultas externas, el 94,1 por ciento corresponden al nivel de atención primaria de salud (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud Pública 2021).

Durante decenios, Cuba ha mostrado progresos continuos en sus indicadores de salud materno infantil, entre los que destaca la disminución de las tasas de mortalidad infantil entre 1990 y 2020, seguida de un crecimiento en los últimos años con estadísticas disponibles (ONEI 2023), que está relacionado con la difícil situación económica que afecta a los hogares) (González 2015). Los factores que contribuyeron a alcanzar estos progresos incluyen amplios programas de vacunación, la disponibilidad de atención prenatal para las mujeres embarazadas, los partos en instalaciones hospitalarias y los servicios neonatales posparto. Con el fin de reducir la tasa de mortalidad materna, existe un programa nacional, implementado desde la década de 1980, para detectar malformaciones congénitas y alentar a las mujeres embarazadas a someterse a abortos terapéuticos cuando se detectan anomalías — así, Cuba registra la tasa de aborto más alta de la región (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021). En 2019, el 99,9 por ciento de los partos fueron atendidos por personal capacitado (Perfil de País - Cuba s. f.). En 2015, Cuba se convirtió en el primer país del mundo en validar la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita (Santana Espinosa *et al*. 2018).

4.3. Protección financiera

En 2020, el gasto de bolsillo en salud representó el 8,9 por ciento del gasto corriente en salud (OMS 2022). La participación del gasto privado en el gasto corriente en salud ha disminuido desde 2000, año en que ascendió al 16,2 por ciento; sin embargo, se ha mantenido constante como proporción del PIB (OMS 2022). El gasto de bolsillo en que deben incurrir los usuarios del SNS en Cuba es relativamente bajo en el contexto regional. Se vincula con la atención ambulatoria, principalmente los medicamentos, y no está relacionado con programas especiales, ni con la adquisición de prótesis auditivas y ortopédicas, sillas de ruedas, muletas, bastones y lentes para la vista, los cuales se venden en todos los casos a precios subvencionados por el Estado.

Al mismo tiempo, una de las particularidades del sistema de protección social en salud cubano es que las familias de bajos ingresos pueden recibir ayudas monetarias y en especie, que incluyen los medicamentos (Galeano Zaldívar y Esquenazi Borrego 2018).

Si bien el sistema garantiza la gratuidad de los servicios, durante la crisis más reciente hubo pruebas de pagos informales por parte de los pacientes al personal de salud, a fin de obtener acceso más rápidamente (debido a las prolongadas listas de espera), y mejor atención (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021). De manera análoga, se señaló que, en algunos casos, la escasez de recursos ha dado lugar a que las familias deban proporcionar recursos durante la hospitalización, tales como sábanas, almohadas, toallas, comida y medicamentos (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

La asistencia médica en Cuba se brinda a través de una red de 150 hospitales, 12 institutos de investigación, 7 unidades de subordinación nacional y 449 policlínicos (cuadro 1). Asimismo, se brinda atención en 113 clínicas estomatológicas, 157 hogares de ancianos, 300 casas de abuelos, 133 hogares maternos y 30 centros médicos psicopedagógicos (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud Pública, 2021). Entre 2007 y 2022, se observó una disminución del número de establecimientos de salud y del personal de salud (cuadro 1). Los desafíos económicos que enfrenta Cuba plantean retos para mantener la infraestructura física de atención médica y un nivel adecuado de personal de atención médica disponible (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

▶ Cuadro 1. Número de establecimientos de salud y del personal de salud en Cuba, 2007-2022

Años	Establecimientos de salud				Personal de salud				
	Hospitales	Rurales[a]	Policlínicos	Puestos[b]	Personal médico	De familia[c]	Personal de enfermería	Personal técnico	Total[d]
2007	222	21[f]	491	**138**					
2008	217	17	**499**	120	74	32	**107**	**139**	**336**
2009	219	17	498	127	75	34	106	134	330
2010	215	16	488	134	76	**36**	103	87	282
2011	161	0	452	0	79	13	96	76	265
2012	152	0	452	0	82	13	92	70	270
2013	152	0	451	0	84	13	87	74	265
2014	152	0	451	0	86	13	90	69	265
2015	151	0	451	0	88	13	90	64	262
2016	150	0	451	0	90	13	89	64	262
2017	150	0	450	0	92	13	87	61	262
2018	150	0	449	0	95	13	86	60	295
2019	150	0	449	0	97	26	84	61	295
2020	150	0	449	0	103	22	85	64	306
2021	150	0	450	0	**106**	21	87	65	312
2022	150	0	450	0	94	22	79	61	281

Nota: El récord histórico más alto está marcado en negrita. [a] Del total de hospitales. [b] Puestos de salud urbanos y rurales. [c] Del total de médicos. [d] Incluye farmacéuticos y dentistas. [e] Variación porcentual de 2022 a 2007-2008. [f] Había 38 en 2006.

Fuentes: ONEI (2013, 2018 y 2023).

Según un estudio reciente (Valdrés López et al. 2021), existen además 42 hospitales turísticos, 93 farmacias internacionales, 123 consultorios y 13 clínicas internacionales. Las clínicas internacionales se caracterizan por tener personal médico especializado, instalaciones de última generación y una amplia variedad de servicios médicos. Si bien las clínicas nacionales en Cuba también ofrecen un servicio de calidad, tienen personal médico menos experimentado, y el equipo médico suele ser más antiguo. Proporcionalmente, el total de camas disponibles en 2020 ascendía a 4,2 por cada 1 000 habitantes, oscilando entre 2,0 camas por 1 000 habitantes en la provincia de Mayabeque y 6,3 por 1 000 habitantes en La Habana (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud Pública 2021).

En las dos primeras décadas del siglo XXI se observa un incremento considerable del personal médico, que pasó de 5,9 médicos por cada 1 000 habitantes en 2000 a 9,3 por cada 1 000 habitantes en 2020, la tasa más elevada de América Latina y superior a la tasa promedio de la OCDE. De ellos, la mayoría trabaja como médicos de familia de tipo comunitario. Por su parte, el personal de enfermería asciende en promedio a 7,6 por cada 1 000 habitantes (con una tasa de 6,6 por cada 1 000 habitantes en la provincia de Matanzas y de 10,0 por cada 1 000 habitantes en Isla de la Juventud), frente a un promedio de 9,1 cada 1 000 habitantes en los países de la OCDE (OCDE y Grupo del Banco Mundial 2023).

Es importante señalar que una parte de este personal trabaja en los establecimientos médicos internacionales (para turistas) y en el extranjero, lo cual proporciona una fuente de divisas al Estado que contribuye con el financiamiento de los servicios públicos, incluidos los servicios de salud (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021).

Existen en total 2 180 farmacias en todo el país y 27 laboratorios de Biología Molecular (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud Pública, 2021). BIOFARMACUBA Y MEDICUBA son las dos empresas estatales que pueden realizar las importaciones de las materias primas para la elaboración de los fármacos.[104] BIOFARMACUBA es un consorcio de 31 empresas que colaboran con el Ministerio de Salud Pública, y se encargan de importar y fabricar más del 80 por ciento del CBM cubano, además de vacunas o medicamentos especiales (Valdrés López *et al*. 2021). En años recientes, la importación de materias primas para la producción de medicamentos se ha visto afectada por las dificultades económicas (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021). Cabe destacar asimismo la existencia de carencias para la atención de los cuidados hospitalarios en el caso de determinadas enfermedades, debido fundamentalmente a la escasez de insumos, prótesis, dispositivos y equipos médicos que obedecen en parte a la crisis del sistema económico, así como al bloqueo económico sostenido por los Estados Unidos (Valdrés López *et al*. 2021).

Por último, al igual que muchos otros países, la pandemia de COVID-19 puso el sistema de salud bajo presión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado el «exceso de mortalidad» promedio por cada 100 000 habitantes en 2021, a saber, el número de muertes ocurridas frente al número de muertes que se habrían esperado en ausencia de COVID-19 (por ejemplo, muertes asociadas indirectamente con la pandemia debido a otras causas, como neumonía causada por COVID-19, pero notificada como neumonía). Cuba registró un exceso de mortalidad promedio de 163, y de veinte países de América Latina, once mostraron un promedio inferior al de Cuba (OMS 2022). Los datos publicados en un boletín demográfico de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), con cifras de 2021 posteriores a las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) basadas en marzo (promedio de 163), muestran un mayor número de muertes, atendiendo a las cuales el promedio de exceso de mortalidad se estima en 446 (ONEI 2023).

[104] Entre 2015 y 2022, el valor de los medicamentos importados se redujo un 78 por ciento, por falta de liquidez, mientras que la producción nacional de medicamentos disminuyó un 42 por ciento entre 2015 y 2020 (las cifras de 2021 y 2022 no se han publicado), en gran medida por la interrupción de la exportación de materias primas de China, por falta de pago a los acreedores (ONEI 2018) (ONEI 2023) lo cual ha provocado una notable escasez de medicamentos.

4.5. Aceptabilidad y calidad

La Junta de Acreditación Nacional en Salud de Cuba, como órgano adscrito al MINSAP, tiene como mandato la acreditación de los hospitales e instituciones de salud según el Manual de Acreditación de Instituciones Hospitalarias, que responde a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el SNS 2016-2020 (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2016). Asimismo, el país cuenta con un Programa para el Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios, aprobado por la Resolución Ministerial No 145-2007. Adicionalmente, existen Guías de Prácticas Clínicas (GPC) elaboradas por grupos multidisciplinarios que ayudan a mejorar la prestación de los servicios de salud. Ejemplo de ello son las GPC para la enfermedad cerebrovascular, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, la esclerosis múltiple, los trastornos depresivos recurrentes y la fractura de cadera, entre otras.

Adicionalmente, Cuba creó en 1996 el Departamento de Innovación y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, subordinado a la Dirección Nacional de Ciencia y Técnica del Viceministerio de Docencia e Investigación. Por su parte, el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF) contribuye a proteger la salud de la población, mediante la promoción y vigilancia de la prescripción razonada, el uso de los medicamentos y otras opciones terapéuticas en la comunidad, apoyándose en las mejores pruebas disponibles de la eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad de estos (Ramos Valle s. f.).

No se dispone de datos oficiales recientes acerca del grado de satisfacción de la población cubana con el sistema sanitario; el único dato proporcionado por la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud se refiere al año 2003 y corresponde al Informe del Sistema de Vigilancia de la Opinión sobre los Servicios de Salud del policlínico, el cual mostró que el 62,4 por ciento de los usuarios estaban insatisfechos con los servicios de salud. En orden decreciente, las causas de insatisfacción estaban relacionadas con las condiciones estructurales de las instalaciones, los recursos necesarios para la atención, el tiempo de espera y el maltrato (Valdrés López *et al*. 2021) (Domínguez Alonso y Zacca 2011).

La situación económica del país en años recientes tiene un impacto sobre los determinantes sociales de la salud, que finalmente pueden afectar la esperanza de vida (Albizu-Campos 2023). Según los Anuarios Estadísticos de 2021 y 2022, las estimaciones de la esperanza de vida al nacer demuestran un ascenso constante, aunque a un ritmo decreciente, entre los años 1970 y 2013, y su posterior estancamiento. Estadísticas recientes indican un descenso, concomitante con la pandemia de COVID-19 (ONEI 2023). El valor de la esperanza de vida al nacer para ambos sexos se ha estimado en 73,7 años (PNUD 2022).

Varios estudios recientes indican el gradiente social en el acceso, así como los resultados en términos de salud. Por ejemplo, las estimaciones para 2018 muestran un incremento de la razón de mortalidad materna (RMM), vinculado con un acceso diferencial a los recursos sanitarios en función de la situación socioeconómica de las mujeres embarazadas (Mesa-Lago y Díaz-Briquets 2021; Albizu-Campos y Pérez 2022). Cabe señalar que la cobertura efectiva de la protección social en la infancia se sitúa en niveles relativamente bajos (el 0,2 por ciento), mientras que la cobertura en prestaciones monetarias por maternidad alcanza solo el 42,7 por ciento (OIT 2023).

5. Desafíos

Luego de más de 60 años desde la implementación del SNS, el país ha logrado mejorar muchos de los principales indicadores sanitarios (Ojeda *et al*. 2018). El sistema se vio muy afectado por la crisis económica y social en el periodo 2019-2022, pero, aún así, Cuba figura entre los primeros lugares en varios indicadores clave de salud en la región. Sin desmerecer los avances logrados, los datos publicados sobre el año 2022 indican un estancamiento o deterioro en varios indicadores, probablemente debido al impacto de la situación socioeconómica vinculada con la crisis. Los retos del sistema se asocian con el mantenimiento de los logros alcanzados y los esfuerzos para afrontar la transición demográfica y epidemiológica, lo que exigirá el desarrollo de un sistema de prestaciones para la población de edad avanzada, asociadas con el cuidado de enfermedades terminales y degenerativas, así como prestaciones de cuidados de larga duración.

En cuanto al financiamiento, los desafíos del sistema se relacionan con la necesidad de mantener los niveles de gasto público en salud y de continuar potenciando la capacidad generadora de divisas del sector, a través de la exportación de servicios médicos, por medio de las distintas misiones de cooperación internacional o a través de la modalidad de exportación en frontera o del turismo de salud (Galeano Zaldívar y Esquenazi Borrego 2018). Un escenario deseable sería que estos recursos retornen al SNS y permitan revitalizar la infraestructura de los servicios de salud de la población cubana y asegurar que los recursos humanos del SNS se mantengan en niveles suficientes.

El país enfrenta otros desafíos, tales como la adopción de estrategias para aumentar la eficiencia en la asignación de los recursos, sin menoscabo de la excelencia en los servicios, y para incrementar el grado de satisfacción de la población con los servicios que recibe, mejorando su calidad y asegurando la provisión de los insumos y prótesis que requiera la población (OPS y OMS s. f.).

6. Principales lecciones aprendidas

Entre las lecciones aprendidas de la implementación y el desarrollo del sistema de salud cubano cabe destacar las siguientes:

- La garantía legal y constitucional del acceso gratuito a los servicios de salud, con monopolio público de dichos servicios, en consonancia con los principios de universalidad enunciados en el marco jurídico internacional, es fundamental para garantizar el acceso de toda la población a la atención de salud de manera equitativa.
- El Programa del médico y la enfermera de la familia en la comunidad, al estar en contacto con una población de referencia y hacer un seguimiento de la misma, es un ejemplo de buena práctica en la implementación de la estrategia de atención primaria de salud.
- La amplia oferta de recursos humanos para la salud, tanto a nivel profesional como técnico, y la constante adecuación y actualización del currículo a los objetivos de la política sanitaria, son elementos esenciales para sustanciar el derecho a la protección social en salud.
- El apoyo al financiamiento del sistema de salud mediante la exportación de servicios de salud y los programas de turismo de salud ha sido una estrategia eficaz e innovadora, pero supone una inversión constante en la formación del personal de salud para no comprometer la disponibilidad de recursos humanos del SNS en un entorno de envejecimiento de la población que ejerce cada vez más presión sobre la demanda de servicios.
- La estrategia solidaria de cooperación internacional de Cuba con los países en desarrollo en materia de salud, plasmada en la Constitución Nacional y en la ley No 41 de 1983, demuestra su pertinencia como mecanismo para la transferencia de conocimientos y buenas prácticas entre los países en desarrollo.

Referencias

Albizu-Campos, J. C. 2023. *La caída de la esperanza de vida al nacer en Cuba. De la crisis sanitaria a la humanitaria*. Nueva York: Columbia University Law School.

Albizu-Campos, J. C. y P. V. Pérez. 2022. «La mortalidad materna en Cuba». *El color cuenta* 18 (36). http://www.novpob.uh.cu.

Constitución de la República de Cuba. s. f. http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm.

Di Fabio, J. L., R. Gofin y J. Gofin. 2020. «Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad». *Revista Cubana de Salud Pública*.

Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, y UNICEF. 2020. *Cuba/MICS 2019. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2019. Informe de resultados de la encuesta*. https://temas.sld.cu/estadisticassalud/files/2021/02/MICS6_Cuba-2019_compressed.pdf.

Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 2021. *Anuario Estadístico de Salud 2020*.

Domínguez Alonso, E. y E. Zacca. 2011. «Sistema de Salud de Cuba». *Salud Pública de México* 53(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012.

Galeano Zaldívar, L. y A. Esquenazi Borrego. 2018. «El sistema de salud cubano: Una mirada a su forma de financiamiento». *Economía y Desarrollo* 160 (2). https://www.redalyc.org/journal/4255/425558003016/html/.

González, A. M. G., R. G. López, M. Á. Muñiz, M. J. V. Ledo, N. de la C. S. Lugo y M. V. Santiesteban. 2018. «Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal». *Revista Panamericana de Salud Pública* 42: e28. https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.28.

González, R. 2015. *Infant Mortality in Cuba: Myth and Reality*. 43.

Lamrani, S. 2021. «El sistema de salud en Cuba: Origen, doctrina y resultados». Études caribéennes 7. https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.21413.

Mesa-Lago, C. y S. Díaz-Briquets. 2021. «Healthcare in Cuba: Sustainability Challenges in an Ageing System». *Journal of Latin American Studies* 53.

Cuba, Ministerio de Salud Pública. 2016. *Manual de Acreditación Hospitalaria*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2023/manual%20de%20acreditaci%C3%B3n%20hospitalaria_web.pdf.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) y Grupo del Banco Mundial. 2023. *Health Care at a Glance: Latin America and the Caribbean*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/450921608631647181/pdf/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2020.pdf.

ONEI (Oficina Nacional de Estadística e Información). 2018. *Anuarios estadísticos de Cuba*.

—. 2023. *Anuarios estadísticos de Cuba*.

Ojeda, R. M., P. M. Bermejo, P. C.-F. Serrate, C. A. Mariño, N. C. V. Onega, D. D. Castillo y J. A. M. Bravo. 2018. «Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad». *Revista Panamericana de Salud Pública* 42(25). https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022a. «Estimates of Excess Mortality Associated with COVID-19 Pandemic».

———. 2022b. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. 2024. «Global Health Observatory Data Repository». http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF7?lang=en&showonly=HWF.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f. «Estrategia de Cooperación País OPS/OMS. Cuba 2018-2022». https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275329/ccs-cub-2018-2022-spa.pdf?ua=1.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). s. f. «Perfil de País—Cuba». *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-cuba.

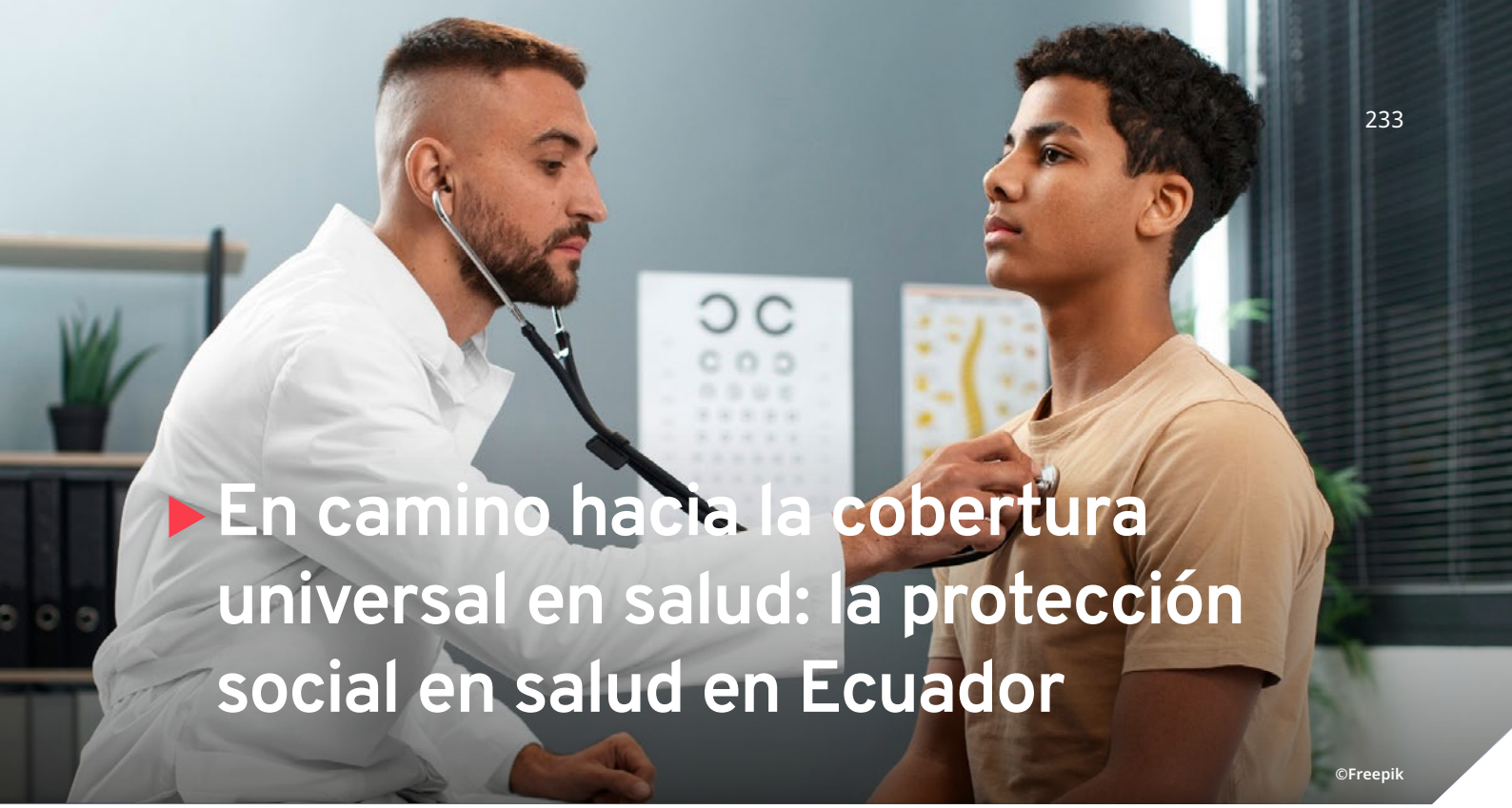
PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2022. *Human Development Report 2021-22: Uncertain times, unsettled lives: Shaping our future in a transforming world*. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Ramos Valle, I. s. f. *Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETES). Significados para el mejoramiento de la gestión de los directivos*. https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2010/ifd1011d.pdf.

Santana Espinosa, C., M. M. Esquivel Lauzurique, V. Regla Herrera Alcázar, B. L. Castro Pacheco, M. del C. Machado Lubián, C. Duniesky Cintra, R. T. Álvarez Fumero y B. Marcheco Teruel. 2018. «Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: Logros y desafíos». *Revista Panamericana de Salud Pública* 42. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27.

Valdrés López, A., I. Bruna Barranco, L. Martínez Giménez, B. López Zapater y R. Maestre Aguilar. 2021. «El sistema sanitario de Cuba. La prevención como modelo». *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sistema-sanitario-de-cuba-la-prevencion-como-modelo/.

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit, y revisado por Fabio Durán Valverde y Lou Tessier (OIT). El trabajo se benefició de los aportes de Carmelo Mesa-Lago (Profesor Emérito de Economía y Estudios Latinoamericanos, Universidad de Pittsburgh).



En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Ecuador

©Freepik

1. Introducción

En Ecuador la salud es un derecho que está garantizado para toda la población. Es por ello que todas las personas que se encuentran en el territorio ecuatoriano, residentes o no residentes, cuentan con cobertura de salud de forma universal y gratuita. Esta garantía se lleva a cabo en un sistema de salud históricamente segmentado y fragmentado, en el que coexisten distintos aseguradores y prestadores de servicios de salud que atienden a distintos grupos poblacionales (Villacrés y Mena 2017).

Ecuador tiene un alto nivel de desarrollo y contó en el año 2022 con un PIB *per capita* de 6.153 dólares, ocupa el puesto 103 en el ranking mundial, según este parámetro, el nivel de vida es muy bajo en relación al resto de los 196 países del ranking de PIB per cápita. El país se ubicó en el puesto 95 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano a nivel mundial, por lo que se clasifica como una nación con un alto nivel de desarrollo humano, sin embargo no se recupera la trayectoria al 2030. Este indicador, con un valor de 0,74, bordea el promedio de América Latina y el Caribe (0,754) (United Nations 2022).

Una de las principales preocupaciones nacionales sobre la salud de la población es la desnutrición crónica infantil, cuyos niveles ubican a Ecuador como uno de los países con peores resultados en América Latina (Organización Internacional del Trabajo 2021). La crítica situación de salud nutricional para la niñez ha colocado su abordaje como un tema prioritario en la agenda de gobierno.

El sistema de protección social en Salud de Ecuador cubre a toda la población, principalmente a través del sector público. La seguridad social contributiva a cargo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se le brinda a personas trabajadoras en empleos formales de forma obligatoria, y a personas en empleos informales que se afilien voluntariamente. La población cubierta por la seguridad social contributiva en el año 2020 fue de 38 por ciento (IESS 2022). El Ministerio de Salud ofrece atención a personas que carecen de seguridad social, tiene la provisión más amplia de servicios del país, 47 por ciento de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país. Además existen regímenes especiales de seguridad policial y militar que cubren alrededor del 2 por ciento de la población.

2. Contexto

Ecuador vivió un largo periodo de inestabilidad política, con ocho gobiernos diferentes entre 1992 y 2006, situación que afectó la institucionalidad en la gestión pública, incluyendo el sector salud. El sistema de salud se caracterizaba por tener entidades públicas descoordinadas y con niveles de prestación diferentes para sus afiliados, que lo convertían en un sistema fragmentado y segmentado. Durante este periodo las reformas planteadas en temas como desconcentración de servicios, ampliación de cobertura, nuevos modelos de atención, Programa de Aseguramiento Universal, así como otras reformas legales, no lograron materializarse totalmente por la falta de estabilidad política (OPS 2008).

En 2008 se aprobó una nueva Constitución en Ecuador, en la que se definió la universalidad y gratuidad de los servicios públicos de salud (Asamblea Constituyente 2008), por lo cual no existen copagos en los establecimientos de salud públicos. A partir de entonces, se inició un proceso de reforma y se dieron cambios importantes en la prestación de servicios de salud y en la organización del sistema. Se conformó la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como una instancia de participación de todas las instituciones financiadoras/aseguradoras y prestadores del sector público, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Asimismo, se introdujeron mecanismos para la articulación con el sector privado en la conformación de la Red Privada complementaria.

Forman parte de la red pública de salud el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior.[105] Estas instituciones suscribieron un convenio en 2012 en el que se establecieron los instrumentos para la articulación interinstitucional.

El sistema se rige por los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud, que es un conjunto de políticas e instrumentos que establecen los criterios de organización y funcionamiento del sistema. Incorpora los principios de la atención primaria renovada y centra la atención en las personas, las familias y la comunidad, más allá de la enfermedad o los servicios curativos (Espinosa *et al.* 2017).

La provisión de salud se ofrece en los sectores público y privado. En el ámbito público se encuentra la seguridad social obligatoria que brinda cobertura a las personas trabajadoras en relación de dependencia y con trabajo independiente. La provisión de salud es administrada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, quien a su vez cuenta con el Seguro Social Campesino, un régimen especial que brinda protección a las personas que se dedican a la pesca artesanal y a la población rural que se financia con contribución de los derecho habientes y un porcentaje de los fondos de los seguros públicos y privados (ley de Seguridad Social 2011). Existen, además, dos regímenes especiales de seguridad social orientados a militares y policías. Finalmente, el Ministerio de Salud Pública brinda atención médica a la población que no cuenta con un esquema de aseguramiento público. No existe separación entre las funciones de compra y de provisión de servicios y cada asegurador tiene su propia red de proveedores, con excepción de la sanidad militar. A partir de la reforma de 2008 y con la creación de la RPIS, se establecieron mecanismos de compra de servicios entre los establecimientos de los subsistemas públicos y con los establecimientos privados, este mecanismo está regulado por el tarifario nacional emitido por el Ministerio de Salud Pública. En el sector privado, existen los sistemas de aseguramiento voluntario que son utilizados por la población con mayores ingresos, así como la atención en establecimientos de salud privados.

[105] El Ministerio de Defensa es la institución que tiene bajo su responsabilidad a los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y el Ministerio del Interior a los de la Policía Nacional.

3. Configuración del sistema de Protección Social en Salud

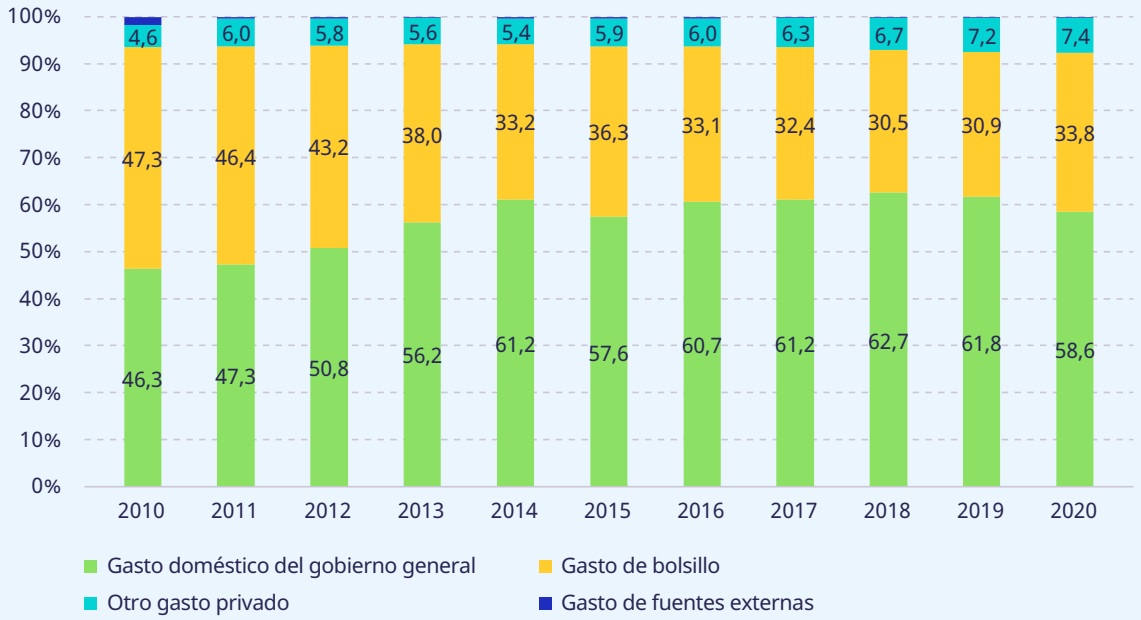
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

El gasto en salud ha registrado una marcada tendencia al alza en la última década. En 2021, el gasto representó el 8,29 por ciento del producto interno bruto, mientras representaba 8.5 por ciento en 2020 y en 2010 este porcentaje alcanzaba el 6,1 por ciento, lo que muestra que si bien se ha incrementado el gasto en el tiempo, a la vez, si se compara el 2020 y el 2021 hay una disminución. El gasto *per cápita* en 2020 fue de 471,8, y en 2021 es de 494,3 dólares, lo que muestra un incremento importante (OMS 2023).

El principal financiador del sistema es el sector público. El 58,6 por ciento del gasto en salud es público y ha tenido un incremento sostenido en los últimos años, lo que refleja la importante participación del sector en la prestación de servicios, en 2010 representaba el 43,6 por ciento del gasto total. El presupuesto del gobierno central –de acuerdo con lo establecido por mandato constitucional - debe ser oportuno, regular y suficiente, pero además, debe incrementarse anualmente un 0,5 por ciento del PIB hasta alcanzar cuando menos el 4 por ciento (gráfico 1).

Gráfico 1. Ecuador. Gasto en salud. Porcentaje del gasto corriente en salud

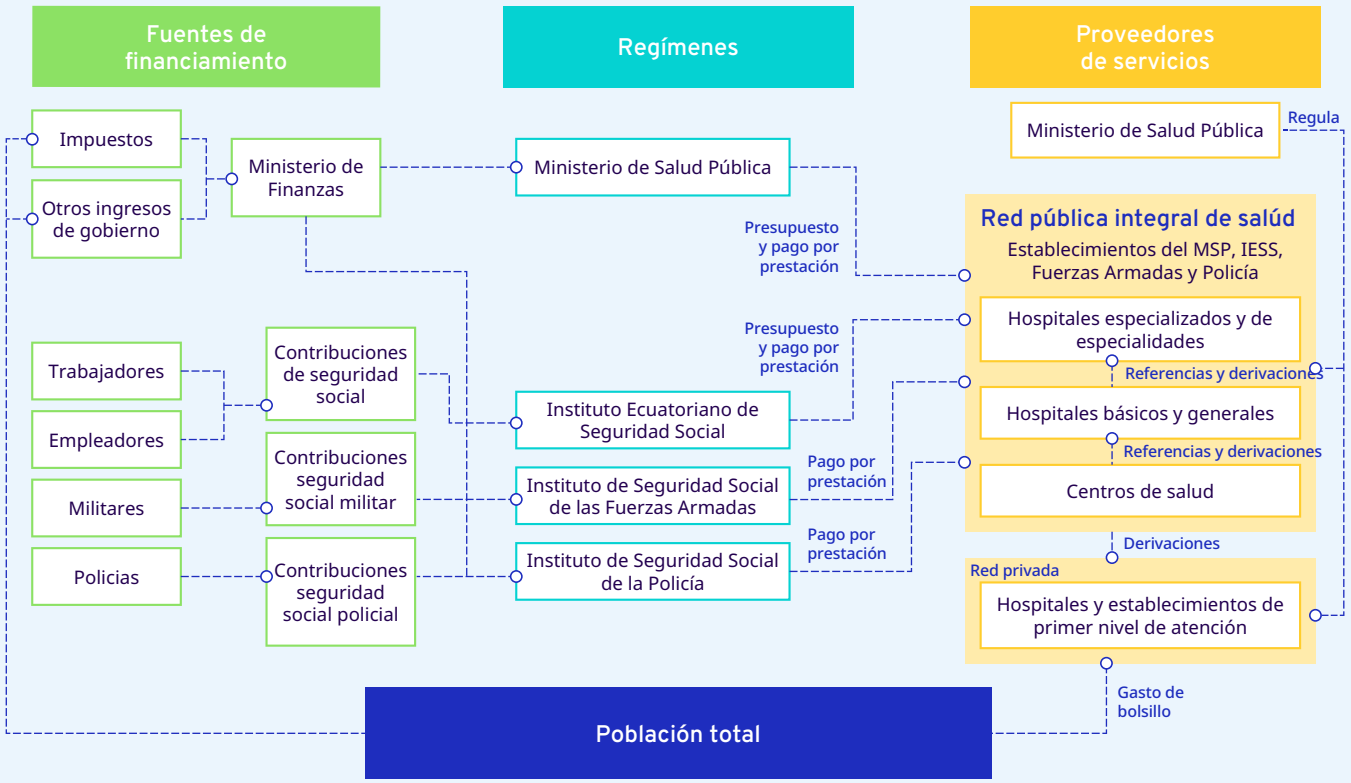


Fuente: OMS (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

El financiamiento de la salud en Ecuador es segmentado; coexisten distintas fuentes de financiamiento que se gestionan en fondos individuales para atender a poblaciones específicas (Organización Internacional del Trabajo 2021; Villacrés y Mena 2017). Los mecanismos de pago se aplican de forma diferenciada en cada subsistema público, con el uso de presupuestos para la red interna de establecimientos y pagos por prestación – basado en un tarifario homologado – para las compras a prestadores externos (público y privado). En la diagrama 1 se presenta un esquema del flujo de financiamiento que existe en Ecuador.

▶ Diagrama 1. Flujo de financiamiento del Sistema de Salud de Ecuador



Fuente: Elaboración propia

iii) Fuentes de financiamiento

Las principales fuentes de financiamiento del Sistema Nacional de Salud son los impuestos generales, las cotizaciones de los sectores empleadores y de las personas trabajadoras. Los recursos obtenidos por cada una de estas fuentes financian a un régimen específico. El 25 por ciento del gasto en salud es financiado con recursos de la seguridad social y el 34 por ciento por recursos del gobierno (OMS 2022). Los recursos fiscales son gestionados por el Ministerio de Salud Pública para cubrir a la población sin aseguramiento público de salud.

Las cotizaciones se recaudan para el Seguro General de Salud Individual y Familiar administrado por el IESS y para los regímenes especiales de militares y policías. Los aportes para la protección en salud son diferenciados en los distintos regímenes de seguridad social (tabla 1). El gobierno también realiza contribuciones para los distintos esquemas de seguridad social destinadas a cubrir las prestaciones de salud de poblaciones específicas, como los jubilados en el seguro general obligatorio o aspirantes a militares y a policías en los regímenes especiales (OIT 2021) (cuadro 1).

▶ **Cuadro 1. Ecuador. Aportes a los seguros de salud**

Seguro social		Empleadores	Trabajadores	Gobierno
IESS	Sector público	3,16%	2%	
	Sector privado	5,16%		
	Otros	Trabajadores temporales de la industria azucarera: 10,32%	Trabajadores autónomos: 5,16%	
			Extensión de la cobertura: entre 3,41% y 4,15%	
ISSFA		5,85%	3,35%	2% para prestaciones de aspirantes
ISSPOL		3%	2,50%	2% para prestaciones de aspirantes

Fuente: OIT (2021).

3.2. Gobernanza

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, quien ejerce la rectoría del sistema. Entre sus principales responsabilidades está definir la política nacional de salud, diseñar e implementar programas y proyectos de atención integral en salud, llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud, entre otras (ley Orgánica de Salud 2006). A este nivel, las principales responsabilidades se orientan a planificar, controlar y evaluar la implementación de las políticas, planes y proyectos. Para el cumplimiento de sus funciones, el Ministerio de Salud trabaja de forma desconcentrada a nivel de zonas de planificación — zonas que agrupan a varias provincias, 9 en total — y de distritos (que concentran a varios cantones). En este nivel, las principales responsabilidades se orientan a planificar, controlar y evaluar la implementación de las políticas, planes y proyectos.

Desde el punto de vista organizacional, el Ministerio de Salud cuenta con una estructura orgánica que facilita el ejercicio de rectoría (Molina Guzmán 2019). Posee una instancia interna — Viceministerio de Gobernanza — responsable de regular el sistema nacional de salud a través de la definición de políticas públicas y demás instrumentos.

Los órganos de dirección superior del IESS son el Consejo Directivo, la Dirección General y la Dirección Provincial. La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es la instancia responsable de la protección en salud. El Consejo Directivo es el responsable de las políticas de aplicación del Seguro General Obligatorio y de emitir la normativa para el funcionamiento y organización de los seguros, así como de la aprobación de los presupuestos, reglamentación de los procesos, entre otras. Está integrado por una persona representante de las personas aseguradas, una de las empleadoras y una del gobierno central, quien preside el Consejo.

Los institutos de seguridad social de policías y militares cuentan también con un Consejo Directivo. En el caso del ISSFA, el consejo está integrado por la persona que ocupe el Ministerio de Defensa Nacional, la persona Jefe del Comando Conjunto, las personas Comandantes Generales de Fuerza, una persona representante de los oficiales en servicio pasivo y una persona representante del personal de tropa en servicio pasivo (ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas 2011). El Consejo del ISSPOL está integrado por la persona que ocupe el Ministerio del Interior, la persona Comandante General de la Policía, la persona Subsecretaria de Policía, las personas directoras de personal y de bienestar social, una persona represente de los oficiales en servicio pasivo y dos personas representantes del personal de tropa en servicio pasivo (ley de Seguridad Social de la Policía Nacional 2018).

En el marco de la creación de la Red Pública Integral de Salud, existe el Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de la Red, conformado por las personas delegadas de las instituciones aseguradoras y prestadoras de salud que conforman la RPIS. Este comité es una instancia de coordinación para el funcionamiento de la red y define la creación de subcomisiones técnicas que apoyan el funcionamiento, implementación y seguimiento del trabajo de la RPIS, según las prioridades que se establezcan.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

De acuerdo con la Constitución, en Ecuador la salud es un derecho y "la prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad..." (Asamblea Constituyente 2008). Además, está determinado que "Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención". De esta manera, el principio de gratuidad y universalidad que rige en el país posibilita este acceso de toda la población a servicios de salud públicos.

Sin embargo, existen distintos beneficiarios que están bajo responsabilidad de cada subsistema de salud. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social da cobertura a "a. el trabajador en relación de dependencia, b. el trabajador autónomo, c. el profesional en libre ejercicio, d. el administrador o patrono de un negocio, e. el dueño de una empresa unipersonal, f. el menor trabajador independiente" (ley de Seguridad Social, 2011). Además cuenta con régimen de afiliación voluntaria y brinda cobertura a las personas trabajadoras que se dedican a la pesca artesanal y a los habitantes de áreas rurales bajo el Seguro Social Campesino, así como a personas jubiladas y a cónyuges, hijas e hijos menores de 18 años de personas afiliadas al seguro obligatorio (ley de Seguridad Social, 2011).

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas brinda cobertura al personal militar en servicio activo y pasivo calificado como pensionistas, familiares dependientes, aspirantes a militares y conscriptos. El sistema de aseguramiento policial brinda cobertura a policías en servicio activo y pasivo, dependientes y aspirantes a policía.

En cada uno de los regímenes de seguridad social, la población que recibe la cobertura del seguro de salud también está cubierta por otras contingencias. En el caso del IESS, la cobertura se da para los seguros de Vejez, Invalidez y Muerte, riesgos del trabajo y cesantía. La seguridad social militar y policial incluye los antes mencionados, además del seguro de mortuoria, de vida y accidentes profesionales.

La asistencia social brinda prestaciones de protección social a través de transferencias monetarias para la población en condición de pobreza, adultos mayores y personas con discapacidad. Las prestaciones son administradas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y tienen sus propios criterios de elegibilidad, que no se aplican para la asistencia social en salud.

3.4. Beneficios

La gratuidad y universalidad de los servicios de salud públicos se encuentra establecida en la Constitución y abarca prestaciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, medicamentos y dispositivos médicos; así como los demás componentes de la prestación sanitaria. No existe un paquete de beneficios definido de forma explícita; sin embargo, el modelo de atención delinea un conjunto de prestaciones integrales de salud que incluye acciones de promoción y prevención de la salud, atención prehospitalaria, curación y rehabilitación. Este conjunto, además, desagrega los servicios de consulta externa, hospitalización, emergencia, procedimientos, imagenología, laboratorio, cirugías, entre otras.

En el caso de medicamentos, los regímenes públicos cubren exclusivamente los productos que están definidos en el cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. Ingresan a este cuadro los medicamentos que cumplen lo requisitos de evidencia, calidad y seguridad. Esta es una lista positiva de medicamentos que determina los fármacos que son financiados por las instancias públicas de salud.

Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud excluyen de su cobertura las siguientes prestaciones (cuadro 2):

Cuadro 2. Exclusiones de cobertura en la RPIS

Exclusiones	Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos
	Chequeos clínicos ejecutivos
	Tratamientos especializados de infertilidad
	Tratamientos de adelgazamiento sin indicación médica
	Tratamientos experimentales o sin evidencia científica
	Tratamientos de ortodoncia con fines estéticos
	Habitación individual en condiciones establecidas por norma
	Gastos de acompañante
	Insumos de entretenimiento

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2017).

Las instituciones de la RPIS pueden derivar pacientes entre instituciones de la red pública o a prestadores de la red privada complementaria, estas últimas representan la mayor proporción de la compra de servicios a terceros. Los servicios ambulatorios, oncológicos y diálisis representan la mayoría de derivaciones y pagos a prestadores externos (Villacrés 2022). Las derivaciones se realizan considerando criterios de capacidad resolutiva, oportunidad de la atención y accesibilidad; además se toman en cuenta las prestaciones cubiertas y exclusiones aplicables para la RPIS (Ministerio de Salud Pública 2017). El mecanismo de pago utilizado para la compra de servicios médicos a terceros es el pago por servicio mediante el uso de un tarifario homologado, normado por el MSP y definido de forma coordinada entre las instituciones de la RPIS.

3.5. Provisión de servicios

La provisión de servicios de salud se realiza a través de la amplia red de establecimientos de salud públicos y privados. Las instituciones públicas concentran el 80 por ciento del total de unidades prestadoras de servicios de salud; porcentaje que es superior en el caso de establecimientos del primer nivel de atención. El sector privado concentra su prestación en hospitales de distintos niveles de complejidad. Se registra un total de 4 148 establecimientos públicos y privados a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2020).

Para que un establecimiento pueda prestar servicios de salud debe contar con un permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud. La Agencia de Regulación, Control y Vigilancia es la institución adscrita al MSP que emite los permisos de salud. La institución realiza la verificación de los hospitales y centros de salud sobre la base de los estándares que han definido y otorga un licenciamiento para los establecimientos.

La provisión de servicios está organizada en tres niveles de atención:

- Primer nivel: se constituye en la puerta de entrada al sistema y el primer punto de contacto con los individuos y la comunidad; incluye a los centros de salud.
- Segundo nivel: conformado por los consultorios de especialidades clínicas y quirúrgicas, centros de especialidad, hospital del día, hospitales básicos y hospitales generales.
- Tercer nivel: se consideran en este tipo a los centros especializados, hospitales de especialidades y especializados.

El relacionamiento entre las instituciones de los distintos niveles de atención se realiza a través de los procesos de referencia / contrarreferencia. Las referencias corresponden al traslado de pacientes desde un establecimiento con menor nivel de complejidad a otro con un mayor nivel de capacidad resolutiva dentro de la misma red de servicios (Ministerio de Salud Pública 2017, p. 091).

No existen copagos para acceder a las prestaciones de salud, esto en cumplimiento al mandato constitucional de gratuidad y universalidad de los servicios públicos de salud. Las prestaciones son financiadas por las instituciones aseguradoras o financiadoras de los servicios. El IESS y el MSP cuentan con una red propia de establecimientos de salud, para el caso de la sanidad militar y policial, los establecimientos pertenecen a los ministerios de cada sector, no a las instituciones aseguradoras.

Las instituciones públicas pueden derivar a pacientes a establecimientos públicos de otro subsistema o a la red privada complementaria, conformada por establecimientos privados que tienen un convenio suscrito con las instituciones públicas para la prestación de servicios. La derivación de pacientes comprende el traslado de pacientes de todos los niveles de atención a un prestador público o privado que no forma parte de la red propia de cada subsistema (Ministerio de Salud Pública 2017, p. 091). Las derivaciones se pueden realizar por emergencia o de forma programada para servicios de hospitalización, atención ambulatoria, realización de exámenes o consultas especializadas. También el paciente puede autoderivarse, es decir, acudir de forma directa a un servicio de una red que no corresponde a su asegurador en casos de emergencia. En estos casos el financiamiento corresponde a las instituciones de la RPIS, y tampoco existen copagos. Una vez realizada la derivación, toda vez que se haya dado el cumplimiento del proceso administrativo de auditoría, se realiza el pago de las prestaciones por parte del subsistema asegurador o financiador, en un mecanismo normado para la red pública de salud.

Los métodos de pago utilizados son el presupuesto por partida y el pago por servicio. El MSP y el IESS asignan presupuestos a los establecimientos de su propia red; de forma similar el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior realizan asignaciones presupuestarias a los establecimientos de la sanidad militar y policial, respectivamente. La compra de servicios a prestadores externos de cada subsistema, sean públicos o privados, se realiza mediante un pago por los servicios brindados con el uso del tarifario del sistema nacional de salud. Este último mecanismo es también el que utilizan el ISSFA y el ISSPOL para sus compras de servicios, pues no tienen una red propia de prestadores (Mena & Casalí 2021).

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura de la población

Basándose en el marco legal, se estima que los seguros públicos de salud tendrían que cubrir a 59 por ciento de la población ecuatoriana (que corresponden a las categorías de población identificadas como cotizantes y dependientes en las leyes correspondientes a los cuatros regímenes de seguro social) (Casalí *et al*. 2021). En la práctica, según registros administrativos en 2023, el 36 por ciento de la población estaba afiliada como cotizante, pensionista o dependiente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o del régimen de Seguro Social Campesino y unos 2 por ciento de la población estaba afiliada a la seguridad social militar o policial. El resto de la población no tiene afiliación a un régimen público de seguro de salud pero sin embargo toda la población puede acceder sin dificultad financiera a los servicios de salud brindados por los servicios públicos de salud bajo el MSP.

4.2. Utilización de los servicios

En la práctica, el MSP brinda servicios a toda la población con independencia de su aseguramiento; cuando se trata de personas que tienen cobertura en alguno de los seguros públicos — verificado a través de una herramienta con información consolidada — aplican los mecanismos normados para el pago de las prestaciones brindadas. En base a la población proyectada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), se estima que en 2018 el 60,63 por ciento de la población accedía a los servicios del Ministerio de Salud Pública, mas de 29 por ciento a los servicios del IESS/Seguro Campesino y menos de 2 por ciento a los servicios que proveen ISSPOL/ISSFA, mientras unos 8 por ciento accedía a servicios privados (Casalí *et al*. 2021; Lucio *et al*. 2019).

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Ecuador es elevado (0,8 en el año 2019) y se encuentra sobre el promedio de la región. La cobertura de servicios ha mejorado de forma consistente y

progresiva en los últimos veinte años, pasó de 0,56 en el año 2000 a 0,8 el año 2019. Los mejores resultados se presentan en la cobertura de servicios de enfermedades infecciosas, prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil y en la capacidad y acceso a los servicios de salud.

La atención de la salud materna e infantil evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. En el año 2020, el 96 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, igual cifra corresponde al porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud. Por otro lado, la cobertura en inmunización de niños y niñas de un año y menos tuvo sus mejores niveles en el año 2019 cuando superó el 83 por ciento (OPS 2021).

La población ecuatoriana cuenta con un perfil epidemiológico en el que coexiste las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles. Entre las primeras causas de morbilidad destacan colelitiasis, apendicitis, trastornos del sistema urinario, gastroenteritis y, en los últimos años, COVID-19. Las principales causas de mortalidad general son la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro vasculares y la hipertensión, así como la neumonía, la COVID-19 y los accidentes de tránsito (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2021b, 2021a).

4.3. Protección financiera

Permanece un alto porcentaje de gasto en salud que es cubierto de forma directa por los hogares. El gasto de bolsillo de los hogares representa el 33,8 por ciento del gasto total en salud en 2020, lo que se constituye en una barrera financiera para el acceso a los servicios de salud (Organización Internacional del Trabajo 2021). El gasto directo de los hogares se ha reducido de forma importante en los últimos años debido a los esfuerzos orientados a mejorar la cobertura de los servicios. En el año 2005, el gasto de bolsillo representaba el 62,8 por ciento del gasto total.

El gasto de bolsillo en salud representa el 7,3 por ciento de la capacidad de pago de los hogares. Este porcentaje se eleva al 16 por ciento en el quintil más pobre. El gasto se destina principalmente a medicamentos e inciden de forma importante en los gastos catastróficos del hogar; el rubro alcanza una participación de hasta el 79,3 por ciento en el gasto directo de los hogares (Casalí *et al*. 2021; López 2018).

La proporción de la población con gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar (ODS 3.8.2) fue de 2,4 por ciento en 2013, porcentaje que se ubica por encima del promedio de América Latina y el Caribe (1,6 por ciento). Si se considera como umbral el 10 por ciento de los ingresos familiares, el 10,3 por ciento de los hogares ecuatorianos tienen un gasto en salud que supera ese porcentaje, nivel que está por encima de la media regional (Naciones Unidas 2023).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

El sistema de salud cuenta con una amplia red de establecimientos de salud en todos los niveles y con una importante distribución a nivel territorial que permite tener servicios disponibles en áreas urbanas y rurales; así como en zonas de difícil acceso. El Ministerio de Salud Pública cuenta con 1 943 centros de salud a nivel nacional, los que se configuran en el primer contacto de la población con los servicios de salud. De este número, 1 507 centros están ubicados en el área rural, lo que contribuye de forma importante a mejorar el acceso de la población a los servicios. A estos se suman 653 establecimientos de primer nivel del IESS, particularmente del Seguro Social Campesino, distribuidos en la zona rural (Ministerio de Salud Pública 2022a).

Pese a contar con esta composición de la oferta de servicios, los usuarios de los servicios reconocen la existencia de barreras geográficas, sociales y económicas que limitan la atención en estos establecimientos (Organización Internacional del Trabajo 2022). Estas barreras se asocian con la limitada capacidad de respuesta de los establecimientos públicos para resolver las necesidades de la población, con la falta de recursos productivos para la prestación de servicios, con las barreras geográficas que existen en zonas de difícil acceso, entre otras.

La dotación de recursos para la provisión de servicios presenta algunas dificultades. En Ecuador existe una tasa de 2,3 profesionales médicos por cada 1 000 personas (2020) que si bien alcanza los mínimos

recomendados, se encuentra por debajo del promedio en América Latina y el Caribe, que en 2017 fue de 3 profesionales médicos por cada 1 000 habitantes. Situación similar se presenta en el número de profesionales en enfermería, que se ubica en 1,5 profesionales por cada 1000 habitantes y 0,9 auxiliares de enfermería. También se ubica por debajo del promedio regional en la dotación de camas, el país cuenta con 1,3 camas por cada 1 000 habitantes (2021) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2020, 2021b).

4.5. Aceptabilidad y calidad

Los usuarios de los servicios públicos de salud reconocen algunas problemáticas en la prestación de servicios que limitan el acceso. A pesar de existir una amplia red de establecimientos, la oferta y la capacidad instalada son limitadas, tanto en las características de la infraestructura como en la disponibilidad del talento humano (OIT 2022). La existencia de brechas de especialistas contribuye con esta problemática. Además, se identifican continuos problemas con el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, lo que ha motivado la implementación de mejoras en los mecanismos de abastecimiento y compra: subasta inversa corporativa de medicamentos, externalización de farmacias, mejoras de los sistemas de información, entre otras.

Las limitaciones han conducido a que en 2020 apenas el 44,5 por ciento de los hogares en los que uno de sus miembros recibió atención médica tuvo una percepción positiva sobre los servicios de salud pública. En el área urbana esta proporción alcanzó el 42,8 por ciento frente al 47,5 por ciento del área rural (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2021c). En los últimos veinte años el número de establecimientos de salud en el área rural ha crecido a mayor ritmo que en el área urbana, 26 por ciento de incremento en el área rural y 9 por ciento en el área urbana. Sin embargo, el área rural mantiene aún tasas más bajas de atenciones por consulta de morbilidad realizadas por médicos, 1,7 consultas por habitante en el área urbana en el año 2020 frente a 0,7 consultas al año por habitante en el área rural (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2020).

Varios estudios concluyeron que, conforme a una tendencia en muchos países de la región y del mundo, la igualdad socio-económica así como las discriminación que existen en la sociedad tienen una tendencia a reflejarse en el acceso a los servicios de salud y en los indicadores de salud. Hogares de bajos recursos, indígenas y poblaciones rurales tienen una tendencia a utilizar menos los servicios de salud (Lopez-Cevallos, 2014). Similarmente, el acceso a los servicios de salud para poblaciones migrantes y refugiados pueden encontrar varias barreras de acceso (Gualinga *et al.* 2016; Ripoll, Navas-Alemán 2018; Pecorini 2021). Las prestaciones de protección social en efectivo pueden jugar un papel complementario al acceso gratuito en servicios de salud para superar la desigualdad social y los determinantes sociales de la salud. Al mismo tiempo, solo un tercer de la población de Ecuador esta cubierta por lo menos por una prestación de protección social en efectivo, y la gran mayoría de esta cobertura es para pensiones de viejez (OIT 2021[a] y 2021b). Estas brechas de cobertura dificultan políticas integradas al nivel del hogar.

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCES), entidad adscrita al Ministerio de Salud, cumple funciones de vigilancia en temas de calidad de la salud, así como, creación de protocolos y normativa técnica para el aseguramiento de la calidad, emisión de los permisos de funcionamiento, y recepción tanto de reclamos como de sugerencias de los usuarios sobre la calidad del servicio.

En enero de 2023 se inició con el Plan Nacional de Medición de la Satisfacción de la Calidad en la Atención de los Servicios de Salud, iniciativa liderada por ACCES y cuyo ámbito de aplicación serían los establecimientos de la Red Pública Integral y la Red Complementaria de Salud. Los parámetros contemplados son calidad de la atención, presentación del personal, prontitud en la atención, trato humano, destreza y habilidad para la solución del problema, comunicación con el paciente y su familia, presentación física de las instalaciones, limpieza e higiene, accesibilidad, nivel de satisfacción y recomendación a otras personas. Este proyecto está en fase de implementación.

5. Desafíos

El sistema de salud ecuatoriano ha llevado en la última década un proceso de reforma que ha implicado la organización de la prestación de servicios en red, la homologación de las carteras de servicios, el fortalecimiento de la rectoría del sistema, la emisión e implementación de normas para la regulación del sistema, el fortalecimiento de la infraestructura y del talento humano, entre otras. De forma más reciente, se han llevado a cabo acciones tendientes al fortalecimiento de la provisión de servicios, con la puesta en marcha de la nueva infraestructura hospitalaria y la incorporación de nuevos procesos de abastecimiento de medicamentos. Sin embargo, existen importantes cambios que no fueron considerados o su propia complejidad no permitió su incorporación. Tal es el caso de las reformas al modelo de financiamiento del sector, en donde persiste la fragmentación y las ineficiencias que esta genera.

Los principales desafíos se relacionan con:

- El fortalecimiento del enfoque de atención primaria en salud; es decir, con el mejoramiento de la atención preventiva y la promoción de la salud.
- La protección financiera - los altos niveles de gasto directo de los hogares en salud generan barreras para el acceso.
- La distribución de los servicios de salud requiere también de un abordaje amplio, a fin de llevar a cabo acciones que permitan mejorar los niveles de acceso de la población, principalmente de aquella con condiciones de vulnerabilidad.

El sistema de protección social en salud, y de manera más amplia el sistema de salud mismo, tiene también algunos retos importantes en el ámbito operativo. La definición explícita de un conjunto de prestaciones por ser cubierto, la identificación y registro de la población a nivel territorial, la intervención en los mecanismos de pago y la incorporación de criterios de eficiencia en la gestión de recursos son algunos de los desafíos por resolver. La autoridad sanitaria construyó un Plan Decenal de Salud 2022-2031 cuyos objetivos incluyen disminuir las desigualdades e inequidades, promover el bienestar de la población, reducir la carga de enfermedad, garantizar el acceso equitativo a los servicios y propiciar un sistema integrado y eficiente (Ministerio de Salud Pública 2022b). Las intervenciones se orientan al fortalecimiento del enfoque preventivo en la prestación de servicios de salud, la incorporación de acciones de promoción de la salud, la mejora distributiva de los servicios, la oportunidad y calidad de la atención, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la incorporación de reformas a los mecanismos de pago en salud.

El perfil epidemiológico de la población, en el que coexisten enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas, requiere dar atención a los determinantes sociales de la salud. En ese ámbito, las políticas de protección social en general pueden contribuir a un abordaje integral de dichos determinantes. Asimismo, se constituye en un reto para el país una mirada integral del sistema de protección social y su sostenibilidad, como el sistema de pensiones y la atención a las personas adultas mayores y las prestaciones de asistencia social.

6. Principales lecciones aprendidas

- La gratuidad de los servicios públicos de salud manejados por el Ministerio de Salud Pública así como los servicios propios de los seguros públicos de salud ha contribuido a mejorar los niveles de acceso y de protección financiera de la población. La parte del gasto total en salud cubierta por gastos de bolsillo de los hogares se dividió en dos en vente años. Sin embargo, aún existe un elevado gasto directo de los hogares que se constituye en una barrera para el acceso, debido en gran parte al desabastecimiento de medicamentos.
- La reforma de salud en Ecuador, iniciada con la Constitución de 2008, generó mayores niveles de acceso a los servicios de salud y cobertura de la población. Las acciones llevadas a cabo para reformar el sistema de salud se enmarcaron en el cumplimiento del derecho a la salud. Destaca la conformación de la Red Pública Integral de Salud y con ella, los mecanismos de coordinación y articulación entre financiadores y prestadores públicos de salud; así como de estos con los privados. La mayor integración entre los actores del sistema estuvo acompañada por medidas para facilitar el acceso de la población a los servicios y mejorar la cobertura.
- La sostenibilidad de las reformas en salud requiere que la universalidad de los servicios de salud este acompañada por una asignación suficiente y oportuna de recursos financieros que permita dotar de todos los factores para la producción de servicios de salud - recursos humanos, físicos y materiales - necesarios para ofrecer servicios de calidad.

Referencias

Asamblea Constituyente. 2008. *Constitución del Ecuador*. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.

Casalí, P., F. Vallejo y D. Jaramillo. 2021. *Ecuador. Panorama de la protección social: Gobernanza, cobertura y sostenibilidad*. OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_815119.pdf.

Espinosa, V., C. Acuña, D. de la Torre y G. Tambini. 2017. «La reforma en salud del Ecuador». *Revista Panamericana de Salud Pública* 41(1). https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.96.

Gualinga, P., T. Gissela y R. Mosares Fernández. 2016. *Campaña de mercadeo social: #Dejémonos de vainas el migrante trabajando suma*. Quito: USFQ.

IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). 2022. *Boletín Estadístico del IESS. Año 2021*. Dirección Actuarial de Investigación y Estadística. https://www.iess.gob.ec/documents/10162/8421754/09_BOLETIN_ESTADISTICO_26_2021?version=1.0.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2020a. *Registro Estadístico de Actividades y Recursos de Salud*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/.

———. 2020b. *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS)*.

———. 2021a. *Defunciones Generales*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/.

———. 2021b. *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/.

———. 2021c. *Boletín Técnico de Resultados 2020. Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares (Seguimiento al Plan Nacional de Desarrollo)*.

Ley de Seguridad Social. 2001. Registro Oficial Suplemento 465, Ley 55-2001. http://www.ipgh.gob.ec/imagenes/noticias/pdfs/Ley-de-Seguridad-Social(1)(1).pdf.

Ley de Seguridad Social. 2011. Ley 55, Registro Oficial Suplemento 465. https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_segu.pdf.

Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional. 2018. Ley 90. https://isspol.org.ec/wp-content/uploads/2021/02/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-DE-LA-POLICIA-NACIONAL-4.pdf.

Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. 2011. Ley 169. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/Ley-del-Instituto-de-Seguridad-Social-de-Fuerzas-Armadas.pdf.

Ley Orgánica de Salud. 2006. Ley 67. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf.

López, R. 2018. *Un análisis del gasto de bolsillo en salud en Ecuador: Determinantes, efecto y gasto catastrófico*. Ministerio de Salud Pública - USFQ.

López-Cevallos, D., C. Chi y F. Ortega. 2014. «Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad». *Revista de Salud Pública* 16: 347-360.

Lucio, R., R. López, N. Leines y J. A. Terán. 2019. *El Financiamiento de la Salud en Ecuador*. https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/215.

Mena, A. C. y P. Casalí. 2021. *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal*. OIT Países Andinos. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. 2017. *Norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red pública integral de salud y de la Red privada complementaria, y su reconocimiento económico*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf.

———. 2022a. «GeoSalud 3.7.8». https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/.

———. 2022b. *Plan Decenal de Salud 2022-2031*.

Molina Guzmán, A. 2019. «Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador». *Íconos - Revista de Ciencias Sociales* 63. https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070.

Naciones Unidas. 2023. *Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico. Datos, estadísticas y recursos institucionales para el seguimiento de la Agenda 2030*. https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2010. *Informe sobre la salud en el mundo. El camino hacia la cobertura universal 2010*. http://site.ebrary.com/id/10440643.

———. 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2008. *Perfil de los sistemas de salud. Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/politicas-sistemas-y-servicios-de-salud/Perfil-Ecuador-ML4printer.pdf.

———. 2021. «Tablero de los indicadores básicos». PAHO/EIH Open Data. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos.

OIT. 2021. *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-08/wcms_817788.pdf.

———. 2022. *Perspectivas de trabajadores, empleadores, usuarios y expertos sobre el Sistema Nacional de Salud de Ecuador. Estudio cualitativo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_854934.pdf.

———. 2023. «Nota informativa, julio 2023. Avances de Ecuador en la implementación del Piso de Protección Social en el marco de la Agenda 2030: un llamado a la acción, situación al año 2021».

Pecorini. 2021. *Las acciones del estado de Ecuador para garantizar el acceso a la salud pública de los migrantes colombianos, en el marco de la CSM, 2010-2019*. https://repositorio.21.edu.ar/items/88e2d82d-5a46-409c-9176-03bae8e21054.

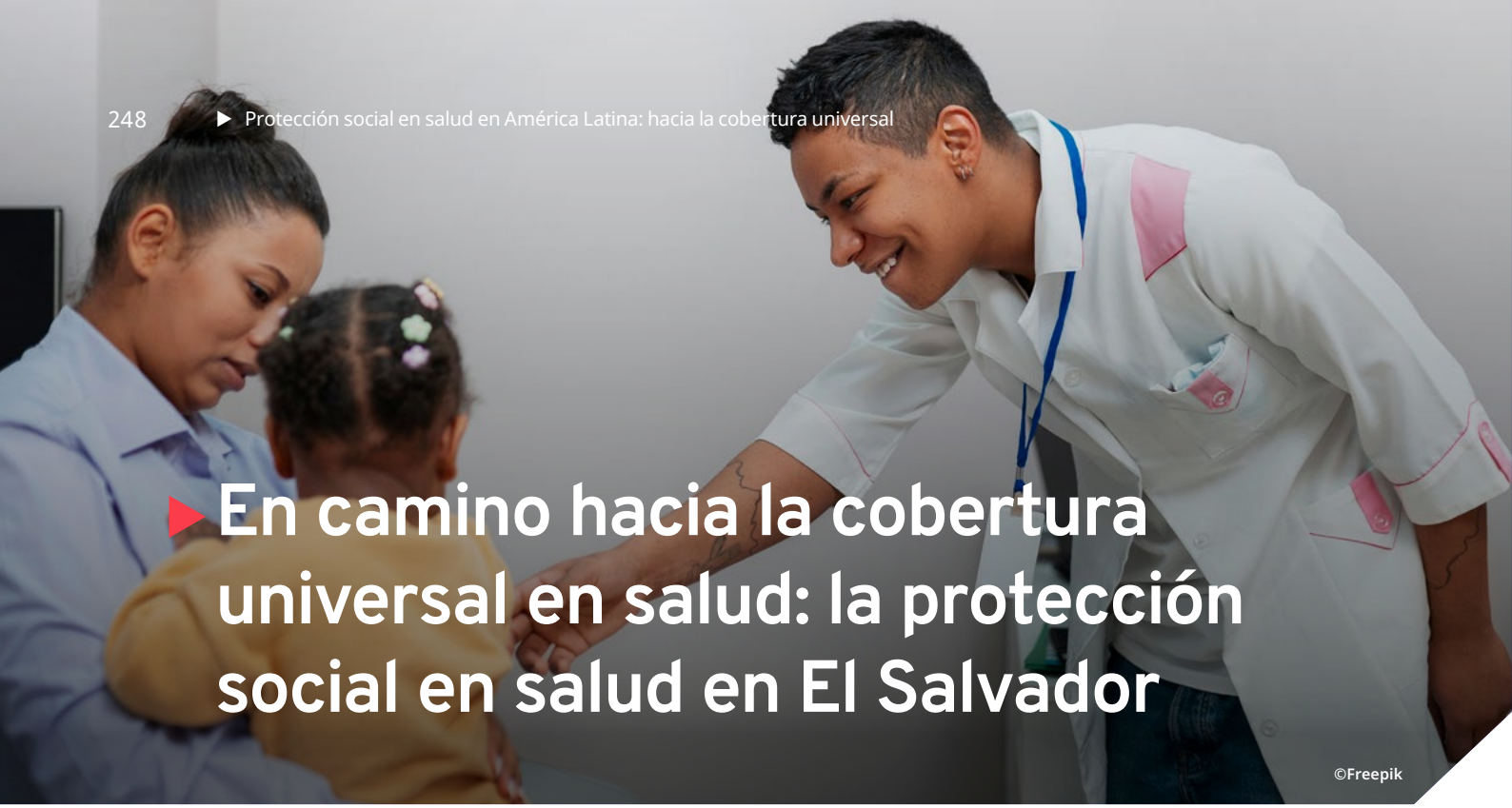
Ripoll, S. y L. Navas-Alemán. 2018. *Xenofobia y Discriminación Hacia Refugiados y Migrantes Venezolanos en Ecuador y Lecciones Aprendidas para la Promoción de la Inclusión Social*. IDS y UNICEF. https://opendocs.ids.ac.uk/articles/online_resource/Xenofobia_y_Discriminaci_n_Hacia_Refugiados_y_Migrantes_Venezolanos_en_Ecuador_y_Lecciones_Aprendidas_para_la_Promoci_n_de_la_Inclusi_n_Social/26429917?utm_source=chatgpt.com&file=48078982.

United Nations. 2022. *Human Development Report 2021-22. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World*. *Human Development Reports*. United Nations. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Villacrés, T. 2022. *Diagnóstico del modelo de reconocimiento económico de la Red Pública Integral de Salud en Ecuador y recomendaciones de mejora*. OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_854932.pdf.

Villacrés, T. y A. C. Mena. 2017. «Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador». *Revista Panamericana de Salud Pública* 41: 1. https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.51.

Este perfil fue preparado por Ana-Cristina Mena y revisado por Pablo Casali y Lou Tessier (OIT). Con el beneficio de los aportes de Nilda Villacres Avilés (Economista en salud, Experta en sistemas y servicios de salud).



En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en El Salvador

©Freepik

1. Introducción

El Salvador, situado en América Central, tiene una superficie de 21 040 km² con lo que se encuentra entre los países más pequeños de la región. Con una reciente reestructuración territorial que agrupa a los 262 municipios existentes hasta el 2023, en solo 44, hoy denominados como distritos.[106]

En el 2000, la población total de El Salvador era de 5 958 482 habitantes y ya para el 2023, ascendió a 6 364 943, lo que representa un incremento de 6,8 por ciento. En cuanto al perfil demográfico del país, en el 2023 la población mayor a los 65 años representaba 8,4 por ciento del total, lo que implica un aumento de 3,5 puntos porcentuales con respecto al 2000. Asimismo, en el 2023 se alcanzó una razón de 110,1 mujeres por cada 100 hombres y de 33,4 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años. Se calcula que actualmente (año 2023) el país tiene en su población una relación de dependencia[107] de 50,1 habitantes potencialmente pasivos por cada 100 habitantes potencialmente activos, esta relación era de 72,5 en el año 2000 (OPS 2023).

En términos demográficos, el país tiene una generación sin precedentes de personas jóvenes, el 53,1 por ciento de la población es menor de 29 años (DIGESTYC 2021), que están en el mejor momento para generar riqueza, hacer crecer la economía y lograr una situación favorable para disminuir los índices de pobreza, desigualdad y exclusión (ONU MUJERES El Salvador, Perfil País 2023).

La economía está dolarizada desde el año 2000 y, recientemente, se ha incorporado el Bitcoin como moneda de curso legal. En términos económicos, en el año 2021, el país creció un 11,2 por ciento, y el crecimiento se moderó hasta llegar al 2,6 por ciento en 2022 y la proyección promedio para 2023 se ubica en 2,8 por ciento. Se prevé que el PIB converja en un 2,1 por ciento en el mediano plazo, por encima de los promedios históricos, como consecuencia del consumo privado, la inversión pública y el turismo. La pobreza aumentó en el lapso entre 2019 y 2020, pero en 2021 volvió a una cifra inferior a la que se registraba antes de la Pandemia por COVID-19. Sin embargo, la pobreza extrema sigue siendo más alta que los niveles anteriores a dicha Pandemia. Las tasas de las líneas de pobreza de ingreso mediano alto de USD 6,85 y de ingreso mediano bajo de USD 3,65 por persona (basadas en la paridad de poder adquisitivo [PPA] de 2017) llegaron al 27,5 por ciento y al 8,6 por ciento en el año 2022, respectivamente. Las tasas nacionales de po-

[106] La nueva distribución está basada en los 14 artículos de la ley Especial para la Reestructuración Municipal, la cual fue expuesta en el pleno legislativo en la sesión número 110, en junio de 2023.

[107] Si se considera la población entre 15 y 64 años como potencialmente activa; es decir, susceptible de participar en actividades laborales, para el 2023 esta representó 66,6 por ciento de la población total del país, lo que equivale a un total de 4 239 597 personas. Si a estos datos se agregan los relativos a la población potencialmente pasiva (1 593 109 menores de 15 años y 532 237 mayores de 65 años) se obtiene la relación de dependencia actual de la población en el país.

breza muestran un panorama variado, con ello, la tasa de pobreza moderada se mantiene relativamente estable, cerca del nivel registrado antes de la pandemia por COVID-19, mientras que la tasa de pobreza extrema aumentó en 2022, para mantenerse 4,1 puntos porcentuales por encima del porcentaje de 2019. En vista de que la tasa oficial de pobreza extrema es más baja que la línea de pobreza de ingreso mediano bajo de USD 3,65 al día, este resultado sugiere que el segmento menos favorecido de la población va en aumento (Banco Mundial, octubre de 2023).

En 2022, el Producto Interno Bruto *per capita* fue de 5 127,3 dólares, lo que lo ubica casi al mismo nivel que Guatemala (con 5 473,2 dólares) y solo abajo de Panamá (con 17 357,6 dólares) y Costa Rica (con 13 365,4 dólares) en Centroamérica, y muy por debajo la media de América Latina y el Caribe con 10 344,2 dólares (Banco Mundial, 2023).

En lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, para el 2023 fue de 73,4 años, cifra inferior al promedio de la Región de las Américas, pero que representa un incremento de 3,5 años con respecto a lo informado en el 2000 (OPS 2023).

El Salvador tiene mucho potencial de desarrollo en su población, con un importante bono demográfico, pero está atravesando por una situación compleja ante la recuperación económica pospandémica por COVID-19

2. Contexto

El sector salud está conformado por el subsector público y por el privado. En el subsector público se encuentran, principalmente, el Seguro Social Obligatorio, que es de carácter contributivo para los trabajadores asalariados formales, sus dependientes y los jubilados. Con una población económicamente activa (PEA) de 2.963.018 (41 por ciento mujeres 59 por ciento hombres), el Seguro Social ha tenido un total de 962 575 de trabajadores cotizantes en enero de 2023, equivalente al 32 por ciento de la PEA (40 por ciento mujeres, 60 por ciento hombres), representando el 32 por ciento de la población total del país (mujeres 51 por ciento, hombres 49 por ciento) (ISSS, marzo 2023).

Existe también población cubierta por otros regímenes públicos como la Sanidad Militar y Programa Especial de Salud del Magisterio Público.

Las personas que no están cubiertas por la seguridad social, quedan protegidas por el sistema de asistencia social del Ministerio de Salud. El porcentaje de personas que no cuenta con seguridad social corresponde al 71 por ciento y es el grupo objetivo de la entidad (Ministerio de Salud de El Salvador 2021).

El Salvador ha afrontado varios cambios en el sistema de protección social en salud en la búsqueda por cumplir con las metas de cobertura universal y mejorar los sistemas de salud. Durante la década de los años 1990, las propuestas de los diversos sectores apuntaban a la privatización del sector salud; sin embargo, gracias a la fuerte oposición de los sectores sociales, en el año 2007, la Comisión Nacional de Reforma creó la Propuesta de Reforma Integral de la Salud. A partir de esta reforma se generaron normativas y políticas dirigidas hacia la creación de un sistema de salud universal y gratuito, el fortalecimiento de la atención primaria y la prevención de enfermedades, la mejora de la calidad y accesibilidad de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura de seguridad social para incluir a trabajadores informales y población rural (Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud 2007).

La persistencia de un sistema fragmentado y segmentado propició una nueva reforma que inició en el año 2010, la cual derivó en la creación de la ley del Sistema Nacional Integrado de la Salud sancionada en el año 2019. Esta ley plantea una integración del sistema, así como la adopción del Modelo de Atención Integral de Salud y gestión y provisión de los servicios organizada en Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) (Ministerio de Salud de El Salvador 2022a).

Los principales actores del sistema de protección social en salud son el Ministerio de Salud, como rector del sistema y prestador de servicios, junto con el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) responsable de la cobertura de afiliados a la seguridad social de forma obligatoria y voluntaria. También existen instituciones de seguridad social de grupos específicos como militares y personas trabajadoras del Magisterio

▶ 3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

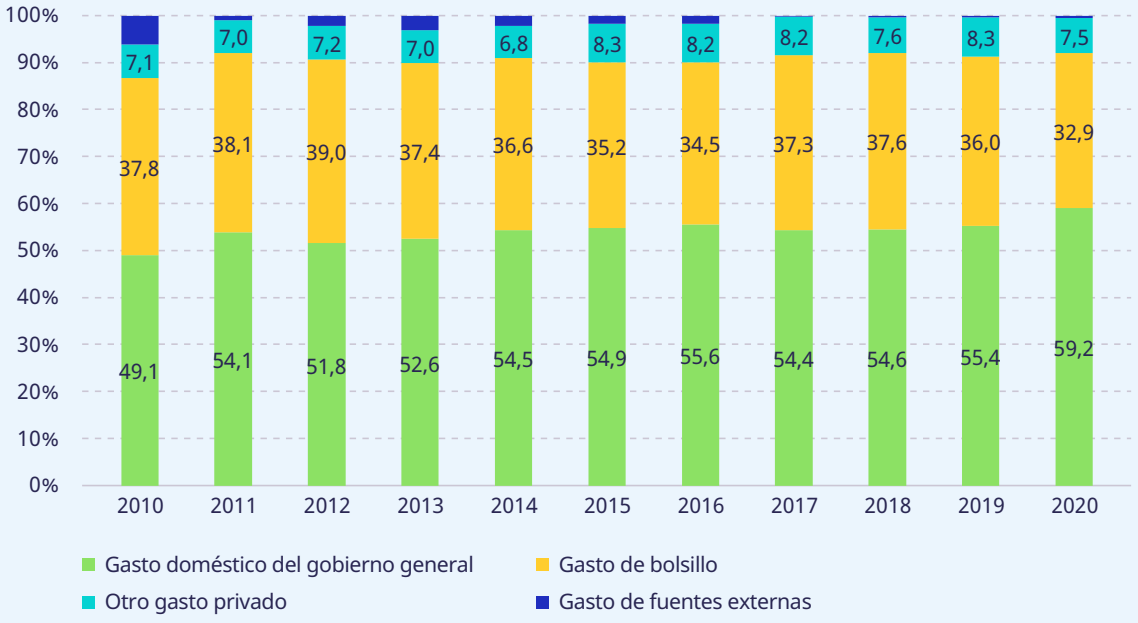
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

Con un presupuesto asignado en Salud Pública de $1,131.2 millones, representando del 12.7 por ciento del total del presupuesto de la nación en el año 2023 (Asamblea Legislativa de El Salvador Diciembre 2023), que representa el 6.9 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del país. En la última década, el gasto en salud se ha mantenido relativamente estable en relación con el nivel de la economía, cercano al 8,5 por ciento del PIB, pero en 2020 se reportó un crecimiento de 1,5 puntos porcentuales hasta alcanzar el 9,9 por ciento del PIB debido al doble efecto generado por el crecimiento del gasto en salud y la contracción de la economía por efectos de la Pandemia de COVID-19; sin embargo, para el año 2023 sufrió una contracción de 3 puntos porcentuales.

El gasto en salud *per capita* para el 2020 fue de 385,7 dólares. La estructura del gasto muestra una participación mayoritaria del gasto público y de los hogares. El gasto público en salud, que comprende el gasto del Ministerio y de los seguros sociales se ubica en 59,2 por ciento del gasto total (2020), con un crecimiento de 10 puntos porcentuales desde 2010 (gráfico 1). La estructura del gasto evidencia el bajo nivel de aseguramiento contributivo que existe en el país y el elevado pago que deben realizar los hogares para acceder a los servicios de salud. Esta estructura se ha mantenido sin cambios importantes desde 2010; en los últimos diez años destaca la disminución del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en 5 puntos porcentuales.

▶ **Gráfico 1. El Salvador. Gasto en Salud. Porcentaje del gasto total en salud**

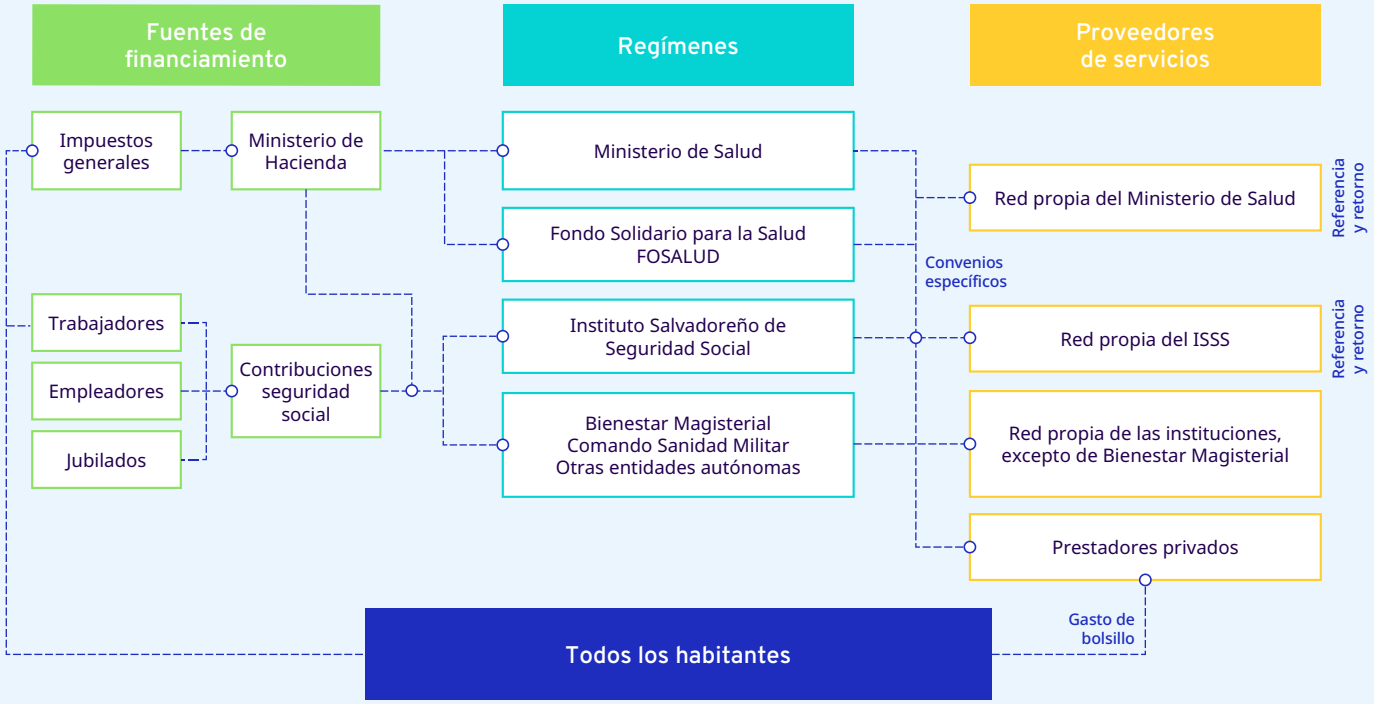


Fuente: OMS (2022a)

ii) Flujos financieros del sistema

La existencia de distintos fondos para gestionar los recursos del sector sanitario que cubren a diversos grupos poblaciones refleja la fragmentación del financiamiento en El Salvador. No se han llevado a cabo procesos para mancomunar los fondos para la salud. Como consecuencia, el gasto por persona presenta diferencias importantes entre regímenes (OPS 2014). En 2017, el gasto per capita del Instituto de Bienestar Magisterial fue 4,6 veces superior al del Ministerio de Salud, el de Sanidad Militar 2,6 veces mayor y el del Instituto Salvadoreño del Seguro Social 2,1 veces (Oliva Cepeda 2020; PNUD 2022). En el sistema de salud de El Salvador tampoco existe separación de funciones entre compradores y proveedores de servicios de salud, tanto en el Ministerio de Salud como en el ISSS (diagrama 1).

▶ Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de El Salvador



Elaboración: autora

iii) Fuentes de financiamiento

El financiamiento del sistema de salud proviene principalmente de impuestos. Estos financian las prestaciones que brinda el Ministerio de Salud y se asignan a través del Ministerio de Hacienda. El gasto del gobierno representa el 35,6 por ciento del gasto total en salud; mientras que el gasto de la seguridad social representa el 23,7 por ciento.

Para el 2023, el financiamiento del presupuesto del Ministerio de Salud tenía distintas fuentes; así provenientes del Fondo General de la República se disponía de US 990 227 525, mientras que la cantidad de US 140 863 565 tenía su origen en Préstamos Externos, las donaciones aportaban la cifra de US 35 000 de Donaciones, para el total de US 1 131 Millones (MINSAL 2023).

El régimen de seguridad social en salud se financia con las contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el Estado. Para la cobertura de salud y riesgos profesionales, los empleadores aportan el 7,5

por ciento de la remuneración que afecta al seguro[108] y los trabajadores el 3 por ciento. Además, el Estado aporta una cuota anual de al menos 571. 429 dólares, que se ajusta cada cinco años. Los pensionistas aportan entre el 6 y el 7,8 por ciento de su pensión para acceder a la cobertura de salud (OPS y CISSCAD 2020). De forma voluntaria, los salvadoreños residentes en el exterior pueden afiliarse y recibir la cobertura de servicios de salud con un aporte del 9,32 por ciento de la remuneración que afecta al seguro. Las personas trabajadoras de forma independiente que se afilien voluntariamente deben cotizar 40 dólares por cobertura individual o 56 dólares por cobertura familiar (Schwarzer *et al.* 2020).

En 2004 se creó el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), como una entidad con autonomía administrativa y financiera, adscrita al Ministerio de Salud. Este fondo tiene por objetivo propiciar la creación de programas para ampliar la cobertura de salud, diseñar y ejecutar programas para atender las necesidades básicas en salud con énfasis en población vulnerable, realizar campañas de educación en salud, entre otras. Se financia con recursos fiscales definidos por el Ministerio de Hacienda y por el incremento anual de la recaudación por la "producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares" (ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud 2004).

El Instituto de Bienestar Magisterial, que cubre a las personas docentes y sus familias, se financia mediante contribuciones de los afiliados y un aporte del Estado. La Sanidad Militar recibe financiamiento de los recursos fiscales provenientes de impuestos generales y otros ingresos provenientes de la venta de servicios a población que lo requiera.

3.2. Gobernanza

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sistema Nacional Integrado de Salud y como tal, es el responsable de su coordinación, integración y regulación. Entre sus principales atribuciones destacan la definición de la política y el plan nacional de salud, la coordinación de los integrantes del sistema, la promoción del modelo de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación, el cumplimiento del modelo de gestión de la calidad, entre otros (ley del Sistema Integrado de Salud 2019).

Además, existe el Consejo Superior de Salud Pública, definido por ley como el ente controlador. Es la instancia responsable de la supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud brindados en el sistema. Le corresponde implementar los procesos de certificación de los servicios de salud, los procesos inspección y auditoría médica, emitir las normas para el sistema de calidad, emitir las certificaciones de calidad a los establecimientos de salud, entre otros (ley del Sistema Integrado de Salud 2019).

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social es el organismo responsable de la administración, dirección y planeamiento del seguro social. Su órgano superior es el Consejo Directivo. Está conformado por la persona que ocupe el puesto principal del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, personas representantes de los ministerios de Hacienda, de Trabajo, de Salud Pública y Asistencia Social y de Economía, dos personas representantes del sector trabajador, dos personas representantes del sector patronal, un representante del Colegio Médico, uno de la Sociedad Dental y por lapersona que ocupe la Dirección General del Instituto (ley del Seguro Social, 1953).

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

El régimen de seguridad social da cobertura a personas trabajadoras del sector formal, dependientes o independientes y sus beneficiarios. De acuerdo con la ley "El Régimen del Seguro social obligatorio se aplicará originalmente a todas las personas trabajadoras que dependan de un patrono, sea cual fuere el tipo de relación laboral que las vincule y la forma en que se haya establecido la remuneración" (ley del Seguro Social 1953). Para el caso de las personas trabajadoras independientes, la afiliación es voluntaria en el marco de un régimen especial de salud.

La cobertura se extiende al cónyuge o conviviente de la persona afiliada, viudo, viuda o conviviente con

[108] De acuerdo con el Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social esta remuneración corresponde a la retribución total que corresponda al trabajador por sus servicios.

derecho a pensión, hijos menores a 18 años de personas aseguradas o pensionadas, entre otros casos especiales para cesantes y personas pensionadas establecidos en la normativa (Reglamento para la aplicación del Régimen del Seguro Social y reformas 2020). Antes de 2019, la cobertura se otorgaba a los hijos menores de 12 años, lo que convertía a El Salvador en un caso atípico en la región en donde la cobertura para los dependientes tiene un rango etario mayor; sin embargo, la reforma a la ley de Seguridad Social amplió este beneficio.

El ISSS ofrece la cobertura médica y previsional a la cual se hace acreedora la persona afiliada y su grupo familiar (Cónyuge, compañero o compañera de vida e hijos). Comprende los riesgos cubiertos tanto por el Régimen de Salud (Seguro de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (Seguro de IVM). El ISSS como entidad de derecho público que responde a los fines de la seguridad social, cubre los riesgos profesionales y comunes a los que están expuestos las personas trabajadoras: Enfermedad accidente común, Enfermedad profesional o Accidentes de trabajo, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte. Este régimen General de Salud (Seguro de Enfermedad, Maternidad y riesgos profesionales), cubre a la persona cotizante (o pensionada), su cónyuge, compañero o compañera de vida y a sus hijos e hijas menores de 18 años; otorga tres tipos de prestaciones: Prestaciones médicas, Prestaciones económicas y Prestaciones en especie; pero no incluye el régimen de pensiones (ISSS 2023). El régimen de pensiones está cubierto por el Sistema de Ahorro para Pensiones gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones. Aunque la afiliación a cada sistema se realiza de forma independiente, desde el 2017 se creó una base de datos única de las personas afiliadas a pensiones y al ISSS para asegurar que las personas trabajadoras se afilien a ambos seguros (Schwarzer et al. 2020).

El Ministerio de Salud da cobertura a la población que no cuenta con un seguro de salud. El Código de Salud estable que este Ministerio es el "encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes" (Código de Salud y reformas 1988).

3.4. Beneficios y provisión de servicios

En los distintos regímenes de salud no está definido de forma explícita el paquete de beneficios a los que puede acceder la población. Cada institución define las prestaciones para sus beneficiarios y no existe homologación entre programas.

La seguridad social brinda servicios de salud y prestaciones económicas y en especie a sus afiliados. Dentro de los servicios de salud se incluyen consultas en medicina general y especialidades en hospitales, centros médicos, clínicas comunales y empresariales, también hospitalización, salud dental, salud mental, medicina preventiva, rehabilitación, medicina y laboratorio, y aparatos de prótesis y ortopedia en ciertos casos. Las personas beneficiarias del seguro de salud obligatorio a cargo del ISSS reciben los servicios a través de hospitales, centros médicos de propiedad del instituto, o proveedores contratados.

El Ministerio de Salud brinda asistencia social, principalmente en tres niveles de atención:

El primer Nivel de Atención Primaria en Salud (APS) o Primer Nivel de Atención, es un enfoque que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente, tan pronto como sea posible, a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento. En este nivel se ubica además, el Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), que surgió en el año 2004 como iniciativa orientada a cubrir una necesidad dentro de la APS hacia la población vulnerable. Y uno de los enfoques iniciales fue extender los horarios de atenciones en las unidades de nivel primario; para atender las necesidades de cualquier tipo, desde emergencias hasta seguimiento de atenciones preventivas (controles infantiles, vacunación, controles prenatales).

Actualmente, se cuenta con 759 establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención divididos entre establecimientos básicos (cada uno con al menos una enfermera y un médico), Intermedios y Especializados. De estos establecimientos, 168 cuentan con características de Fosalud (Ministerio de Salud de El Salvador 2022b).

Con respecto a los recursos humanos en el primer nivel, se cuenta con 1 642 médicos generales, 21 con especialidad de medicina interna, 32 medicina familiar, 81 ginecoobstetras, 71 pediatras, 48 nutricionistas, 79 psicólogos, 50 fisioterapistas, 51 educadores en salud, 507 odontólogos, 900 licenciados en enfermería, 374 técnicos en enfermería, 1282 auxiliar en enfermería; además cuenta con 3 249 promotores de salud priorizados en las áreas rurales a nivel nacional, los cuales dan seguimiento a nivel comunitario y familiar; además, promueven a nivel local las atenciones preconcepcionales, prenatales, controles infantiles, controles puerperales, inscripciones a planificación familiar, vacunación, inscripciones de adolescentes a programas, al igual que adultos mayores, quienes son referidos al establecimiento básico de salud para sus controles. Finalmente, se implementa un plan de acercamientos comunitarios y brigadas médicas de los establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención (esto a partir de la Reforma de Salud del año 2009), con el objetivo de aumentar la cobertura de los programas de salud en las áreas que al momento no están siendo intervenidas por situaciones de riesgo social o inaccesibilidad, programando las atenciones preventivas y curativas en áreas prioritarias.

Además, según el MINSAL, otro avance sustancial es que el 95 por ciento de los establecimientos del Primer Nivel de Atención cuentan con el Sistema Integrado de información en salud (SIS). Un avance en la mejora de la calidad que va desde la mejora en tiempos de espera (agendamiento), hasta el registro de información clínica de cada usuario, lo anterior beneficia a la población y a los tomadores de decisión, después dehabérseles proporcionado computadoras y tabletas electrónicas a los establecimientos que se encuentran implementando el SIS. Por lo que gasto en salud del primer nivel de atención se ha incrementado.

Otro avance importante para el Gobierno de El Salvador en términos de cobertura en la prestación de servicios de salud es que se está trabajando en diversas estrategias como la telemedicina.

El segundo nivel de atención está enfocado en servicios de salud que incluyen consulta externa en medicina general y especialidades como medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría, obstetricia, psiquiatría, entre otras; atención de emergencias; hospitalización; banco de sangre; imagen y laboratorio. También en este nivel se ha dado principal énfasis a la salud materno-infantil, en especial con la creación de la ley Nacer con Cariño, publicada en el año 2021. Según MINSAL, desde el año 2020, se ha llevado a cabo una modernización en toda la red hospitalaria, con ello el Hospital El Salvador responde a las prioridades en Salud del Plan Cuscatlán y Política Presupuestaria de Mediano Plazo 2018-2021 del Ministerio de Hacienda, así como a compromisos internacionales suscritos por El Gobierno de El Salvador, tales como la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública y Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS), según lo indica el MINSAL, dicho hospital tiene una capacidad instalada de 981 camas, cuenta con servicios de tratamientos y servicios de apoyo e indica que se ha iniciado la modernización de los Hospitales con equipos nuevos,renovación de áreas de emergencia, consulta Externa, quirófanos y Unidades de Cuidados Intensivos; en él se realizó una inversión en equipamiento por un monto de 13 855 754,45 durante los años 2020 y 2021 (Gobierno de El Salvador 2023).

El tercer nivel de atención comprende hospitales nacionales especializados de alta complejidad, con servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento especializados.

Entre el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social existe un convenio para la prestación y facturación de servicios de salud en forma recíproca a través del sistema de referencia y en los casos de emergencia. El valor de los servicios prestados es definido por el Ministerio de Hacienda.

El Ministerio de Salud emitió lineamientos para los pacientes en lo respectivo a la referencia, retorno e interconsulta que son aplicables en los proveedores de servicios de la red del Ministerio. El proceso contempla el traslado de pacientes a un establecimiento de mayor nivel de complejidad. De forma similar, el ISSS cuenta con una norma propia para regular el sistema de referencia y el retorno en la red de prestadores del Instituto.

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

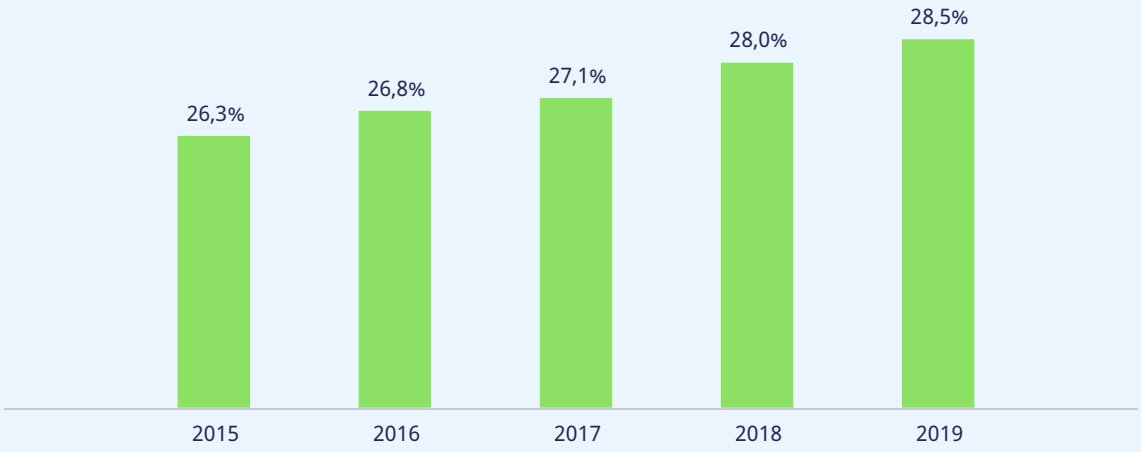
El Ministerio de Salud tiene bajo su responsabilidad al 71,2 por ciento de la población, correspondiente con las personas que no tienen afiliación a ningún régimen de seguridad social ni a seguros privados (Ministerio de Salud de El Salvador 2021). Sin embargo, existen brechas en el acceso a los servicios de salud y se ha identificado que la oferta de servicios cubre a, aproximadamente, la mitad de la población bajo su responsabilidad (Acosta y Bermúdez 2011).

El Plan Estratégico Institucional 2019-2025 formulado en alineación con el Plan Cuscatlán 2019-2024 (Plan del Gobierno de la República de El Salvador) proyecta como meta que al 2025 sea posible ampliar el acceso a servicios de salud a un 60 por ciento de la población sin acceso previo y el incremento de la adscripción con algún proveedor de servicios de salud del primer nivel de atención de las Redes Integrales e Integradas de Salud a través de la sinergia y articulación de los proveedores de servicios para el 60 por ciento de la población. Este Plan Institucional busca, además, que al 2025 el 100 por ciento de las instituciones de salud miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ejecuten el plan de acciones intersectoriales para el abordaje de la determinación social de la salud.

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social brinda cobertura al 28,5 por ciento de la población total. La cobertura alcanzaba en 2019 a 1 799 845 personas, entre cotizantes y asegurados familiares dependientes. El 48 por ciento del total comprende a las personas trabajadoras públicos y privados, 42 por ciento a las perosnas beneficiarias y 10 por ciento a personas jubiladas. El 80 por ciento de las aportaciones provienen de personas trabajadoras del sector público y un 20 por ciento del privado (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social 2021).

La afliliación ha tenido un importante crecimiento, en el año 2005 el ISSS cubría el 18,4 por ciento de la población pasando a un 28,5 por ciento en el año 2019. Sin embargo, los niveles de afiliación son insuficientes para un adecuado sistema de protección social en salud. Esta situación traslada la responsabilidad de la cobertura en salud a la asistencia del Ministerio de Salud, que también presenta brechas importantes (gráfico 2).

Gráfico 2. Cobertura de población asegurada al ISSS. Porcentaje de la población total



Fuente: (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, 2021), Dirección General de Estadísticas y Censos (2021).

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial cubre a una población de 88 313 personas, de los cuales el 50,7 por ciento corresponde a contribuyentes del sistema.

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de El Salvador es elevado (0,76); se encuentra muy cercano al promedio de la región y similar al grupo de países con ingresos medios y altos. La cobertura de servicios ha mejorado más de un 50 por ciento en los últimos 20 años, al pasar de 0,50 a 0,76. Los mejores resultados se presentan en la cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil y en las capacidades del servicio (OMS 2022b).

La atención de la salud materna e infantil es prioritaria para el sistema y el país evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. En El Salvador el 99,5 por ciento de los nacimientos en 2021 fueron atendidos por profesionales de la salud, lo que es indicador de los buenos niveles de utilización de servicios en el país (OPS 2021).

En el conjunto de las principales causas de morbilidad y mortalidad se encuentran las enfermedades no transmisibles, acentuadas por la pobreza y su afectación en la calidad de vida, así como el envejecimiento de la población. Entre las principales causas de mortalidad también se encuentran enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad renal crónica, entre otras (Ministerio de Salud de El Salvador, 2021).

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en salud corresponde al 32,9 por ciento del gasto total. Este nivel de gasto directo de los hogares es el resultado de la existencia de barreras de acceso de los individuos y las familias a la protección en salud del Estado y supone mayores posibilidades de incurrir en gasto catastrófico. El gasto de los hogares ha presentado una tendencia a la baja: en 2000 se ubicó en el 45,36 por ciento del gasto total, en 2010 fue de 37,81 por ciento y en 2020 presentó una caída de 5 puntos porcentuales.

A pesar de que existe un elevado nivel de gasto de bolsillo en El Salvador se han tomado medidas para mejorar la protección financiera de la población. Hasta el año 2009, existían copagos por la prestación de salud, denominadas cuotas voluntarias, las cuales imponían barreras para el acceso. Se estima que este rubro representó entre el 12 y el 18 por ciento del presupuesto de los hospitales (OPS 2014). Sin embargo, en 2009, en el marco de la reforma de salud, se eliminaron estos copagos en el punto de atención, donde el Ministerio de Salud a través de su marco jurídico y normativo garantiza la gratuidad de la atención en salud para toda la población, paquetes de acceso de cobertura universal con énfasis en los grupos rezagados. Además, se cuenta con leyes especiales que fortalecen esta garantía como la ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de los servicios de Salud. Se establecen mecanismos de participación ciudadana a través del Sistema Nacional de Atención Ciudadana como una herramienta para acercar los servicios y la recepción de quejas, consultas y solicitudes que optimizan la satisfacción de la atención en salud.

Adicionalmente, en 2012 se implementó una nueva ley de medicamentos que significó una disminución del 25 por ciento los precios finales de los medicamentos en el primer año. La reducción de precios tuvo un impacto en el gasto de bolsillo que se redujo en un 13 por ciento, principalmente en los hogares con menores ingresos (OPS 2014).

El primer nivel de atención cuenta con 183 Medicamentos esenciales para la atención de la población salvadoreña, accesible de forma gratuita en el 100 por ciento de establecimientos de salud básicos, intermedios y especializados, que según MINSAL su abastecimiento es sostenido a nivel nacional. Se cuenta con un documento regulatorio en el cual se enlistan los médicamentos esenciales por nivel de atención y personal de salud que puede prescribir (MINSAL 2023).

Sin embargo, el gasto de los hogares se concentra en productos farmacéuticos con casi dos terceras partes del gasto de bolsillo, seguido de los servicios hospitalarios con el 11,1 por ciento, servicios médicos ambulatorios con el 10,6 por ciento y otros servicios para pacientes externos (servicios dentales, paramédicos, auxiliares médicos, laboratorio) (Rubio y Peña 2013). Los hogares con menores ingresos exhiben un

mayor gasto relativo en medicamentos con respecto a sus ingresos: el quintil 1 gasta más del 70 por ciento del gasto en salud en medicamentos, mientras que el quintil 5 gasta el 41,36 por ciento (Herrera, 2013).

Pese a tener un elevado gasto de bolsillo, el indicador de los ODS (3.8.2) sobre la proporción de la población con grandes gastos sanitarios se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe. En 2014, El Salvador reportó que el 0,3 por ciento de la población tiene gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar, frente al 1,6 por ciento de la región. Cuando se considera como umbral el 10 por ciento de los ingresos familiares, el porcentaje para El Salvador alcanza el 1,7 por ciento (Naciones Unidas, 2023).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

La disponibilidad de recursos para la prestación de servicios de salud presenta indicios de un sistema con limitaciones. El Salvador posee un número bajo de camas y de enfermeras, lo que se refleja en las brechas en la provisión de servicios. Posee 1,2 camas por cada 1 000 habitantes (2017), nivel que corresponde a casi la mitad del promedio de los países de ingresos medios y bajos (2,3 camas). Por otro lado, existen 1, 8 enfermeras por cada 1000 habitantes (2018); mientras que el promedio de América Latina y el Caribe es de 4,5 enfermeras por cada 1 000 personas. El número de médicos es de 2,9 profesionales por cada 1 000 habitantes (Banco Mundial 2022).

La disponibilidad de establecimientos de salud es mayoritaria en la red del Ministerio de Salud. En 2017, contaba con 786 establecimientos de primer nivel (759 para el año 2023), 26 hospitales básicos, departamentales y regionales, 3 centros de atención de emergencias y 30 hospitales nacionales. La red propia y externa del ISSS estaba conformada por 11 hospitales, 15 unidades médicas con hospitalización y 19 sin hospitalización, 39 clínicas comunales, 6 centros de atención diurna y 285 clínicas empresariales (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social 2021).

En El Salvador se identifican algunas falencias en los recursos disponibles para la prestación de servicios. Existen brechas de profesionales de la salud en varias áreas, lo que se suma a las dificultades para ubicar a personal, particularmente médicos especialistas, en lugares distantes o de difícil acceso. La infraestructura de varias unidades de primer nivel y hospitales resulta insuficiente para la demanda, lo que origina carencias en los servicios y en condiciones inadecuadas. También existen problemas en el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, y en las listas de espera para consulta externa con especialistas (Ministerio de Salud de El Salvador 2021).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

Como parte de las atribuciones del Ministerio de Salud se encuentra “garantizar en el sistema el cumplimiento de un modelo de gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud, de manera cuantitativa y cualitativamente” (ley del Sistema Integrado de Salud 2019). En Ministerio de Salud cuenta con una Unidad de Calidad, con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados por unidades de salud, por lo que ha desarrollado manuales de procesos y procedimientos para atenciones ambulatorias de baja complejidad, emergencias y hospitalización. También se ha realizado la implementación de lineamientos de categorización de los establecimientos prestadores de servicios de salud del Ministerio.

Adicionalmente, existen Oficinas por el Derecho a la Salud en los 30 hospitales de la Red Nacional y en cada una de las cinco Regiones de Salud del Primer Nivel de Atención; tienen, entre otros objetivos, la mejora continua de la satisfacción del usuario en el marco de la garantía del derecho a la salud en los diferentes niveles de la RIIS.

Con los esfuerzos realizados se han logrado algunos avances, aunque persisten problemas en la calidad de la atención, principalmente en el primer nivel de atención. Por un lado, indicadores como la razón de mortalidad materna muestran un comportamiento favorable; la razón de mortalidad materna para el 2020 se estimó en 42,8 por 100 000 nacidos vivos, lo que supone una reducción de 12,3 por ciento con respecto del valor estimado para el 2000. Además, el 99,5 por ciento de los partos fueron atendidos por personal capacitado en el 2021. Entre el 2007 y el 2021, la mortalidad infantil en El Salvador pasó de 21,5 a 9,3 por 1 000 nacidos vivos, lo cual significa una reducción de 56,7 por ciento.

Sin embargo, las debilidades en la calidad de la atención limitan la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud; así por ejemplo, entre 2016 y 2018 cerca del 20 por ciento de los egresos hospitalarios correspondían a diagnósticos susceptibles de ser resueltos en el primer nivel de atención (Báscolo *et al*. 2019). Igualmente, el porcentaje de nacimientos con peso bajo (menos de 2500 g) se incrementó de 8 por ciento a 9,1 por ciento entre el 2004 y el 2020. Y en cuanto a la estrategia de inmunización, en el 2022 la cobertura de vacunación contra el sarampión fue de 65 por ciento, lo que representa una disminución de 32 puntos porcentuales con respecto a la cobertura del año 2000.

Lo anterior, combinado con otros buenos resultados, como en el 2019 que se registra que la tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable fue de 312,4 muertes por 100 000 habitantes, lo que equivale a una disminución de 10 por ciento en comparación con la tasa de 347,2 registrada en el 2000. Se denotan debilidades en las estrategias de salud en sus distintos niveles de atención. En este sentido, el país presentó en el 2019 una tasa de mortalidad prematura potencialmente evitable de 37,8 por ciento, mayor a la notificada para la Región de las Américas. De las muertes prematuras potencialmente evitables, la tasa por causas prevenibles en el 2019 fue de 200 por 100 000 habitantes, cifra 45,9 por ciento mayor que la regional, en tanto que la relativa a las causas tratables ascendió a 112,5 por 100 000 habitantes, frente a un promedio regional de 89,6 (OPS 2021).

Los niveles de satisfacción de la población sobre los servicios de salud también reflejan algunos problemas en la calidad de la atención. En el 2019, se desarrolló la encuesta piloto sobre la percepción de la población usuaria con respecto a la calidad de atención en salud ofrecida en los establecimientos de la RIIS. La encuesta evaluaba las diferentes áreas hospitalarias sobre competencia técnica y empatía; rapidez, acceso y comodidad; y seguridad, continuidad y eficacia. La calificación promedio fue de 78 por ciento; la dimensión rapidez, acceso y comodidad fue la más baja, con una calificación de 67 por ciento. Algunas recomendaciones relevantes fueron agilizar los procesos, tener mayor amabilidad, ser puntual en la hora de la atención, tener mayor disponibilidad de los insumos y medicinas, además de mejorar la limpieza (Ministerio de Salud de El Salvador 2019). Se carece de información de seguimientos que evidencie la incorporación de las mejoras sugeridas.

De acuerdo con la ley del Sistema Integrado de Salud, una de las atribuciones del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) es "Otorgar la certificación que corresponda a los distintos establecimientos de salud públicos y privados, que cumplan con los requisitos de calidad que se establezcan. La re-certificación será cada cinco años" (ley del Sistema Integrado de Salud 2019). De conformidad con esta atribución, el CSSP realiza la acreditación de los establecimientos de salud según los requerimientos técnicos determinados para cada tipo de establecimiento. La población, a través de la página web de la institución, puede consultar los establecimientos de salud registrados geográficamente.

▶ 5. Desafíos

El sistema de protección social en salud en El Salvador tiene un alto nivel de fragmentación y segmentación. Aunque existen esfuerzos tendientes a mejorar la integración y el acceso de la población con las recientes reformas, se registran diferencias importantes en la distribución de los recursos, acompañadas de la disponibilidad de servicios y su calidad (PNUD 2022). Como consecuencia, existe un alto gasto de bolsillo que se traduce en barreras para el acceso a los servicios, particularmente en la población más vulnerable.

La consolidación de las redes integradas de servicios, la definición explícita de paquetes de beneficios y su homologación para toda la población, son algunos de los principales retos que persisten en el sistema de salud salvadoreño. A esto se suma la necesidad de disponer de recursos humanos y físicos para mejorar la provisión de servicios en calidad y oportunidad.

La ampliación de la cobertura de la protección social en salud es un desafío para El Salvador. Por un lado, existen barreras estructurales para ampliar la cobertura contributiva, pues los niveles de informalidad en el mercado laboral y la no obligatoriedad de la afiliación de personas trabajadoras independientes al ISSS inciden en los niveles de aseguramiento. Asimismo, persisten brechas para la atención de la población bajo responsabilidad del Ministerio de Salud.

6. Principales lecciones aprendidas

- Aunque se han eliminado barreras financieras para el acceso a los servicios de salud, persisten limitantes para una cobertura y acceso efectivo de la población a los servicios de salud. Una lección que deja el caso salvadoreño es la necesidad de abordar de manera integral las barreras para el acceso en salud, no solo algunas de ellas, de modo que se puedan alcanzar resultados sustanciales.
- La experiencia de El Salvador muestra cómo es posible tener un impacto importante en la reducción del gasto de bolsillo con intervenciones directas en sus causas. Es así como la regulación del mercado farmacéutico tuvo un efecto importante en la reducción de precios de medicamento y con ello, del gasto de los hogares.
- El fortalecimiento del primer nivel de atención con la implementación de estrategias que acercan los servicios de salud a la población genera resultados positivos en términos de utilización de los servicios. La conformación de Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados, por ejemplo, generó condiciones favorables para la mejora en la utilización de servicios de salud reproductiva, materna e infantil.

Referencias

Acosta, M. y J. L. Bermúdez. 2011. «Sistema de salud de El Salvador». *Salud Pública de México* 53.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. 2023. *Ley de Presupuesto General del Estado. Ejercicio Fiscal 2023*.

Banco Mundial. 2022. «DataBank | The World Bank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

———. 2023a. «Datos Mundiales». https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD.

———. 2023b. «Banco Mundial en El Salvador. Panorama General». https://www.bancomundial.org/es/country/elsalvador/overview.

Báscolo, E., C. Cid, N. Houghton y H. Luque. 2019. *En el camino a la Salud Universal. Diez años de reforma del Sistema de Salud en El Salvador*. OPS y OMS. https://www3.paho.org/els/dmdocuments/DOCUMENTO%20EL%20SALVADOR%20Web.pdf.

Código de Salud y reformas. 1988. Decreto núm. 955. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf.

Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. 2007. «*Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud*». https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/INFORME%20SNS%20FINAL.pdf.

DIGESTYC (Dirección General de Estadísticas y Censos), Ministerio de Economía, Gobierno de la República de El Salvador. 2020. *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2020*.

El Salvador, Ministerio de Salud. 2019. *Percepción de la población usuaria sobre la calidad de atención en salud ofrecida en los establecimientos de la RIIS*. https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2019/telesalud_2019_presentaciones/presentaciones04092019/2-PERCEPCION-DE-LA-POBLACION-USUARIA-SOBRE-LA-CALIDAD-DE-ATENCION-EN-SALUD-OFRECIDA-EN-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-LA-RIIS-DNCS-MINSAL.pdf.

———. 2021. *Plan estratégico institucional 2021-2025*. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_minsal_2021_2025_v2.pdf.

———. 2022a. *Modelo de Atención Integral de Salud para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/modelodeatencionintegraldesaludparaelsistemanacionalintegradodesalud-Acuerdo-918_v1.pdf.

———. 2022b. *Memoria de labores. Junio 2021-Mayo 2022*. https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/memorias-de-labores.

———. 2023. *Ley del Presupuesto. Ramo de Salud 2023*. https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/presupuesto-actual.

Gobierno de la República de El Salvador. 2023. *Submission State-Contribuciones del Estado de El Salvador: Ejemplo del enfoque basado en los derechos humanos de la cobertura sanitaria universal*.

Herrera, M. J. 2013. *Análisis social. Los desafíos de una provisión efectiva para el acceso a medicamentos. Reflexiones para el caso de El Salvador*. https://fusades.org/publicaciones/analisis_social_medicamentos_dic_2013.pdf.

ISSS (Instituto Salvadoreño del Seguro Social). 2021. *Memoria de labores 2019*. https://www.isss.gob.sv/institucion/logros-y-memorias/.

———. 2023a. *Informe de coyuntura del ISSS3*.

———. 2023b. «Guía de servicios». https://www.isss.gob.sv/guia-de-servicios/.

Ley del Seguro Social. 1953. Decreto núm. 1263. https://elsalvador.eregulations.org/media/LEY%20DEL%20SEGURO%20SOCIAL.pdf.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral. 2005. Decreto núm. 775. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_del_sistema_basico_de_salud_integral.pdf.

Ley del Sistema Integrado de Salud. 2019. Decreto núm. 302. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/leysistemanacionalintegradosalud.pdf.

Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud. 2004. Decreto núm. 538. *Diario Oficial núm. 236.* http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_especial_fondo_solidario_para_la_salud.pdf.

Naciones Unidas. 2023. *Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico. Datos, estadísticas y recursos institucionales para el seguimiento de la Agenda 2030*. https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es.

Oliva Cepeda, J. A. 2020. *Análisis comparativo de los resultados de la política fiscal sobre la pobreza y la desigualdad en El Salvador durante 2011, 2013, 2015 y 2017 empleando la metodología del Compromiso con la Equidad (CEQ)*. Inter-American Development Bank. https://doi.org/10.18235/0002915.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022a. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. 2022b. «The Global Health Observatory». https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/data-availability-for-uhc-index-of-essential-service-coverage-(-).

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2014. *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54634/9789992340998_spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y.

———. 2021. «Tablero de los indicadores básicos». PAHO/EIH Open Data. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos.

———. 2023. *Salud en las Américas+*. Organización Panamericana de la Salud. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-el-salvador.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) y CISSCAD. 2020. *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: Situación actual y desafíos*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51888/9789275321980_spa.pdf?sequence=1.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2021. *Reporte especial: Desarrollo humano en el Bicentenario. El Salvador 2021*.

———. 2022. *Reporte Especial Desarrollo Humano en el Bicentenario El Salvador 2021*. https://www.undp.org/es/el-salvador/publicaciones/reporte-especial-desarrollo-humano-en-el-bicentenario-el-salvador-2021.

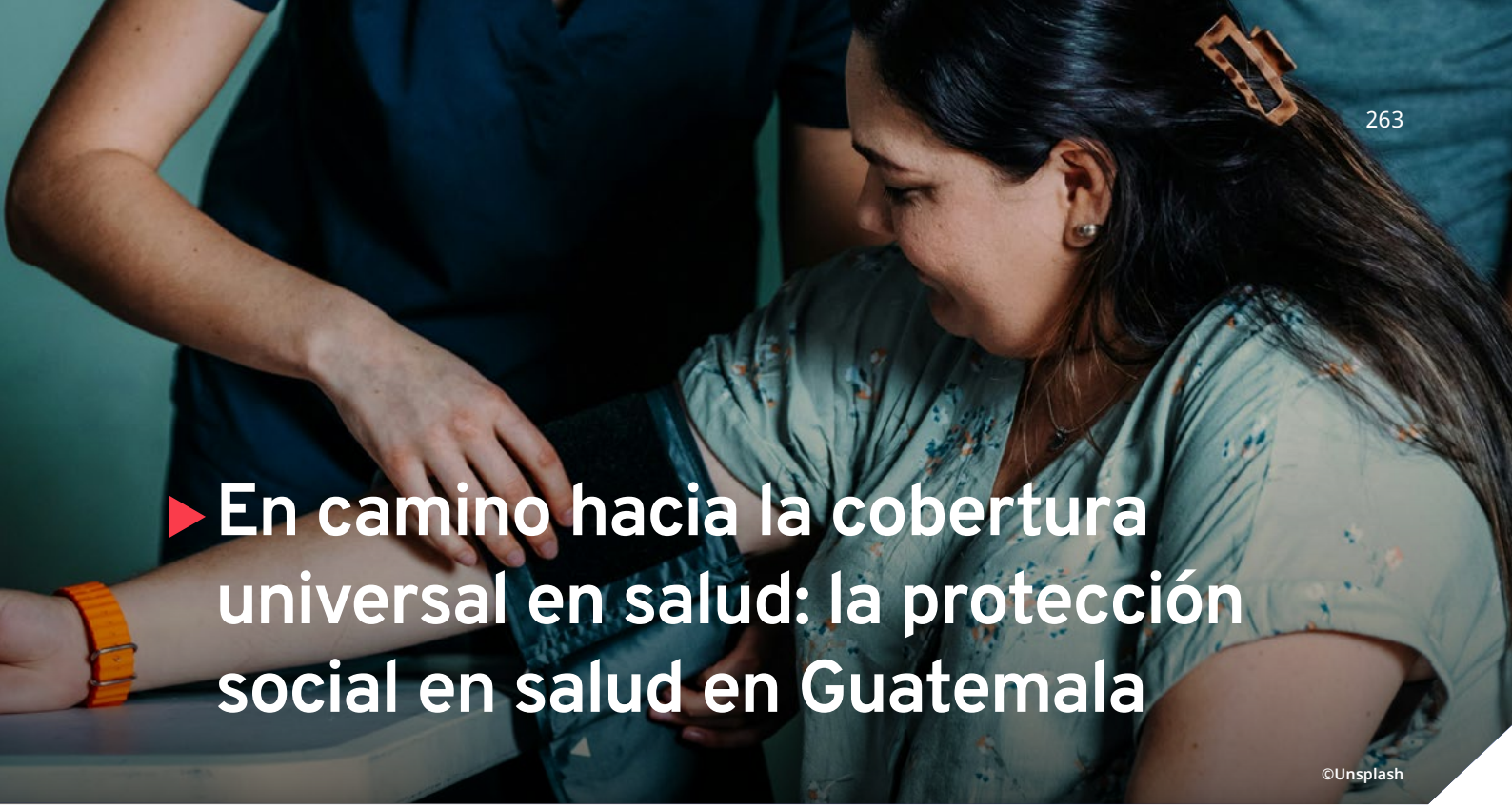
Reglamento para la aplicación del Régimen del Seguro Social y reformas. 2020. Decreto núm. 37 y 133 (reforma).

RISSALUD. 2016. *Panorama Regional. Sistemas de salud de Latinoamérica y Estado de Situación del Modelo RISS*. http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Sistemas_de_salud_de_Latinoam%C3%A9rica_y_Modelo_RISS.pdf.

Rubio, G. y R. Peña. 2013. *Estimación del Gasto de Bolsillo en Salud y Medicamentos de los hogares*. Cuentas en Salud. IV encuentro de Unidades de Economía de la Salud Chile. https://www.paho.org/chi/dmdocuments/El%20Salvador%20IV%20encuentro%20de%20Unidades%20de%20Economia%20de%20la%20Salud%20Chile%20Nov%202013.pdf.

Schwarzer, H., P. Sauma, J. F. Ortiz-Vindas y M. Velásquez. 2020. *Informe técnico. Extensión del Seguro Social al Trabajo Independiente en El Salvador. Avances y Recomendaciones*. OIT. https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=7lCFfQv1SDv_L5n5C65lpRlMhvmGdGVFYZvA1NOYm1t3_JBjYl5G!988229515?id=55829.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Cinzia Innocenti. Con el beneficio de los aportes de Fabio Duran.



En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Guatemala

©Unsplash

1. Introducción

Guatemala está clasificada como una economía de ingreso medio-alto, fue en 2022 la economía más grande de Centro América y la novena economía más grande de Latino América, según el Banco Mundial.[109] Con un PIB *per capita* de USD 5 473 para 2022, el país se ubica en el puesto 17 de las 22 economías latinoamericanas monitoreadas por el Banco Mundial[110] (Banco Mundial n.d.-a). Si bien en 2020, por las medidas implementadas por la pandemia COVID-19, la economía registró una leve caída del nivel de actividad en términos reales de -1,8 por ciento, en 2021 se registró una importante recuperación del nivel de actividad de 8,0 por ciento en términos reales, la más alta desde 2007 (CEPAL n.d.-a). A pesar de la riqueza generada, Guatemala ocupó la sexta posición entre los países de Latinoamérica y el Caribe por su nivel de desigualdad, medida según el índice de Gini (48,3).[111]

Durante el periodo 2000-2021, el país aumentó de manera lenta su puntuación en el Índice de Desarrollo Humano, el cual presentó una mejora de 14 por ciento (de 0,55 a 0,63 respectivamente). Este incremento lo sitúa apenas por debajo del promedio mundial de 15 por ciento, pero por encima del correspondiente a América Latina de 11 por ciento. En valores absolutos, Guatemala ocupa el puesto 127 de 189 países solo delante de Nicaragua, Honduras y Haití en la región (ONU 2019).

El principal mecanismo de protección social en salud es el Estado a través de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En 2019, el MSPAS estimó que ofreció cobertura de servicios al 67,1 por ciento de la población total (MSPAS, 2019). La cobertura se estima con base en su mandato constitucional de garantizar el acceso a la salud a toda la población del país. De esta manera, si una persona o grupo de población no está cubierto por alguno de los otros proveedores de servicios de salud existentes (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-; sector privado lucrativo y no lucrativo), automáticamente obtendrá cobertura por el MSPAS, para la cual no requiere afiliación. Dentro del presupuesto estatal también se encuentra la cobertura del personal militar y de la policía (MSPAS, 2019).

El segundo oferente de servicios es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cubre a las personas trabajadoras afiliadas y su familia, personas jubiladas y pensionadas; abarcaba al 17,9 por ciento de la población en 2021 (IGSS, 2022b). Por último, existen otros mecanismos de protección manejados por organizaciones de la sociedad civil o religiosas. Es destacable la participación que tiene la medicina

[109] https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.PP.CD?locations=ZJ.
[110] América Latina y el Caribe (excluido altos ingresos).
[111] Dato estimado por última vez al año 2014 ver: https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/lac-equity-lab1/income-inequality/inequality-trends y https://es.statista.com/estadisticas/1267584/latinoamerica-coeficiente-gini-desigualdad-de-ingresos-por-pais/.

tradicional indígena, que es utilizada por más de un tercio de la población y funciona mediante pagos de bolsillo dentro de estructuras comunitarias (Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011). Sin embargo, no forma parte oficial de la oferta de servicios de salud provistos por el sector público o privado.

▶ 2. Contexto

La Constitución Política de la República de Guatemala establece que el Estado debe velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes del país. Sin embargo, la puesta en práctica de dicho precepto ha sido un reto para los gobiernos. En este sentido, la promulgación del Código de Salud en 1997 (decreto Núm. 90-97), en cumplimiento con lo que manda la Constitución, indica en su artículo primero que todos los habitantes tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. El Código establece que el MSPAS garantizará la prestación de servicios gratuitos[112] a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados (artículo 4 del Decreto Núm. 90-97). Luego, en 2008 con el Acuerdo Gubernativo 295-2008 se estableció la gratuidad de las prestaciones de salud en el sector público para toda la población.

En paralelo a estas reformas, en 1997 el gobierno de Guatemala implementó un Programa de Extensión de Cobertura (PEC) con el fin de ampliar el acceso a los servicios de salud., el cual consistía en la contratación de Organizaciones No Gubernamentales[113] para ofrecer un paquete básico de servicios de salud y nutrición dirigido a las niñas y a los niños más pequeños y mujeres en zonas rurales que no tenían acceso a la red de servicios del MSPAS. En sus comienzos, el PEC abarcaba solo a tres departamentos del país y luego fue aumentando su cobertura territorial. El PEC logró una expansión de coberturas reales en el área rural que no se había logrado antes en Guatemala. Fue exitoso en dar cuando menos una cobertura mínima a la población materno-infantil en zonas muy alejadas. A raíz de ello, se incrementaron durante la primera década del año 2000 los indicadores de inmunización infantil y cobertura prenatal, entre otros. Sin embargo, una de sus debilidades fue que el paquete de servicios que ofertaba era muy limitado y, dado que la mayoría de su financiamiento provino de ingresos públicos, dependía en gran medida de la diferente prioridad asignada por los distintos gobiernos (Banco Mundial 2013). Además, la implementación del PEC también se fue deteriorando por prácticas opacas, por lo que en 2013, con el decreto 13-2013 que reformó la ley orgánica del presupuesto, se dio fin al programa.

Hacia 2011 el proyecto del MSPAS de Modelo de Atención Integral en Salud -MAIS- se consolida y en 2015 se retomaron las acciones que cubría el PEC, a partir de la estrategia de fortalecimiento y desarrollo institucional del primer nivel de atención aprobada por el Acuerdo Ministerial 105-2015. En 2017, con el Acuerdo Ministerial Núm. 152-2017 se avanzó en la definición de la estrategia para el fortalecimiento de la gestión institucional y la atención en salud.

Si bien hay varios proveedores de servicios de salud en Guatemala, incluido el sector privado lucrativo, que oferta servicios que son asequibles solo a un 5 por ciento de la población y a pesar de los esfuerzos hechos por el MSPAS para implementar la estrategia de "Redes Integradas de Salud" que promueve OPS, todavía no hay una oferta suficientemente coordinada y articulada de servicios de salud en el país que se constituya en un efectivo sistema de protección social al cual pueda recurrir toda la población.

No obstante, se registran varios avances: en 2018 se firmó un convenio interinstitucional entre el MSPAS y el IGSS, orientado a estrechar la coordinación y colaboración entre ambas entidades para asegurar co-

[112] Decreto 90 de 1997. Artículo 4: Obligación del Estado: "El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados."

[113] Posteriormente, el Estado prohibió la posibilidad de contratar de manera externa los servicios de las ONG para la prestación del PEC.

bertura a la población.[114] Hacia 2019, la Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala (RISSG) fue aprobada mediante Acuerdo Ministerial 246-2019; esta se propone lograr el acceso y cobertura de salud basada en la atención primaria, de manera que permita una atención equitativa, integral, integrada, continua y de calidad con base en el derecho a la salud (artículo 1 del Acuerdo Ministerial 246-2019).

Por otra parte, la protección social en salud a través de la Seguridad Social tiene sus inicios en 1946, cuando, mediante el acuerdo 295 del Congreso de la República de Guatemala se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) como un régimen unitario, nacional y obligatorio de Seguridad Social. La cobertura inicial consistía en un Programa de Accidentes de Trabajo para el municipio de Guatemala, el que luego se amplió a la cobertura de accidentes en general; un programa de Protección Materno Infantil en 1953, luego sustituido por el Programa de Enfermedad y Maternidad en 1968; así como el Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS), que entró en vigor en 1978. Para 2009 el IGSS aprobó el Programa Especial de Protección para Trabajadoras de Casa Particular (PRECAPI) con el fin de cubrir los riesgos de maternidad, control de las niñas y de los niños sano y accidentes a las trabajadoras de casas particulares (IGSS, 2022b). Con el tiempo, los programas del IGSS han ido extendiéndose de manera progresiva, aunque lentamente, a los departamentos de todo el país.

De esta forma, el sistema se organiza alrededor de las redes públicas del MSPAS, la cual ofrece cobertura gratuita a toda la población que la demande a través de redes propias, así como de programas públicos de salud y del IGSS que cubre a la población trabajadora, jubilada o pensionada. Además de la sanidad de las Fuerzas Armadas, policial y el sector privado.

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

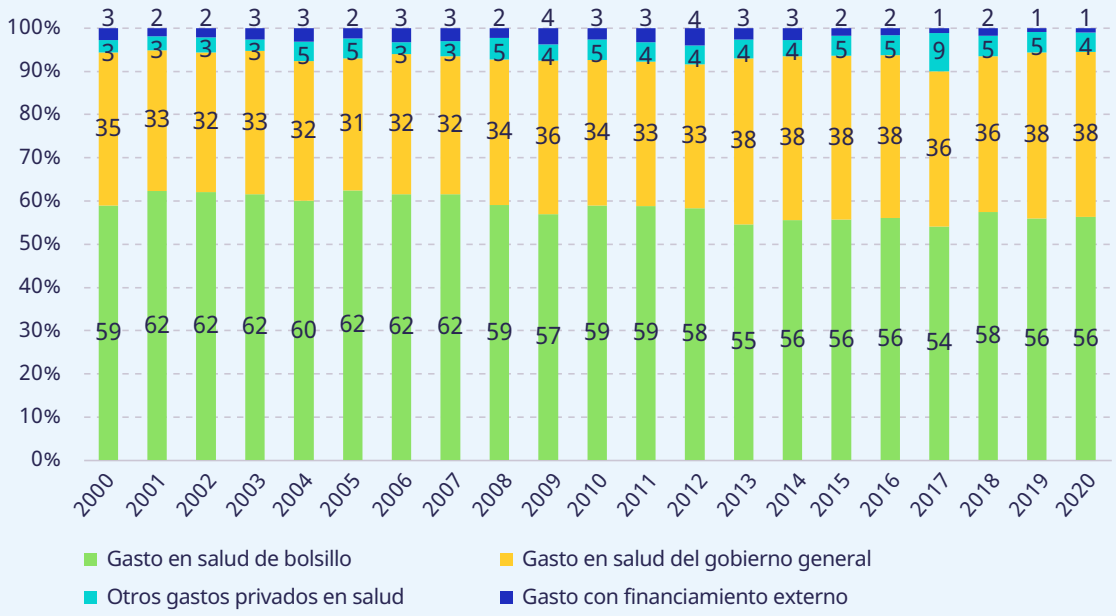
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

Los hogares han sido históricamente los mayores financiadores del gasto en salud en Guatemala, seguidos por el MSPAS y el IGSS. El resto del gasto es financiado por seguros privados y fuentes externas. En 2020 los hogares financiaron el 56,3 por ciento del gasto total en salud a través de gastos directos de bolsillo, indicador que ha descendido en los últimos años hasta valores superiores al 60 por ciento (62,5 por ciento en 2005). En relación con el PIB, en 2019 el gasto total en salud se ubicó en 6,2 por ciento, por lo que se encuentra entre los más bajos de América Latina. El gasto público en salud representó en 2019 2,4 por ciento del PIB (Global Health Expenditure Database n.d.) (gráfico 1).

[114] https://www.igssgt.org/noticias/2018/11/21/firma-de-convenio-interinstitucional-entre-el-igss-y-el-ministerio-de-salud/.

▶ **Gráfico 1. Guatemala. Estructura del gasto corriente en salud. 2000-2020**

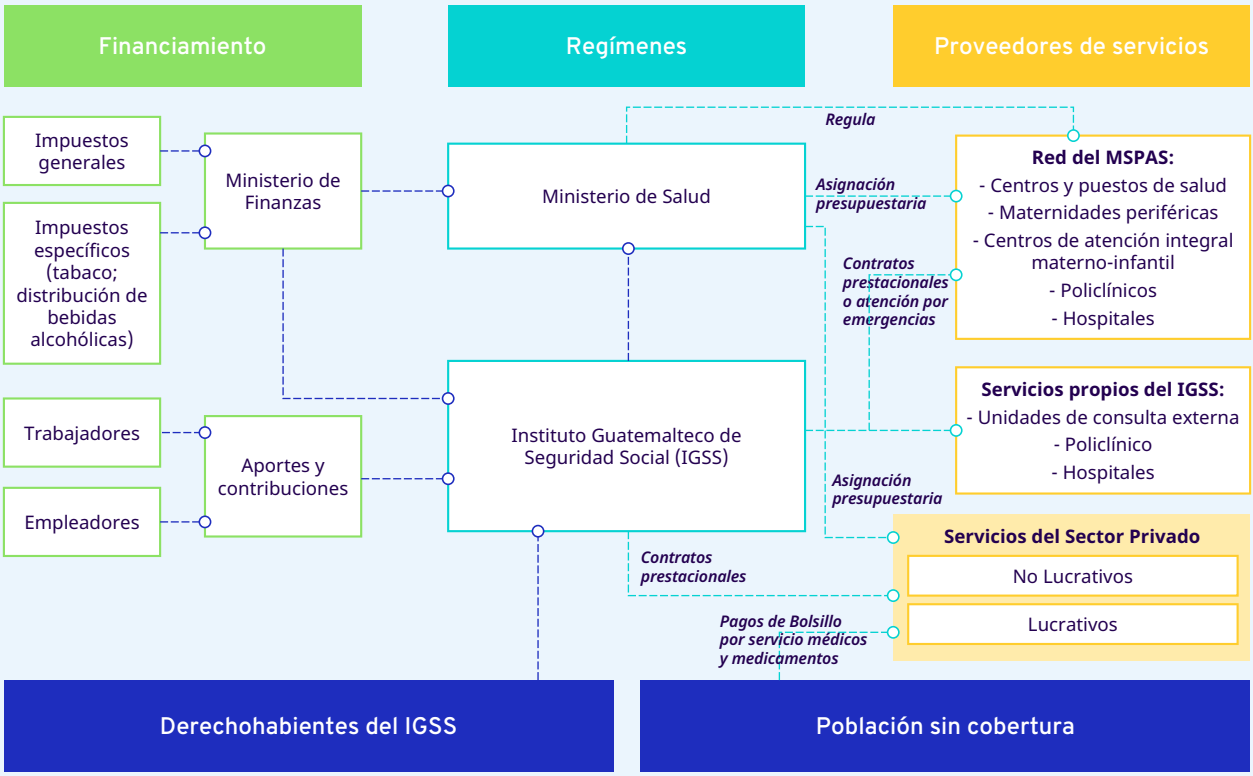


Fuente: OMS (Global Health Expenditure Database n.d.)

ii) Flujos financieros del sistema

El financiamiento de la salud en Guatemala está fragmentado y es administrado de manera independiente por el Ministerio de Salud y el IGSS. No existe separación entre el rol de financiador y prestador, ya que las atenciones de salud son gestionadas por cada institución y financian sus propias redes de servicios. Si bien los servicios públicos de salud son, por ley, gratuitos en el punto de atención al usuario, tanto en los servicios del MSPAS, como del IGSS, dada su limitada cobertura y debilidades de financiamiento, no siempre cubren todas las necesidades de atención en salud de sus usuarios, especialmente en el MSPAS. Son las familias las que financian en mayor medida su propio acceso la salud a través de gasto de bolsillo, destinado principalmente a la compra de medicamentos, atención de médicos particulares y recursos diagnósticos que el MSPAS difícilmente puede ofrecer. En el caso del IGSS, la institución si cubre el costo total de las prestaciones en salud que da a sus derechohabientes. En total, el gasto de bolsillo y otros gastos privados en salud en Guatemala representan el 57 por ciento del gasto total en salud del país (diagrama 1), de los más altos de América Latina.

Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de salud de Guatemala



Nota: la asignación presupuestaria del MSPAS al sector privado no lucrativo que le presta servicios proviene del presupuesto público asignado al MSPAS, es decir no son partidas extraordinarias que provengan de otras fuentes.

Fuente: elaboración propia

iii) Fuentes de financiamiento

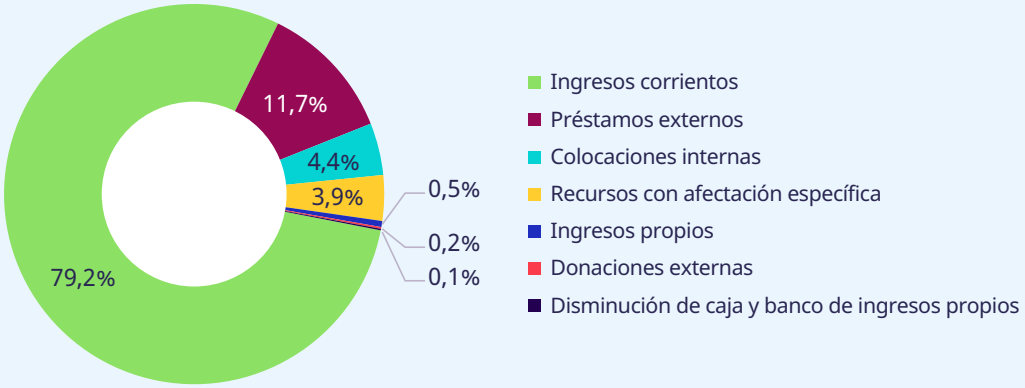
En lo que respecta al financiamiento de la red de servicios del MSPAS, la atención se financia con el presupuesto a partir de impuestos generales y específicos. En Guatemala existen dos impuestos cuya recaudación se asigna a la salud. El 15 por ciento, como mínimo, de la recaudación del impuesto sobre la "Distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas" se asigna para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del MSPAS (decreto 21-2004.)[115] En el caso del impuesto al tabaco, el 100 por ciento de la recaudación se destina al financiamiento de la salud (decreto 61-77 y 117-97).[116]

A su vez, el Estado financia, a través del Ministerio de Defensa, el funcionamiento del Hospital Militar y a través del Ministerio de Gobernación, el Hospital de la Policía Nacional Civil que se encuentran dentro del presupuesto en salud de las fuerzas armadas (MSPAS n.d.-b) (gráfico 2).

[115] https://www.minfin.gob.gt/images/archivos/leyes/tesoreria/Decretos/DECRETO por ciento20DEL por ciento20CONGRESO por ciento2061-77.pdf.

[116] https://www.minfin.gob.gt/images/archivos/leyes/tesoreria/Decretos/DECRETO por ciento20DEL por ciento20CONGRESO por ciento2021-2004.pdf.

▶ Gráfico 2. Guatemala. Ejecución presupuestaria del MSPAS según fuente de financiamiento. 2020



Fuente: elaboración propia en base a (MSPAS, 2021).

De acuerdo con la ley Orgánica del Seguro Social (decreto 295-1946), el IGGS se financia con un sistema de contribución tripartita del trabajador, el empleador y el Estado, con diferentes tasas de contribución sobre los salarios separadas para cada rama de seguro. El cuadro siguiente resume los aportes a cada uno de ellos:

▶ Cuadro 1. Financiamiento del IGSS por Programa y parte contribuyente

	Riesgo	Trabajador	Empleador	Estado	Total
Programa de Enfermedad, maternidad y accidentes (EMA)	Enfermedad y maternidad	2,0%	4,0%	1,5%	7,5%
	Accidentes	1,0%	3,9%	2,0%	6,0%
Programa de Invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS)	Invalidez, vejez y sobrevivencia	1,83%	3,67%	25% del total de los pagos efectivos de las prestaciones otorgadas [1]	
Programa Especial de Protección para Trabajadoras de Casa Particular (PRECAPI)		1,2645%	2,5290%	2,5290%	6,3225%

[1] Artículo 39 de la ley Orgánica del IGSS, Decreto 295 del Congreso de la República de Guatemala y Acuerdo 1124 "Reglamento sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia", de Junta Directiva IGSS.

Fuente: Informe Anual de Labores 2021. IGSS.

Sin embargo, en la práctica funciona como un sistema bipartito debido al incumplimiento de las obligaciones por parte del Estado, tanto como responsable de financiar la seguridad social como en su rol de empleador en relación con pago de las contribuciones correspondientes a los empleados estatales. En este sentido, el IGSS le reclama entre 1956 y 2021 una deuda acumulada de Q57 916 millones (USD 7 503[117] millones) en concepto de aportes estatales no percibidos (IGSS 2022b).

[117] Tomado de *FMI Domestic Currency per U.S. Dollar, End of Period* a diciembre de 2021 de Q7,71926

Por último, existe un financiamiento que proviene de donaciones externas, extrapresupuestario, que es generalmente destinado para atenciones específicas de salud (sida, malaria, tuberculosis) y para la población rural. Si bien, las fuentes no son fáciles de rastrear, puede mencionarse a la Unión Europea, Banco Mundial, el Fondo Global (Ávila *et al.* 2015). En 2020 la participación de las fuentes externas en el financiamiento del total del gasto corriente en salud fue de 1,0 por ciento y muestra una tendencia descendente a partir de 2012, cuando representó el 4 por ciento (Global Health Expenditure Database n.d.).

De esta manera, no se observa un grado de integración entre las fuentes que financian la salud de los guatemaltecos. La seguridad social funciona de manera separada en relación con el financiamiento de las redes del MSAPS. El único indicio de financiamiento integrado lo constituyen los aportes del Estado para el financiamiento de la seguridad social (aparte de su rol de empleador), pero aún no logran cumplirse en la práctica.

3.2. Gobernanza

La rectoría del sector Salud es potestad del MSPAS, en tanto encargado de la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Tiene, asimismo, la función de formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. A partir de 2019 y a través de la estrategia de intervención basada en Redes Integrales de Salud (Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud), aprobada mediante Acuerdo Ministerial 246-2019, se intenta fortalecer la gobernanza del MSPAS en la provisión de servicios de salud y la conducción intersectorial (MSPAS n.d.-a). Sin embargo, su fortalecimiento continúa siendo un desafío y el MSPAS sigue teniendo poca influencia rectora sobre los servicios de salud del IGSS y del sector privado.

De acuerdo con la ley, El IGSS es una institución autónoma regida por su propia Ley Orgánica y dirigida por una Junta Directiva que toma todas las decisiones de manera autónoma, actuando con independencia del MSPAS. Lo cual no es obstáculo para que el convenio interinstitucional firmado por el IGSS y el MSPAS en 2018, fortalezca la coordinación entre ambas instancias.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

De acuerdo con la Constitución Política de la República de Guatemala en su artículo 94, la salud es una obligación del Estado y para velar por esta, debe desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y cualquier otra complementarias que resulte pertinente. En este sentido, el Código de Salud de 1997 (decreto Núm. 90-97) indica en su artículo primero que todos los habitantes tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

El IGSS brinda cobertura a los trabajadores del sector formal de la economía, sus cónyuges y los hijos e hijas menores de 7 años, jubilados y pensionados. Cubre contingencias por enfermedad, vejez, invalidez, viudez, accidentes de trabajo y accidentes comunes, maternidad o fallecimiento de la persona asegurada. De acuerdo Código de Seguridad Social, decide de manera autónoma los alcances y beneficios de cada uno de sus programas.

3.4. Beneficios

El MSPAS ofrece atención del primer al cuarto nivel[118] para toda la población que tiene acceso a sus establecimientos. La atención abarca la promoción, prevención, curación, recuperación y cuidados paliativos (MSPAS, n.d.-c).

En 2008, con el acuerdo Gubernativo 295-2008 se estableció la gratuidad de los servicios de salud ofrecidos por el sector público a nivel nacional en la atención externa, de emergencia y hospitalaria. En tanto, los medicamentos son provistos a través del Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) a un bajo costo (decreto Legislativo 69-1998).[119] Este último ha logrado un crecimiento en los canales de distribución de medicamentos y mejoró el acceso a ellos (Becerril-Montekio y López-Dávila 2011); sin embargo, el alcance del PROAM es limitado, tanto porque no disponen de todos los medicamentos que necesita la población como porque los que están disponibles son insuficientes para la demanda. De manera que la población debe procurárselos de manera privada y a un altísimo costo, al punto que resultan inaccesibles para la mayoría de la población. En el caso del IGSS, sí proporciona los medicamentos de forma gratuita a sus derechohabientes, aunque enfrenta enormes desafíos financieros para ello, provocados por múltiples distorsiones en los precios a los que los proveedores ofertan los medicamentos a la institución, entre otros factores.

No existe un paquete explícito de prestaciones, los servicios del primer y segundo nivel se describen en las "Normas de Atención Integral de Salud". Este documento contiene los lineamientos técnicos por ser aplicados y que deberían traducirse en acciones de salud para la población en determinadas etapas de su ciclo de vida.[120]

El IGSS funciona con base en tres grandes programas: el programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia

(IVS), el programa de Accidentes, y el programa de Enfermedad y Maternidad. En todos los casos ofrece prestaciones económicas y, en algunos, prestaciones médicas de manera adicional. Según el propio Instituto, la prestación de salud es complementaria a la función principal, que es la de reponer el salario del trabajador o trabajadora cuando por alguna razón no pueda trabajar. El Instituto brinda sus prestaciones de salud sin exigir copagos ni deducibles a su población afiliada (IGSS 2021).

El Programa de Enfermedad otorga asistencia médica por enfermedad común[121] a los afiliados y su familia en toda la república y un subsidio por enfermedad a la persona afiliada cotizante, equivalente a dos tercios del salario base diario a partir del cuarto día de ausencia y por no más de 26 semanas por una misma enfermedad.[122] Dentro del Programa de Maternidad, las beneficiarias reciben atención médica que consiste en asistencia médico-quirúrgica, preventiva y curativa en fase prenatal, natal y posnatal. En tanto, las afiliadas cotizantes reciben además el pago del 100 por ciento de su salario durante el periodo de licencia (IGSS 2021).

Por su parte, el Programa de Accidentes otorga cobertura de salud en accidentes, en general, a la persona cotizante y su familia ante una lesión o trastorno funcional.[123] También otorga subsidios económicos calculados como proporción del salario y se garantizan a partir del segundo día de la suspensión temporal del trabajo.

[118] De acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud elaborado por el MSPAS, en el cuarto nivel se prestan servicios con subespecialidades, desarrollan investigación y se apoya en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización servicios ((MSPAS, n.d.-c). Dentro de los Hospitales de tipo IV se encuentran: Instituto nacional de Cancerología (INCAN), Unidad Nacional de Oncología, Pediátrica (UNOP), Unidad nacional de cirugía cardiovascular (UNICAR), Unidad nacional de oftalmología de Guatemala (Martínez Velásquez, 2019)

[119] Creado para promover el abastecimiento y abaratamiento de medicamentos de calidad y otros insumos, en farmacias estatales y farmacias municipales

[120] El manual contiene los módulos siguientes: Embarazo, parto y puerperio; Neonato; Lactante; Niñez; Adolescencia y juventud; Persona adulta y persona mayor; Atención a la demanda. También existe un apartado de Atención integral a las familias y Atención integral a la comunidad (MSPAS, n.d.-d).

[121] También cubre un acotado grupo de enfermedades que se consideran catastróficas que son: hipertensión arterial primaria, diabetes mellitus, cáncer, Insuficiencia renal, VIH, esclerosis múltiple (IGSS, 2021).

[122] Acuerdo de la Junta Directiva del IGSS 410-1967

[123] Sus coberturas comprenden servicios de: asistencia médica y quirúrgica general y especializada, dentro de las posibilidades técnicas y financieras de la Institución; rehabilitación; neurología; psicología; medicina interna; nutriología; odontología; asistencia farmacéutica; entrega de prótesis y órtesis, según prescripción; exámenes radiológicos, de laboratorio y complementarios; transporte; hospedaje y alimentación.

3.5. Provisión de servicios

El mayor prestador de servicios públicos es el MSPAS. La Red de Servicios de Salud se distribuye en cuatro niveles de atención (I, II, III y IV) y está compuesta por servicios de salud complementarios y articulados, de complejidad creciente de acuerdo con la demanda de los problemas de salud, la población y la territorialidad (MSPAS n.d.-c).

En el primer nivel se resuelven las necesidades más frecuentes de salud de la población, emplea métodos y tecnologías simples; está compuesto por Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud y Centros de Salud. El segundo nivel está orientado a resolver los mismos problemas que el nivel anterior, pero con mayor tecnología de diagnóstico y tratamiento. Forman parte de este nivel las Maternidades Periféricas, los Centros de Atención Permanente, Policlínicos, Centros de Atención Integral Materno Infantil y los Hospitales Tipo I y Tipo II.[124] Por su parte, la atención del tercer nivel funciona por demanda de la población y como referencia de los niveles anteriores; obedece a los Hospitales de nivel III. Cabe destacar que en este nivel se desarrollan también acciones de promoción de la salud y cuenta con la posibilidad de ofrecer servicios ambulatorios. Por último, la competencia del cuarto nivel está a cargo de los Hospitales de categoría IV y sobrepasa la atención ambulatoria, atendiendo las emergencias y referencias de los demás niveles.

Asimismo, de acuerdo con el Código de Salud, a los efectos de la coordinación de prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud puede celebrar convenios y contratos con otras instituciones del sector. El Código también establece la posibilidad de que otras instituciones públicas celebren acuerdos de prestación de servicios entre sí y con entidades privadas (Art. 24 Código de Salud).

La atención del MSPAS ocurre principalmente en redes propias. A su vez, el Ministerio contrata los servicios de ONGs para extender sus servicios a la población más vulnerable o brindar prestaciones específicas de salud.[125] Un ejemplo de ello fue el PEC. A pesar de que deberían, dichas instituciones no son reguladas, controladas ni evaluadas por el MSPAS, lo que se traduce un funcionamiento pobre e ineficiente (Pinzón, 2020). En la actualidad, el MSPAS financia de su presupuesto regular a varias de Fundaciones privadas que prestan servicios médicos especializados para personas de escasos recursos

El IGSS ofrece su atención en servicios propios y, en los casos donde no cuenta con la capacidad de hacerlo en sus Unidades Médicas, contrata a prestadores externos como el MSPAS, el Centro Médico Militar y prestadores privados. En este sentido, existe un "Catálogo de la Nomenclatura y Codificación de los Servicios Contratados" para facilitar su contratación. Los servicios que prestan los prestadores externos son pagados con recursos de la institución.

La red de atención se encuentra distribuida a lo largo del territorio, con mayor concentración a nivel metropolitano. Al analizar la cobertura regional del IGSS, aproximadamente el 69 por ciento de la población se encuentra en áreas predominantemente urbanas (Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango). Esta situación tiene su correlato en la gran concentración de prestadores en las cabeceras departamentales por sobre las áreas rurales. En estas últimas, el porcentaje de afiliación entre trabajadores agrícolas es muy bajo, lo que justificaría el poco alcance rural del Instituto. Es allí donde deberían funcionar las "Redes Integradas" y el MSPAS prestar los servicios a los afiliados rurales, pero carece de las capacidades e infraestructura para ello.

En el IGSS, las prestaciones pueden ser brindadas en diferentes modalidades de servicios, de acuerdo con la circunstancia. En este sentido, la atención puede darse en una Asistencia Médica de Consulta Externa, Asistencia en Servicios de Emergencia, Asistencia Médica Hospitalaria, Asistencia Médica a través de Visita Domiciliaria y en el caso de las personas jubiladas y pensionadas, a través del Programa Médicos de Cabecera y de la atención en los Centros de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP). Cuando la atención no pueda ser brindada de manera ambulatoria; la necesidad de asistencia médica hospitalaria es determinada por el médico tratante del Instituto.

[124] Clasificados de acuerdo con su complejidad.
[125] Los convenios establecidos en 2022 figuran en: https://www.mspas.gob.gt/transparencia/ley-del-presupuesto?task=download.send&id=3006&catid=639&m=0.

La red de servicios del personal de la Policía Nacional Civil consiste en un hospital y seis clínicas, mientras que las fuerzas armadas cuentan con un Centro Médico militar y cuatro clínicas para la atención de su población (MSPAS 2020a).

Adicionalmente, en Guatemala existe la medicina tradicional comunitaria, que tiene cobertura en la población de origen Maya, Garífuna y Xinka, mediante los proveedores de servicios de salud tradicionales o comunitarios, comprenden comadronas, sobadores, hueseros, curanderos; proveedores que utilizan la medicina natural y otros sistemas alternativos, para resolver los problemas de salud de la población que demandan su atención (MSPAS 2019). Sin embargo, el sistema tradicional comunitario no forma parte del sistema oficial y tiene pocos vasos comunicantes.

Una de las iniciativas para incorporar este subsistema es la capacitación por parte del MSPAS de las comadronas, dentro del marco de la ley de Maternidad Saludable y con base en la "Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025". Sin embargo, fuera de algunas experiencias puntuales, todavía no se ha mostrado un gran avance en lo que respecta a la incorporación de las organizaciones comunitarias tradicionales dentro del sistema de salud y los pueblos indígenas no han formado parte de las prioridades de los gobiernos (Ávila *et al*. 2015; OPS 2016).

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Las demandas de atención de salud de la población son atendidas, principalmente, en las redes del MSPAS. Entre 2015 y 2019 el porcentaje con cobertura para la utilización de dichos servicios ha ido en aumento[126] pasando del 53,9 por ciento en 2015 a 67,1 por ciento en 2019. Un análisis por ubicación geográfica de la cobertura da cuenta de una menor concentración de personas que dependen de los servicios del MSPAS en regiones menos empobrecidas y con mayor presencia de la seguridad social, como es el departamento de Guatemala. De esta manera se observa que la utilización de los servicios del MSPAS podría verse condicionada por la situación de pobreza o no pobreza de la población y la existencia de servicios de salud en los territorios.

La población derechohabiente del IGSS que podría hacer uso de su red de atención alcanzó en 2021 la cifra 3 055 604, lo que implica el 17,9 por ciento de la población total del país. El 45,4 por ciento de los derechohabientes son cotizantes, el 18,5 por ciento cónyuges y el 25,9 por ciento hijos o hijas menores de 7 años. En tanto, las personas pensionadas del Programa de IVS, del Programa de Accidentes y las personas jubiladas del Estado totalizan el 9,1 por ciento de la población del IGSS[127] (IGSS 2022b) (IGSS 2022a). Al tomar como base los cotizantes, más del 55 por ciento se encuentra en el municipio de Guatemala.

Las altas tasas de informalidad laboral constituyen una de las principales dificultades en la ampliación de la cobertura a través del seguro de salud, en especial para las mujeres y la población indígena. En el caso de las mujeres, una barrera crítica es que la tasa de informalidad es superior a la de sus pares varones y es una de la más altas de América Latina y el Caribe (ONU 2021). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, al primer semestre de 2019 el 34,5 por ciento de mujeres de la población ocupada estaba afiliada al IGSS, frente al el 65,5 por ciento en el caso de los hombres (ONU 2021). En relación con la informalidad, los últimos datos disponibles (ENEI I-2021) dan cuenta de que para las mujeres, la informalidad laboral alcanza al 75,7 por ciento; mientras que para los hombres el indicador es del 68,0 por ciento. En tanto para la población indígena, la informalidad al primer semestre de 2021 fue de 84,9 por ciento y de 61,9 por ciento en el caso de la población no indígena.[128]

[126] Con la excepción de una caída en 2016.
[127] El porcentaje restante son no afiliados atendidos en situación de emergencia en apoyo al sistema de servicios de salud nacional.
[128] Tablero de la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI): https://www.ine.gob.gt/tablero-enei/.

Por último, existe un segmento de la población que busca cobertura dentro del sector privado lucrativo y no lucrativo mediante el pago directo de sus atenciones. La atención por parte del sector privado lucrativo en 2019 alcanzó al 5,2 por ciento de la población (MSPAS 2019).

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Guatemala se ubicó en 0,57 en 2019, por debajo del promedio de la región de las Américas (0,77) y similar al grupo de países con ingresos bajos y medios (0,58). Los resultados en los subindicadores de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil también fueron inferiores al promedio de la región de las Américas (0,72 vs 0,82), por debajo de los países de ingresos medios altos (0,84) y por encima de los países de ingresos medios bajos (0,68) (UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1), n.d.).

La situación de salud de Guatemala es reflejo directo de las privaciones y desigualdades que sufre su población. Los indicadores de salud y acceso más desiguales se observan en la población rural e indígena, donde la pobreza es mayor; mientras que las condiciones de acceso a servicios como agua y saneamiento son menores. En este sentido, el índice de pobreza multidimensional (IPM), da cuenta de que las mayores brechas se refieren a privaciones en: a) saneamiento: 73,0 por ciento población indígena y 40,0 por ciento población no indígena; b) vivienda: 59,0 por ciento población indígena y 31,0 por ciento población no indígena; c) informalidad: 83,0 por ciento población indígena y 66,0 por ciento población no indígena; d) educación: 37,0 por ciento población indígena y 19,0 por ciento población no indígena; e) seguridad alimentaria y nutricional: 47,0 por ciento población indígena y 35,0 por ciento población no indígena, entre otros (ONU 2021).

Existen diversos factores que limitan el acceso y la utilización de los servicios relacionados con barreras geográficas, económicas, sociales, culturales y educativas (ONU 2019).[129] Incluso, la disponibilidad de recursos humanos e infraestructura resulta una gran limitación en este sentido. La esperanza de vida al nacer en 2021 fue de 74,8 años, lo que la ubica por debajo del promedio de la Región de las Américas, aunque desde 2000 ha aumentado 10,3 años (OPS 2022). En relación con la mortalidad general, la principal causa en 2019 fue lo relacionado con enfermedades no transmisibles (ENT), con el 61,6 por ciento seguido por las condiciones trasmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (22,3 por ciento). La evolución entre 2000 y 2020 indica un crecimiento de las ENT y de las muertes por lesiones. Estas últimas representaban el 12,6 por ciento de las muertes en 2000 y pasaron a representar el 16,1 por ciento en 2020 (OPS 2022).

Un ejemplo de las inequidades en la utilización se encuentra relacionado con la atención de la salud materno-infantil. En Centroamérica, Guatemala ocupa el primer lugar en Razón de Mortalidad Materna (RMM), pues alcanzó en 2017 una razón de 95 cada 100 000 nacidos vivos (OPS, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) para 2014-2015 solo el 65,5 por ciento de los partos fue atendido por personal sanitario competente. Un análisis según el lugar de ocurrencia muestra que, el 81 por ciento del total de partos correspondientes a la población no indígena fueron atendidos en un establecimiento público o privado; pero cuando se trata de población indígena, la atención en establecimientos de salud desciende al 50 por ciento. Para la población rural, el indicador se ubica en el 55 por ciento, comparado con el 85 por ciento cuando se trata de la población urbana (ONU, 2019). La Razón de Mortalidad Materna -RMM- en 2017 fue la más elevada dentro de los países de Centroamérica, 95 cada 100 000 nacidos vivos de acuerdo con OPS, aunque los datos del último informe publicado por el MSPAS, sobre mortalidad materna muestran una RMM de 113 por 100 000 nacidos vivos. Luego de 20 años de mantener una tendencia al descenso de la RMM, en el último quinquenio se observa estancamiento del indicador, oscilando entre 110 y 113 mil muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (MSPAS, 2020b).

Las mujeres indígenas poseen un mayor riesgo relativo de mortalidad materna asociado con la pobreza y las privaciones antes mencionadas (falta de acceso a educación, limitados servicios de salud). Algo similar ocurre en relación con la distribución geográfica de los recursos humanos en salud, que también favorece a la población urbana y a los departamentos con menor pobreza y menos población indígena. La densidad de médicos en estos departamentos (Guatemala, Quetzaltenango y Sacatepéquez) es de 6 cada diez mil, comparado con 2 cada diez mil en Huehuetenango y San Marcos (MSPAS, 2019).

[129] Un desarrollo más amplio de los determinantes sociales de la salud en Guatemala puede consultarse en: https://guatemala.un.org/sites/default/files/2020-06/CCA por ciento20completo por ciento20FINAL_0.pdf.

En relación con la salud infantil, la tasa de mortalidad se redujo casi un 48,7 por ciento entre 2002 y 2019; pasó de 38,8 a 19,9 cada 1 000 nacidos vivos respectivamente (OPS, 2022). El principal problema entre la niñez es la desnutrición crónica. En el país, uno de cada dos niños y niñas sufre desnutrición crónica, lo que ubica a Guatemala en el primer lugar de América Latina y el sexto a nivel mundial en términos de índice de desnutrición crónica.[130]

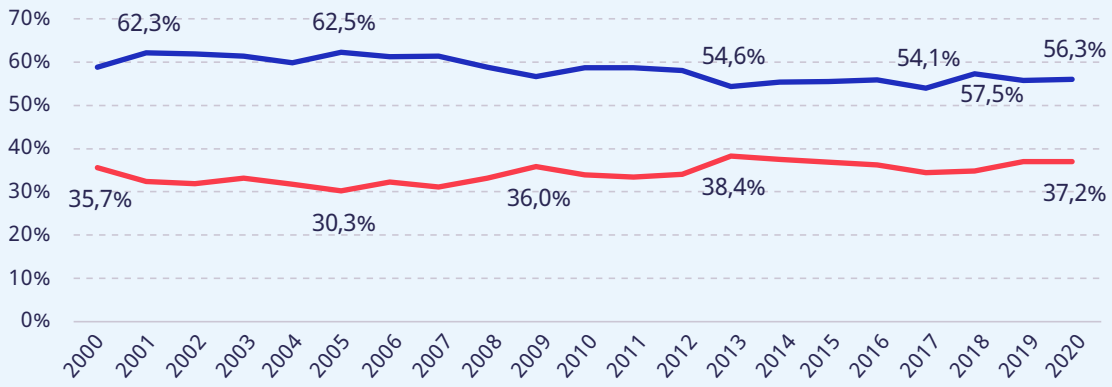
Para atender esta problemática existen en el país programas de transferencias monetarias sujetos al cumplimiento de ciertas condiciones. Uno de ellos es el programa "Bono Social", que funciona como apoyo a la Estrategia Nacional para la Desnutrición Crónica. La intervención en salud del programa está dirigida a familias en situación de pobreza con niño so niñas entre 0 y 6 años, mujeres embarazadas y lactantes condicionada a la asistencia para los controles de salud. La intervención "Crecer Sano" beneficia a familias[131] con niñas o niños de 0 a 24 meses que se encuentren en situación de vulnerabilidad por desnutrición crónica y que vivan en pobreza o pobreza extrema. Para recibirla deben cumplir con asistir a revisiones médicas con el objetivo de prevenir la prevalencia de desnutrición crónica. En ambos casos el beneficio es una transferencia monetaria directa a las familias de Q500 (CEPAL, n.d.-b).

Existe otra estrategia de protección social para abordar la atención en el embarazo de la población vulnerable, que es el Programa Vida, iniciado en 2017. Otorga transferencias monetarias condicionadas a personas titulares de niñas y adolescentes embarazadas o madres, víctimas de violencia sexual, menores de 14 años, cuyos casos hayan sido judicializados. La transferencia está condicionada a cumplir con la asistencia a los controles de embarazo y chequeo del hijo o hija que indique el protocolo del MSPAS[132] (CEPAL, n.d.-b).

4.3. Protección financiera

A pesar de que la gratuidad de los servicios de salud está garantizada por ley, los hogares son el principal financiador del gasto en salud de Guatemala, con un porcentaje de gasto de bolsillo del 56,3 por ciento del gasto total en salud en 2020. En términos de su participación dentro del total del gasto corriente en salud, se observa una disminución desde el 2005, año en que alcanzó su mayor valor, de 62,5 por ciento. Sin embargo, al analizarlo en dólares corrientes *per capita*, el gasto de bolsillo ha ido en aumento de USD 103 en 2010 a USD 163 en 2020 (OMS, n.d.). Como porcentaje del PIB se mantuvo alrededor de 3 puntos durante los últimos 20 años, con un valor de 3,6 por ciento en 2020, mayor que todo el gasto público en salud del país (2,4 por ciento del PIB en 2020) (gráfico 3).

▶ Gráfico 3. Guatemala. Participación del gasto de bolsillo y gasto público en salud sobre el gasto corriente en salud 2000-2020



Fuente: OMS (2022).

[130] https://www.unicef.es/noticia/en-guatemala-el-498-de-los-ninos-sufre-desnutricion-cronica-maria-claudia-santizo-oficial.
[131] Tiene cobertura en los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, Chiquimula, Totonicapán, San Marcos y Sololá.
[132] https://www.mides.gob.gt/programas-sociales/vida/.

Si bien el acceso a la atención en las redes del MSPAS es gratuito, las deficiencias estructurales como la falta de prestadores y personal capacitado redundan en la incapacidad de dicho sector por hacer frente a las demandas crecientes de salud por parte de la población. Como resultado, las personas se ven obligadas a costear parte del tratamiento, comprar medicamentos, comprar equipo médico como prótesis u órtesis, a pagar a ONGs proveedoras de salud o por la atención directa de servicios por parte del sector privado (MSPAS n.d.-b).

En cuanto a su composición, el principal destino del gasto de los hogares es el financiamiento de consultas externas, gasto en medicamentos y gasto en hospitalización. La tendencia entre 2005 y 2015 daba cuenta de una mayor participación en 2005 de gastos relacionados con consultas externas, seguido por gastos de hospitalización y en tercer lugar la compra de medicamentos. En 2015 la participación de gastos en medicamentos aumentò, pasando al segundo lugar, al desplazar a los gastos hospitalarios hacia la tercera posición. Cabe destacar que los medicamentos no son otorgados de manera gratuita en el sector público, pero sí a un bajo costo a través del Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) (MSPAS 2016). Sin embargo, como se ha mencionado, el alcance del programa resulta limitado. En el caso del IGSS, sus beneficiarios no deben pagar por medicamentos y otros gastos derivados de la atención médica.

En relación con el porcentaje de población que incurre en gastos catastróficos de salud, el país no realiza un seguimiento continuo de los indicadores que permita estimarlo y monitorearlo (Ávila *et a*l. 2015). Si se toma como como base el indicador ODS 3.8.2, en 2014 (último dato disponible para el país), el 11,4 por ciento de la población destinó más del 10 por ciento de sus ingresos a financiar gastos en salud y el 3,7 por ciento destino más del 25 por ciento de sus ingresos para este fin. Ambos indicadores se ubican por encima del promedio para América Latina y el Caribe, en 2017 de 8,8 por ciento y de 1,6 por ciento respectivamente. A su vez, no se observan diferencias marcadas entre la población rural y la urbana (4,3 por ciento y 3,2 por ciento respectivamente en el caso de gastos superiores al 25 por ciento del ingreso del hogar) (Population with Household Expenditures on Health Greater than 10 por ciento of Total Household Expenditure or Income (SDG 3.8.2) (por ciento, National, Rural, Urban) n.d.).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

La disponibilidad de recursos humanos y físicos resulta insuficiente para atender la demanda creciente de la población. De acuerdo con los últimos datos disponibles (MSPAS, 2016), la demanda de salud recibida por la red del MSPAS en relación con las primeras consultas, reconsultas y emergencias atendidas, aumentó un 38 por ciento entre 2010 y 2015. Si bien existe un componente variable que podría atenderse con mayores recursos económicos, no sucede lo mismo con los recursos físicos y el personal de salud, lo cual implica que la capacidad instalada del MSPAS se vea continuamente sobrepasada. Al año 2015 el porcentaje de ocupación (medido en camas disponibles) de la red de hospitales del MSPAS fue del 94 por ciento. Esto supone que, ante eventuales emergencias como los desastres naturales, frecuentes en Guatemala o en el caso de la pandemia por COVID19, el Ministerio de Salud carece de margen para atender las demandas generadas. El número de camas disponible cada 1 000 habitantes fue de 0,4 en 2017 lo que ubica al país muy por debajo del promedio de la región de 1,9 para el mismo año. Es, además, una de las más bajas a nivel global (Banco Mundial, n.d.-a).

En relación con el recurso humano, la disponibilidad de personal de salud resulta insuficiente. En 2017 existían 0,3 médicos cada 1 000 personas, cuando el promedio de la región fue de 3 cada 1 000 en el mismo año. La disponibilidad de enfermeras y parteras en ese año fue de 1,2 cada 1 000 personas, debajo del promedio regional de 4,5 cada 1 000 (Banco Mundial n.d.-b).

En relación con la distribución geográfica de los recursos, se evidencia que el MSPAS no posee capacidad suficiente de personal para atender a la población rural debido a que la mayor parte del personal calificado y la tecnología avanzada se concentra en las ciudades y sirve a las poblaciones con mayores recursos (OPS 2016) . De acuerdo con datos publicados por el MSPAS, departamentos como Guatemala, Quetzaltenango y Sacatepéquez tienen una densidad de 6 médicos cada diez mil habitantes mientras que departamentos con mayor población indígena como Alta Verapaz y Quiché tienen 1 y 2 médicos cada diez mil habitantes respectivamente. Otros departamentos con altos niveles de pobreza (mayores al 80 por ciento) cuentan con una densidad similar de 2 médicos cada diez mil habitantes, como Huehuetenango y San Marcos.

En lo que respecta al IGSS, los recursos humanos y las camas disponibles se distribuyen y acumulan de manera similar a la población que cubre el Instituto. En este sentido, el 70 por ciento de las camas disponibles se encuentran en los departamentos que concentran el 69 por ciento de la población del IGSS; Guatemala, Escuintla y Quetzaltenango.

El sistema de protección social en salud y el sistema de salud, tienen que enfrentar problemas de desigualdad y discriminación hacia ciertos grupos poblacionales. Guatemala contaba con una población total de 17,3 millones[133] de habitantes en 2022, con 47 por ciento de población rural[134] y 44 por ciento de población indígena.[135] Justamente la población indígena es la que más sufre de manera sistémica las privaciones, con un índice de pobreza multidimensional de 79,2 por ciento (ONU 2019). Las brechas son abismales con respecto a la situación de la población ladina o mestiza. Por ejemplo, mientras que entre la población mestiza las privaciones en saneamiento llegan al 40 por ciento, entre la población indígena resultan de 73,0 por ciento (ONU 2021).

En relación con el acceso a la salud materna e infantil, los departamentos más afectados son también mayoritariamente de población rural e indígena. Las mujeres indígenas poseen un mayor riesgo relativo de mortalidad materna; la pobreza, la falta de acceso a educación, los limitados servicios de salud antes mencionados y, por tanto, el limitado acceso a servicios de planificación familiar, contribuyen a su vulnerabilidad. En este sentido, un análisis de la atención prenatal recibida por las mujeres fallecidas dio cuenta de que casi el 25 por ciento de ellas no habían recibido ninguna atención en 2017, cifra que alcanzó el 31 por ciento en 2018 (MSPAS 2020b).

Según datos de la Encuesta de Evaluación de la Calidad de los Servicios Públicos Básicos (ENCASBA) para 2019, con representatividad únicamente en el municipio de Guatemala, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística, el 72,3 por ciento de los hogares consultados del municipio manifestó que ningún miembro de su familia había asistido a centros de salud pública para recibir atención de salud. Esto podría fortalecer la idea de que la gran mayoría de las atenciones se resuelven con el expendio de medicamentos en las farmacias o a partir de la utilización de medicina no tradicional. Si bien la intención del modelo de atención de salud de Guatemala es que el nivel de atención primaria sea el punto de entrada al sistema de salud, en la práctica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia son débiles y los pacientes pueden saltarse los puestos de salud e incluso los establecimientos secundarios en busca de servicios directamente en los hospitales (Ávila *et al.* 2015).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

Un indicador para medir la calidad de atención de los servicios de salud son las muertes prevenibles. En relación con la mortalidad materna, la atención tardía de salud por parte de las redes del MSPAS, expone a esta población a riesgos que podrían ser evitables (MSPAS, 2016). En este sentido, de acuerdo con el informe "Situación de la Mortalidad Materna, Informe de País año 2013" del MSPAS, el 60 por ciento de las defunciones maternas registraron una demora relacionada con la calidad y oportunidad de la atención en el servicio de salud (MSPAS 2016).

Adicionalmente, se consideran como criterios de medición de la calidad la insuficiente provisión de insumos y medicamentos, así como las limitaciones en cuanto a recursos humanos y recursos humanos especializados mencionadas anteriormente, las deficiencias en la disponibilidad de pruebas diagnósticas en muchos de los establecimientos que atienden a las personas en mayor situación de vulnerabilidad (ONU 2019).

De acuerdo con la ENCASBA, el 48 por ciento de la población encuestada del municipio de Guatemala estaba satisfecha con la atención de los centros de salud públicos, mientras que un 25 por ciento estaba poco satisfecho y un 27 por ciento estaba satisfecho intermedio. Cuando la consulta era en relación con los hospitales públicos, los porcentajes son 49 por ciento satisfecho, 28 por ciento poco satisfecho y 23 por ciento satisfecho intermedio. La peor experiencia en relación con los centros de salud se vincula con

[133] La proyección de población 2022 es de 17 357 806 es, según el INE Guatemala : https://www.ine.gob.gt/proyecciones/.
[134] https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=GT.
[135] Guatemala cuenta con 3 pueblos indígenas – Maya (41,7 por ciento), Garífuna (0,1 por ciento) y Xinka (1,8 por ciento)- y con 24 grupos lingüísticos que, junto al español, son los idiomas oficiales del país (ONU, 2019).

las deficiencias en el servicio, donde el 43 por ciento de los encuestados respondió que debieron pagar por un servicio de salud privado producto de tales deficiencias. En segundo lugar, el 39 por ciento de los encuestados respondió que los médicos y el personal de enfermería de los centros resultaba insuficiente y el 37 por ciento señaló que las instalaciones no eran adecuadas y no contaban con el equipo médico necesario. En relación con la experiencia en los hospitales públicos, el 55,7 por ciento declara que el establecimiento no brinda medicamentos gratuitos, el 43,8 por ciento ha tenido que pagar por un servicio de salud privado debido a la deficiencia en la atención del sector público y el 37,5 por ciento declaró que la presencia de médicos y personal de enfermería resultaba insuficiente.

5. Desafíos

Uno de los principales desafíos que enfrenta el país es el escaso financiamiento que destina a la salud. El financiamiento público insuficiente viene acompañado del enorme esfuerzo de las familias por financiar su salud de manera directa. A su vez, los altos niveles de informalidad laboral dificultan la incorporación de las familias a la protección del IGSS, que hoy cubre solamente al 17,9 por ciento de la población. Esto resulta particularmente grave en el caso de las mujeres, quienes tienen una de las tasas de informalidad más altas de América Latina; así como para la población indígena.

Aumentar los recursos del sector resulta un camino necesario para disminuir los gastos de bolsillo. Pero además de ello, también resulta necesaria la inversión en infraestructura y en recursos humanos para salud, con el objetivo de revertir las grandes deficiencias actuales de atención que afectan fundamentalmente a la población rural e indígena, básicamente dependiente de las redes del MSPAS.

Por otro lado, dado el gran porcentaje de población indígena en el país, resulta indispensable mejorar y seguir generando estrategias para su incorporación y cobertura, teniendo en cuenta que continúan siendo el grupo poblacional con los indicadores de salud más desfavorables. Para ello es deseable avanzar en una mejor compresión de los problemas que enfrentan, tanto la población indígena como los garantes de servicios de salud, para diseñar estrategias efectivas que tomen en cuenta la interculturalidad y las demandas de estos pueblos. De esta manera, debe ponerse especial atención a la eliminación de las barreras de acceso que enfrentan, como el idioma, la falta de recursos económicos, la lejanía con los centros de salud y la falta de pertinencia cultural con la que se prestan los servicios.

6. Principales lecciones aprendidas

- Garantizar la salud en el país es un deber constitucional del Estado. Sin embargo, la falta de infraestructura en salud y recursos humanos disponibles expone al país a constantes desbordes de su capacidad instalada, repercute en la calidad y el acceso a los servicios, de manera que la inversión en recursos humanos capacitados y especializados resulta imperativa para hacer efectiva la garantía constitucional.
- En el modelo de “Redes Integradas”, si bien se han alcanzado algunos avances, persiste el desafío de ponerlas en marcha efectivamente y crear el marco legal, institucional y operativo adecuado para ellas.
- El gasto público en salud continúa siendo insuficiente. Incluso, habiendo aumentado en los últimos años el gasto público per capita, no ha logrado reemplazar a los hogares como principales financiadores de la salud, que se han visto forzados a aumentar sus erogaciones para poder acceder a ella. Todo esto en un escenario donde los indicadores sanitarios se han mantenido inalterados en las últimas décadas, denotando déficit en la atención de problemas esenciales de salud que afectan, principalmente, a la población indígena, a la rural, a mujeres, a niños y a niñas.

- Mientras el gasto privado de bolsillo sea la fuente de financiamiento principal de la salud en el país, no habrá un verdadero sistema de protección social en salud, pues el acceso a los servicios y a los recursos para la salud dependerá de la capacidad adquisitiva de los hogares.
- Pese a los esfuerzos realizados, no resulta suficiente el rol rector del MSPAS. Se debe ampliar la rectoría no solo sobre sus competencias directas, sino también en la articulación de sus acciones con las demás instituciones, tanto con el IGSS como con el sector privado.
- El esfuerzo por disminuir la mortalidad materna ha dado resultados importantes. La implementación de la ley de Maternidad Saludable y la estrategia de extensión de cobertura del PEC contribuyeron notablemente a la mejora del indicador de RMM.
- La creación del Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa en 2002 y de la Unidad de Atención en Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPII) del MSPAS constituyen un importante reconocimiento a las prácticas terapéuticas mayas y a la multiculturalidad de la población de Guatemala. A través de esto fue posible incorporar normas de atención con pertinencia cultural en los primeros niveles de atención, como el manual de atención del parto vertical, la incorporación de traductores o intérpretes en algunos centros de salud y de huertas medicinales. Sin embargo, queda aún pendiente la incorporación de las prácticas tradicionales a una mayor escala dentro del sistema de salud.

Referencias

Ávila, C., R. Bright, J. C. Gutiérrez, K. Hoadley, M. Coite, N. Romero y M. P. Rodríguez. 2015. *Guatemala. Análisis del Sistema de Salud 2015*. USAID.

Banco Mundial. 2013. *Guatemala—Mejora del acceso a los servicios de salud mediante el Programa de Extensión de Cobertura (PEC)*. https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13283/750010NWP0SPAN00UNICO0Spanish0Final.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

———. s. f.a. «Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas) ». https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS.

———. s. f.b. «Médicos (por cada 1.000 personas) ». https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS.

Becerril-Montekio, V. y L. López-Dávila. 2011. «Sistema de salud de Guatemala». *Salud Pública de México* 53 (2): 197-208.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f.a. CEPALSTAT. «Bases de datos y publicaciones estadísticas». https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es.

———. s. f.b. «Programas de transferencias condicionadas—Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe». Consultada el 11 de abril de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc?pais=gt.

IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social). 2021. *Boletín Estadístico Prestaciones en Salud 2020*. Subgerencia de Planificación y Desarrollo, Departamento Actuarial y Estadístico. https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-Estadistico-Prestaciones-en-Salud-2020-IGSS.pdf.

———. 2022a. *Boletín Estadístico de Afiliación. Año 2021*. https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2022/09/Boletin-EstadIstico-de-Afiliacion-2021-IGSS.pdf.

———. 2022b. *Informe Anual de Labores 2021*. https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2022/07/informe-anual-de-labores-2021-IGSS.pdf.

Martínez Velásquez. 2019. *Niveles de Atención en Salud y Redes de Servicios de Salud*. Universidad de San Carlos de Guatemala. https://saludpublica1.files.wordpress.com/2019/08/si-niveles-de-atencionen-salud-1.pdf.

Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2016. *Diagnóstico Nacional de Salud*. Unidad de Planificación Estratégica, Departamento de Seguimiento y Evaluación.

———. 2019. *Diagnóstico de Situación de Salud 2019*. Departamento de Seguimiento y Evaluación, Unidad de Planificación Estratégica. https://www.mspas.gob.gt/descargas-mspas/download/543-diagnostico-situacion-salud-guatemala/2951-diagnostico-salud-2019-v1-1.

———. 2020a. *Estado del financiamiento de la Salud en Guatemala 2017*. Departamento de Seguimiento y Evaluación, Unidad de Planificación Estratégica.

———. 2020b. *Informe de País. Situación de la Mortalidad Materna. Años 2016-2017-2018*.

———. 2021. *Memoria de labores 2020-2021*. https://www.mspas.gob.gt/descargas-mspas?task=download.send&id=1281&catid=21&m=0.

———. s. f.a. *Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala*. Comisión Técnica de Formulación de la ENRISSG.

———. s. f.b. *Financiamiento y gasto en salud en Guatemala período 2016-2017*. Unidad de Planificación Estratégica.

———. s. f.c. *Modelo de Atención Integral en Salud*. https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf.

———. s. f.d. *Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel*. 2018. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f.a. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. s. f.b. «Population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG 3.8.2) (%, national, rural, urban) ». Consultada el 10 de abril de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-10-of-total-household-expenditure-or-income-(sdg-3-8-2)-(-).

———. s. f.c. «UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)». Consultado el 10 de abril de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage.

ONU (Organización de las Naciones Unidas). 2019. *Análisis Común de País—Guatemala*. https://guatemala.un.org/sites/default/files/2020-06/CCA%20completo%20FINAL_0.pdf.

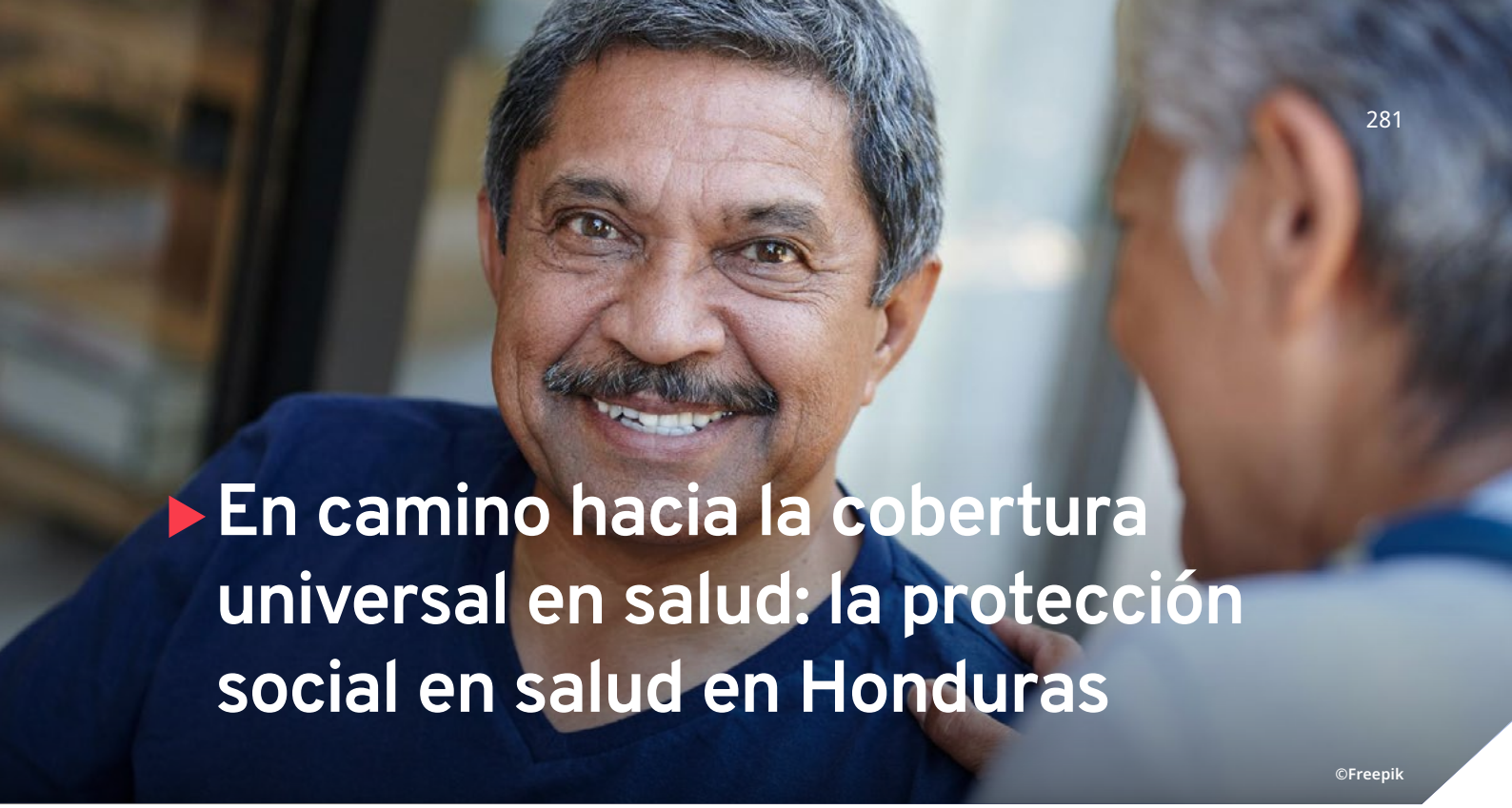
———. 2021. *Análisis Común de País actualización 2021—Guatemala*. https://guatemala.un.org/es/136331-analisis-comun-de-pais-actualizacion-al-2021.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2016. *Perfil de salud de los pueblos indígenas de Guatemala—Guatemala*. https://reliefweb.int/report/guatemala/perfil-de-salud-de-los-pueblos-ind-genas-de-guatemala.

———. 2022. «Perfil de País». https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-guatemala.

Pinzón, M. R. C. 2020. «Corrupción y salud 2: Los retos para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala». *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* 11 (2).

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Karin Slowing Umaña. Con el beneficio de los aportes de Fabio Durán y Lou Tessier.



En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Honduras

©Freepik

1. Introducción

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Honduras en 2023 fue de 0,623, lo que lo sitúa en el puesto 137 de 191 países. Esto representa un ligero aumento con respecto al año anterior, pero aún se encuentra por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (0,754).

En 2023, la pobreza extrema en Honduras afectaba al 13,2 por ciento de la población, lo que representa un ligero descenso con respecto al año anterior. La desigualdad, medida por el índice de Gini, se situó en 0,55 en 2023, cifra que sigue siendo elevada. En el mismo año, la esperanza de vida al nacer fue de 73,2 años. Los años promedio de escolaridad fueron de 7,2 años, lo que representa un ligero aumento con respecto al año anterior. El PIB *per capita* de Honduras, en 2023, fue de 2 977 dólares, un aumento del 8,3 por ciento con respecto al año anterior.

El sistema de protección social en salud brinda cobertura a la población residente en el país mediante el sector público, que atiende a la mayor parte de la poblacióny el sector privado, que presta servicios a la población con mayor capacidad de pago. El sector salud está conformado por varias instituciones: las Secretarías de Salud (SESAL), de Gobernación y Justicia, de Trabajo y Previsión Social, de Educación Pública, de Recursos Naturales y de Coordinación, Planificación y Presupuesto, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, las municipalidades; así como los organismos públicos y privados autorizados para el desarrollo de actividades de salud pública (Código de Salud 1992).

El sector público lo conforman, principalmente, el Seguro Social administrado por el IHSS, que cubre a trabajadores en empleos formales y sus dependientes y que representan más del 19 por ciento de la población total y la asistencia social a cargo de la SESAL, que brinda atención a la población sin aseguramiento, sin capacidad de pago o en condición de pobreza, incluyendo habitantes de las zonas rurales. Aún así, según el Banco Mundial este porcentaje fue de 38,9 por ciento en 2023; cigra ligeramente inferior a la registrada por el gobierno hondureño, pero sigue siendo alta.

2. Contexto

El debilitamiento del Estado y las múltiples crisis en los últimos 20 años es reflejado en las brechas en el ámbito social de Honduras, así como en la falta de políticas sociales inclusivas en protección social (PNUD, 2022). Estas brechas, presentes también en el ámbito de la salud, han motivado la generación de varias propuestas de reforma a lo largo del tiempo, sin que ninguna de ellas se logre plasmar.

En el año 2013 se aprobó, mediante acuerdo de la SESAL, el Modelo Nacional de Salud con base en la atención primaria de salud para el periodo 2014-2018 y con varios elementos que se mantienen vigentes. Adicionalmente, en julio 2015 se aprobó la ley Marco de Protección Social que buscaba que la población residente en el país contara con seguridad social; esta ley que no llegó a implementarse en el ámbito de la salud, comprendía una nueva configuración del sistema con participación mixta de aseguramiento y provisión de servicios públicos y privados de forma progresiva. En julio de 2022 la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Honduras declaró inconstitucional la ley Marco de Protección Social, en respuesta al pedido interpuesto por el Colegio Médicos de Honduras. Como consecuencia, la normativa vigente en temas de seguridad social sería la ley del Seguro Social de 1959 y, por lo tanto, el IHSS vuelve a tener la potestad para la aplicación de las tasas de aportación (Certificación CSJ-IHNSS 2022).

A pesar de estos esfuerzos, el sistema de salud es segmentado y fragmentado; operan distintos subsistemas: Secretaría de Salud (SESAL) que brinda asistencia a la población con menor capacidad de pago y el IHSS que asegura a las personas trabajadoras del sector formal y sus beneficiarios; además participa el sector privado.

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

El gasto total en salud en Honduras representó el 9,1 por ciento del producto interno bruto (2021). Esta proporción es similar a la registrada en el año 2009, año a partir del cual se produjo una disminución del esfuerzo país en la atención en salud, que se recuperó a partir del año 2020. El gasto total *per capita* se ubica en 253,9 dólares anuales por persona (2021).

La mitad del gasto proviene de los hogares, con una participación frente al gasto total que se ha incrementado en 4 puntos porcentuales en la última década. El gasto público doméstico representa el 37,5 por ciento del gasto total en salud (2021), con una participación tendiente a la baja; en 2011 representaba el 44,3 por ciento del gasto total en salud (gráfico 1). Existe también un aporte de la ayuda externa para el financiamiento de la salud; en 2020 representó el 5,7 por ciento del gasto total y su participación ha estado entre el 3 por ciento y el 7,5 por ciento desde 2010.

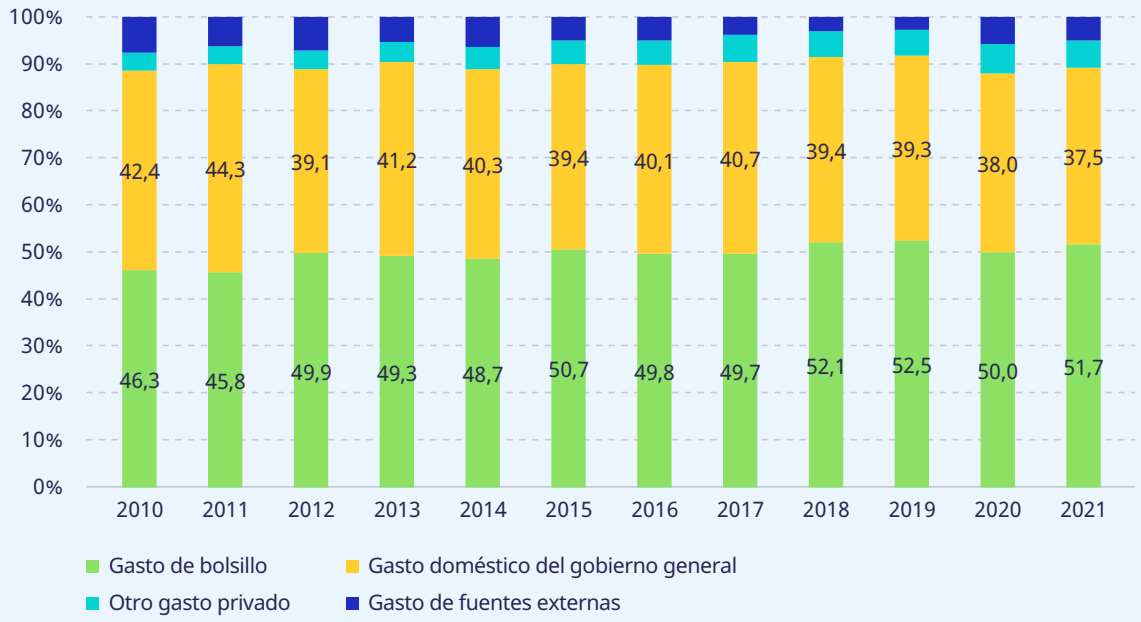
El gasto del Seguro Social se ha mantenido prácticamente invariable durante la última década. Este régimen presenta un gasto que se ha ubicado en torno al 11 por ciento del gasto total. El gasto de la Secretaría de Salud representó el 33 por ciento del gasto en salud en 2020 y registró una disminución de 4 puntos porcentuales con respecto al año 2010.

De acuerdo con datos del el Banco Mundial, el gasto total en salud para Honduras representó el 9,2 por ciento del producto interno bruto (PIB) en 2023; igualmente las cifras del Banco Mundial, reflejan que el gasto total en salud *per capita* en Honduras fue de 254,1 dólares en 2023. Según el Banco Mundial, el gasto de los hogares como porcentaje del gasto total en salud en Honduras fue de 50,4 por ciento en 2023; mientras que el gasto público doméstico como porcentaje del gasto total en salud en Honduras fue de 37,3 por ciento en 2023. Según la misma fuente el gasto de la ayuda externa como porcentaje del gasto total en salud en Honduras fue de 5,3 por ciento en 2023; mientras que el gasto del Seguro Social como porcentaje del gasto total en salud en Honduras fue de 11,2 por ciento en 2023.

La la Secretaría de Salud cubrió como porcentaje del gasto total en salud en Honduras un 36,1 por ciento en 2023. (Banco Mundial. 2023)

Las cifras muestran que el gasto en salud en Honduras ha aumentado ligeramente en los últimos años, pero sigue siendo inferior al de otros países de la región. El gasto público en salud ha disminuido en términos porcentuales, mientras que el gasto de los hogares ha aumentado. El gasto del Seguro Social se ha mantenido relativamente estable (gráfico 1).

▶ Gráfico 1. Honduras. Gasto en salud. Porcentaje del gasto corriente en salud

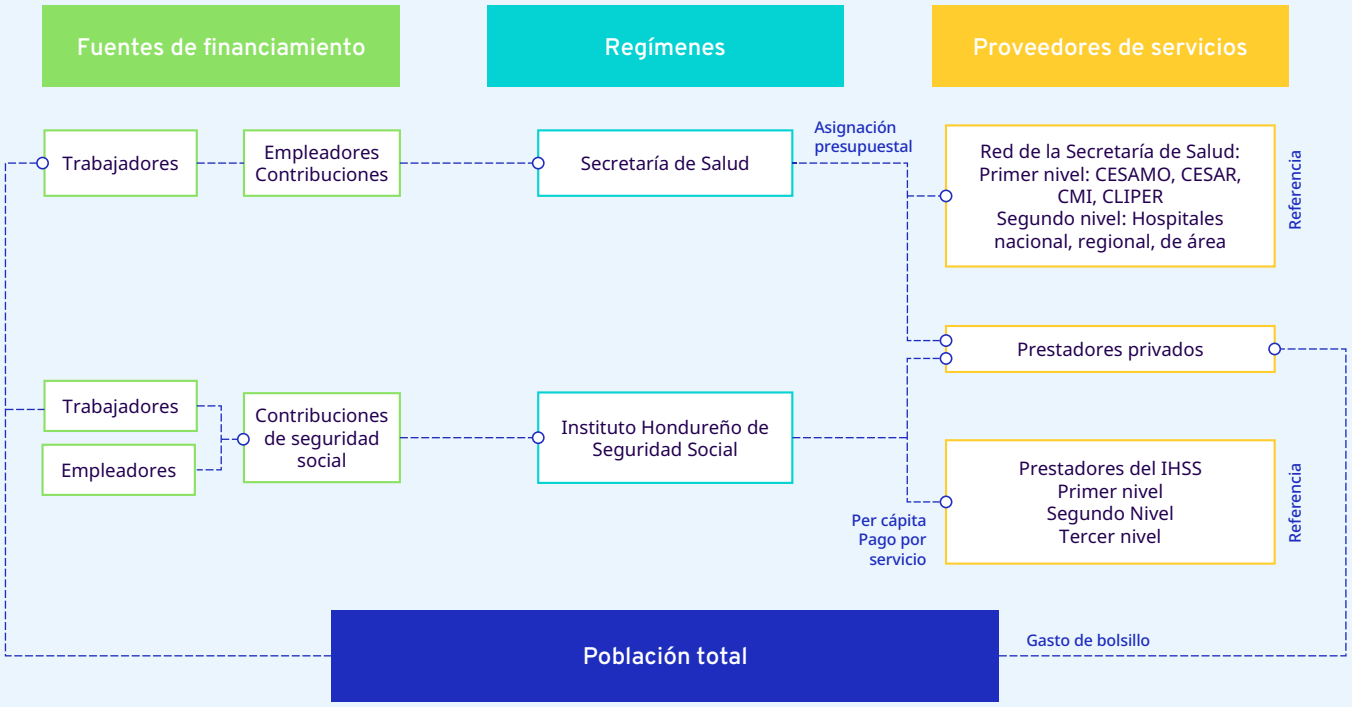


Fuente: OMS (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

El sistema de salud hondureño tiene un bajo nivel de integración del financiamiento público. Coexiste el financiamiento proveniente de las personas cotizaciones para la seguridad social y el proveniente de los impuestos generales para la asistencia social. Cada régimen cubre a un grupo poblacional definido y no existe ninguna articulación entre los mecanismos de financiamiento. La ley establece que el Estado debe apoyar el financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, pero esto no se cumple en la práctica. Para mejorar la integración del financiamiento público en el sistema de protección social en salud de Honduras, se debería desarrollar estrategias que le permitan unificar los dos regímenes de financiamiento en un solo sistema, con lo cual sería posible coordinar mejor los recursos y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Además de fortalecer el financiamiento público del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Esto permitiría ampliar la cobertura de este seguro y mejorar la calidad de los servicios que ofrece (diagrama 2).

▶ **Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de Honduras**



Notas: CESAMO: Centro de Salud con Médico y Odontólogo. CESAR: Centro de Salud Rural. CMI: Clínica Materno Infantil. CLIPER: Clínicas Periféricas de Emergencia.

Fuente: Elaboración: propia.

iii) Fuentes de financiamiento

El Instituto Hondureño de Seguridad Social se financia con las cotizaciones de trabajadores y empleadores (incluido el Gobierno, las entidades descentralizadas y autónomas), las multas y recargos establecidas por ley y otros recursos que se generen a favor del Instituto (ley del Seguro Social y Decreto 080-2001 2001). Para el Seguro de Enfermedad y Maternidad, la cotización es del 5 por ciento para el sector empleador y 2,5 por ciento para el trabajador; el Estado debe aportar el 0,5 por ciento, pero en la práctica no cumple. Estos aportes se aplican a la remuneración de la persona trabajadora en un monto máximo regulado (el techo de cotización) que se ajusta de forma periódica, pero que ha disminuido en términos reales (OIT 2022).

La Secretaría de Salud se financia con fondos públicos provenientes de impuestos generales, donaciones, préstamos y fondos propios (Secretaría de Salud de Honduras, 2014).

El 9,9 por ciento del gasto en salud es financiado con recursos de la seguridad social (2021) y el 32,5 por ciento por recursos del gobierno (OMS 2022).

3.2. Gobernanza

La Secretaría de Salud es la autoridad sanitaria nacional y quien ejerce la rectoría del sistema de salud hondureño. Tiene como responsabilidad la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades en el campo de la salud (Código de Salud 1992). La Secretaría se apoya en varias instancias, de tipo consultivo, que han sido creadas para brindar asesoría a la autoridad sanitaria y generar espacios de consulta, algunos de ellas son: el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Consultivo de la Calidad, el Consejo Nacional de Recursos Humano, entre otras (Bermúdez-Madriz *et al*. 2011).

En la seguridad social, el Instituto Hondureño de Seguridad Social tiene a cargo la administración del régimen de Enfermedad y Maternidad; esta institución es dirigida por una Junta Directiva integrada por: dos miembros en representación del Ejecutivo, tres representantes del sector empleador, tres del sector laboral y uno del Colegio Médico (ley del Seguro Social y Decreto 080-2001 2001). Además, la Dirección Ejecutiva es la instancia de mayor jerarquía en el IHSS; sus responsabilidades incluyen la representación de la institución, velar por el cumplimiento de las normas del IHSS, ejercer las funciones administrativas, entre otras.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

De acuerdo con el Código de Salud, todas las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria: "Toda persona tiene derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar" (Código de Salud 1992).[136]

El régimen de seguridad social cubre solo a una proporción de la población, correspondiente a personas trabajadoras en empleos del sector formal y sus dependientes. La ley del Seguro Social y su reforma establecen que la población sujeta al régimen obligatorio corresponde a: "1) Los trabajadores que devenguen un salario en dinero o en especie..., 2) los funcionarios y empleados de las entidades descentralizadas, autónomas, semiautónomas y desconcentradas del Estado y de las Municipalidades, 3) los funcionarios y empleados públicos, 4) los trabajadores que laboran en empresas comerciales o industriales o de tipo mixto derivados de la agricultura y de explotación forestal, 5) los agentes comisionistas..., 6) las personas que laboran para un patrono mediante un contrato de aprendizaje"(ley del Seguro Social y Decreto 080-2001 2001).

La población cubierta bajo el IHSS por enfermedad y maternidad también recibe cobertura por las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, vejez e invalidez, muerte, subsidios de familia, viudez y orfandad, paro forzoso y servicios sociales.

La seguridad social también establece el régimen especial y de afiliación progresiva. Se incluyen bajo este régimen a personas trabajadoras que voluntariamente continúen con la afiliación, personas trabajadoras domésticas, a domicilio, independientes o autónomas, jubiladas pensionadas por invalidez, entre otros grupos. Esta cobertura es gradual en función de los estudios actuariales y de factibilidad (OIT 2022).

Las prestaciones de enfermedad y maternidad se extienden a cónyuges (prestaciones de primer nivel y maternidad), hijos e hijas menores de 18 años, personas aseguradas cesantes hasta los dos meses siguientes a la fecha de cesantía y personas pensionadas por invalidez y vejez (Reglamento General de la ley del Seguro Social 2005) La cobertura desigual del sistema de protección social en salud de Honduras genera inequidades en el acceso a los servicios de salud. Las personas que no están cubiertas por el régimen de seguridad social, quienes representan a la mayoría de la población, deben pagar de su bolsillo los servicios de salud, lo que puede ser una carga financiera significativa.

[136] En 2015 se emitió la ley Marco de Protección Social que establecía que el Seguro de Atención a la Salud brinda cobertura a toda la población hondureña y personas extranjeras elegibles que tengan capacidad de contribuir (pilar contributivo) o limitaciones económicas para contribuir (pilar subsidiado) al régimen contributivo de aseguramiento. Sin embargo, esta ley fue declarada inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia en octubre de 2022.

3.4. Beneficios

El paquete de beneficios de la Secretaría de Salud no es explícito, ni tampoco se encuentra establecido un plan mínimo de servicios. Sin embargo, se define de forma explícita por parte de la Secretaría el listado de medicamentos esenciales. Dentro de la atención primaria se ofrece atención ambulatoria a niños adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores, control de enfermedades de transmisión vectorial y sexual, enfermedades crónicas degenerativas, salud mental, así como, la promoción de la salud (Bermúdez-Madriz *et al*. 2011).

Por otro lado, los asegurados y beneficiarios del Seguro de Enfermedad y Maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social cuentan con atención médica quirúrgica general y especializada, hospitalización, provisión de medicamentos, servicio odontológico con excepción de prótesis, incluye la atención médica prenatal, natal y posnatal. En el segundo nivel los servicios incluyen consultas, cirugías, hospitalización y emergencias.

En el caso de la cobertura en salud de riesgos profesionales, incluye además prótesis y ortopedia, así como servicio de rehabilitación.

Las prestaciones económicas incluyen ayuda de lactancia en casos específicos, subsidio de maternidad y subsidio de incapacidad temporal. El derecho al subsidio por maternidad se obtiene a partir de los 75 días de afiliación (Reglamento General de la ley del Seguro Social 2005).

3.5. Provisión de servicios

La red de servicios de la Secretaría de Salud está estructurada en dos niveles de atención: primer y segundo nivel. El primero tiene un total de 1 681 establecimientos entre unidades de atención primaria en salud (UAPS), Centros Integrales de Salud (CIS), servicios materno infantil, zonas de promoción y prevención, policlínicos, clínicas periféricas de emergencia y centros escolares odontológicos. Este se constituye como la puerta de entrada al sistema y cuenta con atención ambulatoria, promoción y prevención de la salud.

El segundo nivel está conformado por 32 hospitales básicos, 15 hospitales generales, 9 hospitales de especialidades y 1 instituto, que ofrece servicios de emergencia, hospitalización y atención quirúrgica (Secretaría de Salud de Honduras 2022).

Por otro lado, el IHSS cuenta con 34 establecimientos de salud: 32 unidades asistenciales y periféricas y 2 hospitales. Para cubrir la demanda de servicios de sus afiliados también se establecen contratos de subrogación con establecimientos privados. La prestación se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel aborda prestaciones preventivas y de promoción de la salud en un contexto familiar y comunitario, el segundo nivel comprende las especialidades médicas disponibles en el IHSS y el tercer nivel corresponde a los cuidados médicos especializados de alta complejidad.

El IHSS paga a los prestadores privados subrogados mediante una cápita anual en el primer nivel de atención. Para los demás niveles, el pago se realiza por servicios mediante un tarifario para el pago de consultas, egresos y procedimientos (OIT 2022).

La SESAL definió para todo el sistema de salud los lineamientos para el sistema de referencia y respuesta. Este es un mecanismo de coordinación entre los establecimientos públicos y privados articulados en redes integradas. Contempla la referencia entre establecimientos de un mismo nivel y entre niveles de atención.

El sistema de referencia y respuesta es un mecanismo importante para garantizar la continuidad de la atención y la atención oportuna de los pacientes. Permite que los pacientes sean referidos de un establecimiento a otro, según sus necesidades de atención.

En el caso de Honduras, el sistema de referencia y respuesta está aún en desarrollo. Sin embargo, tiene el potencial de mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para toda la población.

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

De acuerdo con las cifras de la Encuesta de Demografía y Salud 2019, el 14 por ciento de la población contaba con algún seguro de salud; el 11 por ciento estaba cubierta por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el resto por el Seguro Militar y seguros privados. El 86 por ciento de la población no contaba con seguro de salud, pero se estima que el 60 por ciento de la población total estaba cubierta por la red de prestadores de la Secretaría de Salud (Instituto Nacional de Estadística *et al.* 2021). Sin embargo, en la práctica, la población acude en una proporción importante a los servicios privados: el 34,1 por ciento de los enfermos ambulatorios en los últimos 30 días acudieron a un establecimiento privado, frente al 52,2 por ciento que acudió a establecimientos de la SESAL y 7,2 por ciento que lo hizo a hospitales del IHSS. Además, el 83,1 por ciento de los enfermos ambulatorios pagaron con recursos propios la consulta a profesionales de la salud (Instituto Nacional de Estadística *et al*. 2021).

La proporción de la población sin cobertura de seguros de salud es mayor en los grupos de la población pobre, sin escolaridad, en el área rural y en minorías étnicas (Instituto Nacional de Estadística *et al*. 2021). La población en condición de pobreza y pobreza extrema recibe, además, otras prestaciones de la asistencia social. Tal es el caso del Bono Vida Mejor, un programa de transferencias condicionadas que se otorga a las familias que cumplen con los controles médicos de sus hijos e hijas menores de 5 años y con la inscripción en el sistema educativo a niños y niñas entre 6 y 18 años. El registro de los beneficiarios del bono lo realiza la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social y, aunque existe un cruce de información con la Secretaría de Salud para verificar el cumplimiento de la condicionalidad, el registro no incide en la atención de salud que brinda la SESAL. De acuerdo con las cifras de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2022, el 16 por ciento de la población cuenta con algún seguro de salud; el 12 por ciento cubierta por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el resto por el Seguro Militar y seguros privados. El 84 por ciento de la población no cuenta con seguro de salud, pero se estima que el 60 por ciento de la población total está cubierta por la red de prestadores de la Secretaría de Salud.

La EPHPM es una encuesta de hogares representativa a nivel nacional que se realiza anualmente. En 2022 se realizó en una muestra de 12 000 hogares, lo que representa aproximadamente el 1 por ciento de la población total de Honduras. La encuesta recopila información sobre una amplia gama de temas, incluyendo la salud, la educación, el empleo, el ingreso y el gasto.

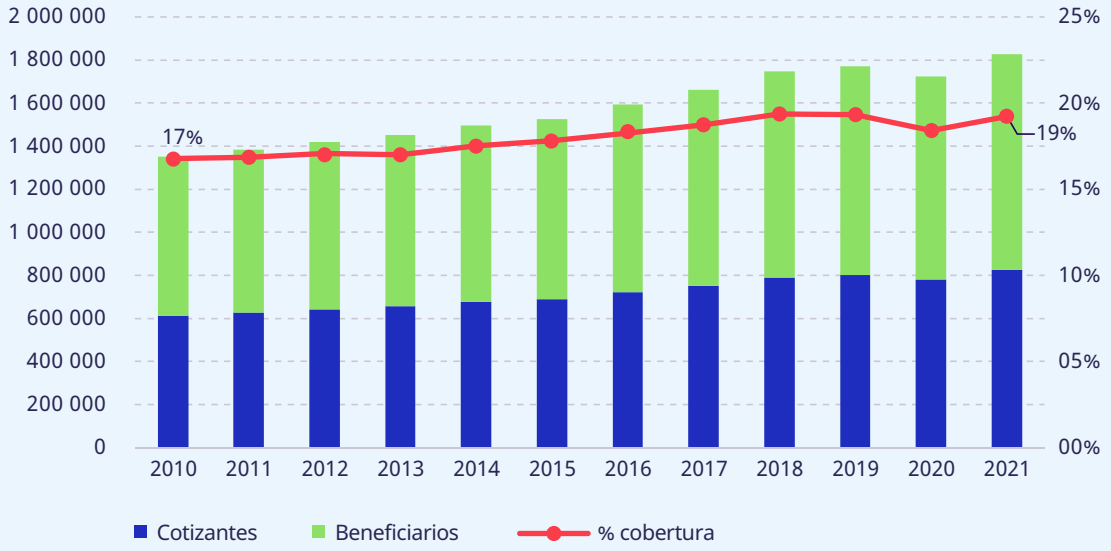
En particular, la EPHPM 2022 incluye preguntas sobre la cobertura de seguros de salud, la utilización de servicios de salud y los gastos en salud.

Los registros administrativos del Instituto Hondureño de Seguridad Social señalan que en 2021 existía un total de 1,8 millones de personas afiliadas al Seguro de Enfermedad y Maternidad. El 45 por ciento son cotizantes al seguro social; es decir, 826 mil personas, de las cuales el 55 por ciento son beneficiarias. Entre 2010 y 2021, la afiliación se ha incrementado en un 35 por ciento y 475 mil personas han ingresado al sistema; sin embargo, la tasa de cobertura ha permanecido estancada por décadas, hasta alcanzar al 19,2 por ciento de la población total (Instituto Hondureño de Seguridad Social 2021) (gráfico 2). El Gráfico 2 muestra la evolución de la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad del IHSS entre 2010 y 2021. Como se puede observar, la cobertura ha aumentado ligeramente en los últimos años, pero sigue siendo muy baja.

Las principales razones de la baja cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad del IHSS contemplan la exclusión de las personas trabajadoras del sector informal, porque el régimen de seguridad social de Honduras está diseñado para las personas trabajadoras del sector formal, por esa razón excluye a la mayoría de las personas que no e encuentran en ese ámbito laboral, grupo que representa aproximadamente el 60 por ciento de la fuerza laboral.

Otra de las razones es la falta de información y acceso; muchas personas desconocen que tienen derecho a la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad, o tienen dificultades para acceder al sistema; igualmente se configura como otra razón de baja cobertura los costos de afiliación; que pueden ser una barrera para algunas personas.

▶ **Gráfico 2. Honduras. Población cotizante y beneficiaria del IHSS y porcentaje de cobertura de la población total. 2010-2021**



Fuente: (Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2021).

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Honduras se encuentra por debajo del promedio de la región. La cobertura de servicios históricamente ha sido baja, pasando de un índice con un valor de 0,42 en el año 2000 a 0,63 en el año 2019. Los mejores resultados se presentan en las prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil (0,79), y el peor resultado en las capacidades del servicio (0,41). Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2022, el índice de cobertura de servicios esenciales de Honduras en 2022 fue de 0,65. Este valor es ligeramente superior al de 2019 (0,63), pero sigue siendo inferior al promedio de la región (0,72).

Sin embargo, la atención de la salud materna e infantil ha decaído a raíz de la pandemia por COVID-19. Un ejemplo es el porcentaje de nacimientos que fueron atendidos por profesionales de la salud, indicador que pasó del 74 por ciento al 52 por ciento en el periodo entre 2018 y 2021; así como, la cobertura en inmunización de niños, que pasó de un promedio de 91 por ciento a 79 por ciento en el mismo periodo (OPS 2021). Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2022, el porcentaje de nacimientos que fueron atendidos por profesionales de la salud en 2022 fue de 52,2 por ciento. Este valor es inferior al de 2018 (74 por ciento), pero superior al de 2021 (52 por ciento).

La cobertura en inmunización de niños en 2022 fue de 79 por ciento. Este valor es inferior al de 2018 (91 por ciento), pero superior al de 2021 (79 por ciento).

Honduras ha experimentado una transición epidemiológica; ha transitado de una mayor carga de morbilidad y tasas de mortalidad de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas degenerativas que cobraron mayor importancia; sin embargo, en los sectores con mayor pobreza, las enfermedades infecciosas prevenibles aún siguensiendo una causa de mortalidad importante. A pesar de las mejoras en la salud de la población en los últimos 15 años, las brechas con el promedio de la región en algunos de los indicadores en salud siguen siendo elevadas.

Las principales enfermedades atendidas en la red de servicios de la Secretaría de Salud de Honduras en 2022 fueron las enfermedades respiratorias (30 por ciento) y las enfermedades intestinales (20 por ciento). Las enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión y la diabetes, representaron el 15 por ciento de las consultas.

Por otro lado, las atenciones ambulatorias del IHSS en el año 2021 corresponden a enfermedades respiratorias (10,4 por ciento del total de atenciones), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9,8 por ciento), endocrinas, nutricionales y metabólicas (8,2 por ciento); y cardiovasculares (8,2 por ciento) (Instituto Hondureño de Seguridad Social 2021).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en el año 2019, el 40 por ciento de las personas que buscaron asistencia médica lo realizó por infecciones respiratorias; las enfermedades crónicas no transmisibles representaron un 14 por ciento. Además, el 60 por ciento de la población hondureña acudió por atención ambulatoria a los servicios del sector público, principalmente en el primer nivel de atención. De igual forma, en los servicios de hospitalización el 64 por ciento se atendió en el hospital de la Secretaría de Salud, 11 por ciento en el hospital del IHSS, 6 por ciento en otros públicos y 18 por ciento en la red privada. Según la misma encuesta, pero en 2022, las atenciones ambulatorias del IHSS correspondieron a enfermedades respiratorias (10,3 por ciento del total de atenciones), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9,7 por ciento), endocrinas, nutricionales y metabólicas (8,1 por ciento); y cardiovasculares (8,1 por ciento).

En comparación con las cifras de 2021, no se observan cambios significativos. Las enfermedades respiratorias siguen siendo la principal causa de consulta ambulatoria, seguidas de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Las enfermedades crónicas no transmisibles, por su parte, siguen ganando importancia.

Siempre con base en la misma fuente, en los servicios de hospitalización el 64 por ciento se atendió en el hospital de la Secretaría de Salud, 11 por ciento en el hospital del IHSS, 6 por ciento en otros públicos y 19 por ciento en la red privada.

En comparación con las cifras de 2021, la proporción de personas que se atendieron en hospitales públicos ha aumentado ligeramente, mientras que la proporción de personas que se atendieron en hospitales privados ha disminuido ligeramente.

La red pública cobra más importancia en los quintiles más pobres, ya que el 90 por ciento de población referida como usuaria de los servicios de internación, usó la red pública (Instituto Nacional de Estadística *et al*., 2021).

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en salud de Honduras es uno de los más altos de América Latina y el Caribe; uno de cada dos dólares que se gasta en salud corresponde a pago directo de los hogares. Este gasto ha registrado una preocupante tendencia creciente en la última década, pasando de representar el 46,3 por ciento del gasto en salud en 2010 al 50,0 por ciento en 2020 (OMS 2022). Tal nivel de gasto representa un alto riesgo para los hogares de enfrentar gastos catastróficos y con efecto empobrecedor.

Los hogares gastan en salud un promedio mensual de 29,8 dólares, monto que es superior en el área urbana y en hogares que pertenecen al quintil 5. De los hogares que pagaron por servicios ambulatorios de salud, el 56,8 por ciento corresponde a gastos de medicamentos, el 16,2 por ciento a exámenes de laboratorio, el 15,7 por ciento a gastos en consultas médicas y el 11,3 por ciento a otros rubros.

El gasto en salud de los hogares representa un rubro anual promedio de 428,4 dólares. Este monto es significativamente mayor al gasto promedio por persona que realizó IHSS en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, que en 2021 fue de 156,5 dólares. El gasto de bolsillo en salud de Honduras es uno de los más altos de América Latina y el Caribe. Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2022, el gasto de bolsillo representó el 51,71 por ciento del gasto total en salud en 2021. Este gasto ha registrado una preocupante tendencia creciente en la última década, pasando de representar el 46,3 por ciento del gasto en salud en 2010 al 51,71 por ciento en 2021.

Este nivel de gasto representa un alto riesgo para los hogares al enfrentar gastos catastróficos y con efecto empobrecedor. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un gasto catastrófico en salud como aquel que representa cuando menos el 40 por ciento del ingreso disponible de un hogar. En Honduras, el 25,2 por ciento de los hogares que pagaron por servicios de salud en 2021 enfrentaron gastos catastróficos.

El indicador ODS 3.8.2 mide la proporción de la población que gasta más del 10 por ciento de su ingreso en gastos de salud no reembolsados.

Según la EPHPM 2022, el 25,2 por ciento de los hogares que pagaron por servicios de salud en 2021 enfrentaron gastos catastróficos. Este porcentaje equivale al 12,6 por ciento de la población total de Honduras.

Este dato es inferior al umbral del 10 por ciento establecido por el indicador ODS 3.8.2. Sin embargo, es importante señalar que el umbral de 10 por ciento es una medida conservadora y que el gasto catastrófico puede tener un impacto negativo en la salud y el bienestar de las personas, incluso si no representa el 10 por ciento de su ingreso.

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

Honduras presenta importantes brechas en la dotación de infraestructura y recursos humanos para la provisión de servicios de salud. El número de camas hospitalarias es de los más bajos de región; dispone de 0,6 camas por cada 1 000 habitantes. Este nivel se encuentra por debajo del promedio de los países con ingresos medios bajos y es menos de la mitad del promedio de América Latina y el Caribe. La dotación de médicos y enfermeras también es deficitaria. Honduras exhibe un promedio de 0,3 médicos por cada 1 000 habitantes (2017) y 0,7 enfermeras para ese grupo poblacional (2017) (Banco Mundial, 2022). En ambos casos presenta niveles que están muy por debajo de los registrados en los países de ingresos medios bajos y de los estándares internacionales.

La disponibilidad de infraestructura y recursos humanos para la provisión de servicios de salud en Honduras ha mejorado ligeramente en los últimos años. Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2022, el número de camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes aumentó a 0,7 en 2021. Este nivel sigue siendo inferior al promedio de los países con ingresos medios bajos, pero es superior al promedio de América Latina y el Caribe.

La dotación de médicos y enfermeras también ha mejorado ligeramente. En 2021, el promedio de médicos por cada 1 000 habitantes aumentó a 0,4, y el promedio de enfermeras aumentó a 1,0. Sin embargo, estos niveles siguen estando muy por debajo de los registrados en los países de ingresos medios bajos y de los estándares internacionales.

El acceso a los servicios de salud también ha mejorado ligeramente en los últimos años. En 2021, el 52,2 por ciento de las personas que reportaron estar enfermas en el último mes consultaron al médico o a otra persona. Este porcentaje es superior al porcentaje registrado en 2019, pero sigue siendo inferior al promedio de los países con ingresos medios bajos.

La población que presenta dificultades de salud y requiere atención ambulatoria acude en mayor proporción a los establecimientos públicos que a los privados. En 2021, el 64 por ciento de las personas que acudieron a un establecimiento de salud se atendieron en un establecimiento público.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

En el marco de la ley del Sistema Nacional de Calidad de 2011, se creó una unidad de atención al usuario dentro de las unidades de salud, que tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención; integrar la voz de las personas usuarias a los objetivos y organización de los servicios de salud; y el seguimiento y defensa de los derechos y deberes de las personas usuarias. Entre sus actividades se encuentra la gestión y consolidación de información de quejas y sugerencias; generar anualmente una encuesta de satisfacción de los usuarios; entre otras enfocadas en gestión de calidad.

La Política Nacional en Salud de 2011 crea el Sistema Nacional de Calidad en Salud enfocado en normalización y vigilancia de la salud para habilitación de establecimientos, certificación y recertificación de los recursos humanos en salud, mejora continua de la calidad y gestión de información de calidad en salud (Secretaría de Salud de Honduras 2011). No se ha encontrado información que permita evidenciar la implementación de la política o identificar sus resultados e impacto en la mejora de la calidad de los servicios de salud.

La organización sin fines de lucro ASJ realizó en el año 2021 una encuesta de satisfacción de usuarios de seis hospitales públicos de la red del SESAL. El 93 por ciento de los encuestados consideró que la atención fue amable y el 83 por ciento se encuentra satisfecho con el servicio recibido. Por otro lado, más de la mitad de los encuestados tuvo tiempos de espera superiores a una hora respecto a la hora agenda de su consulta, y los tiempos de espera para obtener una cita de la mayoría de encuestados en 4 de los 6 hospitales fue más de 30 días. La creación de unidades de atención al usuario en las unidades de salud de Honduras es un paso importante para mejorar la calidad de la atención. Estas unidades tienen como objetivo integrar la voz del usuario a los objetivos y organización de los servicios de salud, y el seguimiento y defensa de los derechos y deberes de los usuarios.

La encuesta de satisfacción de usuarios realizada por la organización ASJ en el año 2021 muestra que la atención recibida por los usuarios de los hospitales públicos de Honduras es generalmente satisfactoria. Sin embargo, también se observan algunos desafíos, como los tiempos de espera, tanto para obtener una cita como para recibir la atención.

5. Desafíos

Honduras tiene la necesidad de intervenir en la protección financiera en salud y reducir las barreras económicas para el acceso a los servicios sanitarios. El gasto de bolsillo es elevado y se ubica en niveles que generan importantes riesgos de empobrecimiento y gastos catastróficos en la población, principalmente en la de menores ingresos y la más vulnerable. El alto gasto directo de los hogares en salud es el reflejo de las brechas existentes en el sistema, que derivan en desprotección social y ponen en riesgo a la población.

La implementación gradual del Modelo Nacional de Salud es uno de los principales retos para el sistema. Con ello, existen tareas pendientes en torno a la mejora de la articulación del sistema para superar la fragmentación y segmentación, la atención a la población con efectividad y calidad y el impacto en el estado de salud (Secretaría de Salud de Honduras 2013).

Se plantean además desafíos importantes como la definición de un paquete de servicios de salud a través de un conjunto garantizado de prestaciones, la identificación de las poblaciones objetivo, la organización del financiamiento, la gestión por resultados, la organización de la prestación en redes integradas de servicios, entre otros. Asimismo, un mayor énfasis en la atención primaria en salud es una tarea pendiente en el sistema hondureño y que está contemplada en el nuevo modelo de salud. La protección financiera en salud se configura como un desafí prioritario, especialmente porque el gasto de bolsillo en salud es elevado, lo que genera riesgos de empobrecimiento y gastos catastróficos para las familias, de manera prioritarita entre la población más pobre.

Se requiere la implementación del Modelo Nacional de Salud que faculte la articulación de los diferentes subsistemas de salud y la mejora de la calidad y eficiencia de la atención.

Otro desafío importante por enfrentar es la disponibilidad de recursos, pues la dotación de médicos y enfermeras, así como la adecuación de la infraestructura son indispensables para mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud.

6. Principales lecciones aprendidas

- El modelo de protección social en salud creado con la ley Marco, que por su complejidad no pudo ser implementado, brinda aprendizajes sobre la necesidad de generar diseños que sean congruentes con la capacidad institucional del país y que surjan de la discusión y consenso entre los distintos actores del sistema. La implementación de reformas de salud requiere contar con la participación de los actores sociales para que sean sostenibles en el tiempo y se implementen de forma oportuna. El diálogo social es un elemento central en la construcción y puesta en marcha de los cambios en el sistema de protección social en salud.
- Las normas aprobadas, como la del Modelo Nacional de Salud, aunque cuenten con un diseño adecuado para las necesidades del sistema de salud, requieren contar con todos los elementos pertinentes para alcanzar el éxito en la implementación. En el caso de Honduras, el bajo espacio fiscal y la informalidad en general, son barreras para la extensión de la protección social en salud.
- El limitado espacio fiscal para la salud, así como la definición de techos máximos de cotización para la seguridad social sin criterios de actualización periódica son factores que inciden en la sostenibilidad del sistema de protección social en salud. Esta experiencia y los resultados en términos de salud de la población plantean la necesidad de disponer de recursos financieros oportunos y suficientes para cubrir los requerimientos de la población.

Referencias

ASJ (Asociación para una Sociedad más Justa). 2022. «Sistema de Salud Pública debe mejorar la atención en hospitales y requiere más personal médico». Encuesta ASJ. http://transformemoshonduras.com/org/2022/04/28/sistema-de-salud-publica-debe-mejorar-la-atencion-en-hospitales-y-requiere-mas-personal-medico-encuesta-de-asj/.

Banco Mundial. 2022. «DataBank | The World Bank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

Bermúdez-Madriz, J. L., M. del R. Sáenz, J. Muiser y M. Acosta. 2011. «Sistema de salud de Honduras». *Salud Pública de México* 53 (209:219). https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800016.

Certificación CSJ-IHNSS. 2022. *Diario Oficial La Gaceta*.

Código de Salud. 1992. Decreto 65-91. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10636.pdf.

Honduras, Secretaría de Salud. 2011. Política Nacional de Calidad en Salud. https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/sistema-nacional-de-calidad.

———. 2013. Modelo Nacional de Salud. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf.

———. 2014. Estudio de gasto y financiamiento en salud*. Año 2011*. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K9KC.pdf.

———. 2021. Anuario Estadístico 2021*. Segmento I*. https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/anuario-estadistico-2021-segmento-i.

———. 2022. Memoria institucional Secretaría de Salud*. Año 2021*. https://api.iaip.gob.hn/api/public/serve_archivo/?idarchivo=MTUzMjAyOQ==.

IHSS (Instituto Hondureño de Seguridad Social). 2021. El IHSS en cifras 2005-2021. https://www.ihss.hn/index.php/el-ihss-en-cifras-2005-2021/.

INE (Instituto Nacional de Estadística), Secretaría de Salud de Honduras y UNICEF. 2021. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA / MICS 2019. https://www.ine.gob.hn/V3/endesa-anexos/.

Ley del Seguro Social y Decreto núm. 080-2001. 2001.https://www.ihss.hn/index.php/docs/ley-del-seguro-social/.

OIT. 2022. *Análisis de la gestión de los regímenes de seguro social del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)*. Borrador interno para discusión.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

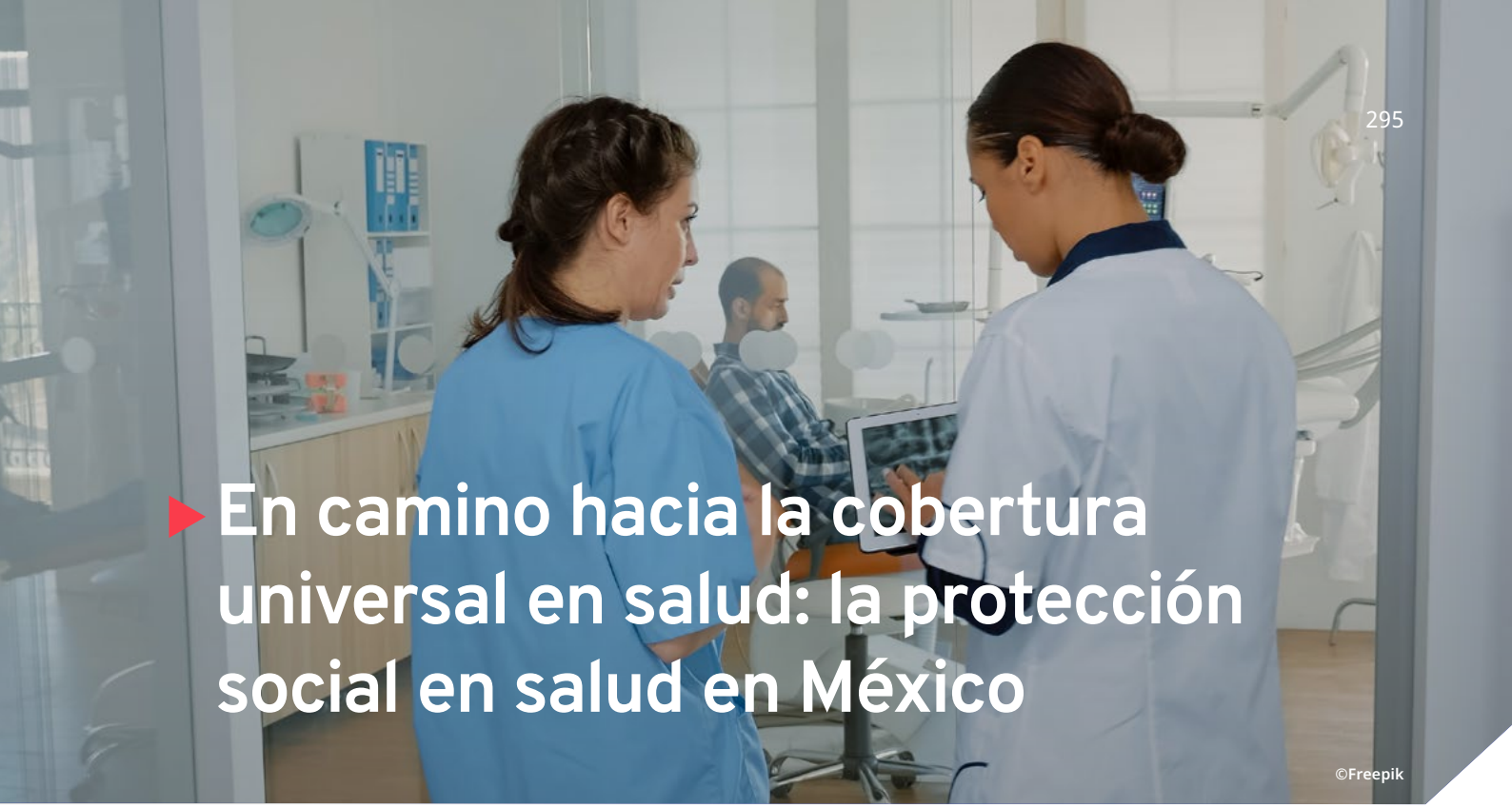
OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2021. «Tablero de los indicadores básicos». PAHO/EIH Open Data. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2022. *Informe de Desarrollo Humano de Honduras*. https://www.undp.org/es/honduras/publications/informe-de-desarrollo-humano-de-honduras.

Reglamento General de la ley del Seguro Social. 2005. Acuerdo núm. 003-JD-2005. *La Gaceta*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/honduras_reglamento_general_de_la_ley_del_ihss.pdf.

United Nations. 2022. *Human Development Report 2021-22. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping Our Future in a Transforming World*. United Nations. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Henry Andino Velásquez. Con el beneficio de los aportes de Fabio Duran.



©Freepik

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en México

1. Introducción

México es un país de ingreso alto (Banco Mundial n.d.). El PBI *per capita* ha mostrado una tendencia creciente en los últimos 20 años, alcanzando su máximo valor en 2014 con US$11 076, mientras que en 2021 se situó en en US$10 045, lo cual lo ubica por encima del promedio de América Latina y el Caribe (U$S8 327,6) (World Bank Open Data n.d.). En tanto, durante 2020 y en el contexto de la pandemia por COVID-19, el país registró una fuerte caída del nivel de actividad en términos reales de -8,0 por ciento que fue parcialmente compensada en 2021, año en el cual la recuperación fue de 4,7 por ciento (CEPAL, n.d.-a). El Índice de Desarrollo Humano se ubicó en 0,758 en 2021, lo que implica un aumento progresivo de 6,9 por ciento para el periodo entre 2000 a 2021 e inferior al registrado en América Latina (11 por ciento). Asimismo, ocupa la posición 86 del ranking mundial en 2021, habiendo descendido del puesto 74 en 2020 (PNUD 2020).

La construcción del sistema de protección social en salud en México empezó al inicio del siglo XX, con momentos de aceleración después de la Segunda Guerra Mundial y más recientemente, al inicio del nuevo milenio. Esos esfuerzos se tradujeron por un sistema que da derecho a la protección social en salud a todos los ciudadanos, pero logra afiliar solo un poco más del 70 por ciento de la población por diversos mecanismos altamente fragmentados.

El sistema de protección social en salud mexicano está compuesto por dos grandes sectores en relación con la situación laboral de las personas y varias instituciones al interior de cada uno. Las personas asalariadas y con trabajo formal forman parte de la seguridad social dentro de alguno de los institutos que la conforman de acuerdo con el lugar en que se encuentren empleados. Dentro de ella se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), que cubren — respectivamente — 37 por ciento, 7 por ciento y menos de 1 por ciento de la población en 2020. Por otro lado, el programa IMSS-Bienestar (que remplaza al Seguro Popular) cubría más de 26 por ciento de la población en 2020, que recibe atención de parte del Estado, de las Entidades Federativas y del programa IMSS-Bienestar.[137]

[137] Durante la redacción de este informe se produjo una nueva reforma de la ley General de Salud, la desaparición del INSABI y su reemplazo por el IMSS-Bienestar. DOF 29-05-2023. Conforme avanza la reforma, el IMSS-Bienestar se ha convertido en un organismo público descentralizado denominado *Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar* (DOF 31/08/2022).

Con un sistema caracterizado por la ausencia de separación entre las funciones de compra y provisión de servicios, así como por la escasa de implementación de convenios entre redes de proveedores, la fragmentación del sistema de PSS se traduce en una fragmentación de la provisión de servicios y su acceso diferenciado en función del régimen de afiliación. Los esfuerzos de extensión de cobertura se acompañaron de inversiones adicionales de recursos públicos para cubrir los gastos corrientes en salud. Tales esfuerzos se tradujeron en una disminución del gasto de bolsillo con respecto al gasto total. Aun así, el gasto de bolsillo en salud sigue representando más de un tercio del gasto total. El gasto de bolsillo está distribuido en todos los diferentes grupos poblacionales cubiertos por los varios mecanismos de PSS, la mayoría de los cuales ofrecen una cobertura casi sin copagos, lo anterior junto con la brecha en afiliación indica que una parte importante de la población accede a servicios de salud fuera de las redes de los regímenes de PSS, en el sector privado, pagando por su propio dinero. Los gastos de bolsillo afectan de manera desproporcionada a las poblaciones con menores ingresos y resultan catastróficos y empobrecedores para el 3,9 por ciento de los hogares en 2020 (CONEVAL, 2022a). Desde 2019, México está desarrollando reformas del sector salud, incluso de la PSS, con el objetivo de cerrar estas brechas.

▶ 2. Contexto

La constitución de 1917 estableció a nivel federal legislación en salubridad general y, en el nivel estatal, asignó responsabilidades sobre protección de salud ocupacional con indemnizaciones a los trabajadores en caso de accidentes y enfermedades ocupacionales. A su vez, en Yucatán, se agregaron comités bipartitos de vigilancia de la industria y para proteger la salud materna e infantil dentro del ámbito laboral. A manera de recomendación a los estados, la Constitución también retoma los esquemas de pensiones de contribución obrero patronal que ya se habían legislado en localidades como Jalisco (González Block 2021).

Durante la década de los años 1940 se creó, en el ámbito estatal, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad), se promulgó la ley del Seguro Social de 1943 y la subsiguiente creación del Instituto Mexicano del Seguro Social. A través de ella y alrededor del Seguro Social se apelaba a la asistencia médica, a los servicios sociales y a la protección de los medios de subsistencia como mecanismos mediante los cuales se contribuía a generar condiciones de bienestar individual y colectivo. Fueron dirigidos a las personas trabajadoras paraestatales, del sector privado, de administración social, empleados de instituciones de crédito y otras organizaciones auxiliares de seguros y finanzas pertenecientes al Estado (Cotonieto-Martínez 2020).

A finales de esa misma década y a partir de los antecedentes de las Leyes de Pensiones, se creó un segundo instituto de seguridad social que tenía como beneficiarios a las personas trabajadoras estatales, pensionadas, jubiladas y sus derechohabientes: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Cotonieto-Martínez 2020).

Con la reforma de la ley del Seguro Social, en el año 1973, se amplió la afiliación a otras áreas como comuneros y pequeños propietarios organizados, se incorporó el servicio de guardería y se creó, con acuerdo del gobierno federal y del IMSS, un Programa para la inclusión solidaria de la población campesina marginada y sin recursos, llamado Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que es actualmente el Programa IMSS-Bienestar, financiado por el gobierno federal. (Cotonieto-Martínez 2020) (CESOP 2006).

A partir de la reforma constitucional de 1983, se inauguró un periodo de cambios estructurales, fundamentalmente dirigidos a la población sin cobertura de la seguridad social. Se estableció la protección de la salud como un derecho para toda la población mexicana y se dio lugar a la promulgación de la ley General de Salud en 1984. Allí se establecieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, las competencias del estado nacional y las entidades federativas; así como la definición del Sistema Nacional de Salud a cargo de la Secretaría de Salud. Igualmente, se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud que culminó con la firma, en 1996, del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud mediante el cual se transfirió a los estados la responsabilidad de la prestación de servicios de salud y de medicina preventiva a la población no asegurada, al crearse los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Con el Programa Nacional de Salud (2001-2006), de democratización de la salud y a raíz de una nueva reforma a la ley General de Salud en 2003, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SP). El SPSS estableció que el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud (artículo 77 BIS 1 de la ley General de Salud, Reforma DOF: 15/05/2003). Su financiamiento contempló aportes del gobierno federal, los estados y las familias (cuota familiar). Los servicios garantizados por el Seguro comprendían servicios de salud comunitaria y servicios de salud individual mediante los cuales se garantizaba un listado de intervenciones, que se denominó Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y un listado de prácticas de alto costo financiadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Cotonieto-Martínez 2020).

La gratuidad del Seguro Popular estaba relacionada con los ingresos familiares a través de la posibilidad de ser exonerado del pago de la cuota familiar. Esta constituía un pago anual y anticipado vinculado con los ingresos y la capacidad de pago de las familias. Aquellas familias que corresponden a los cuatro deciles de ingresos más bajo no realizaban el aporte de la cuota. Sin embargo, en la práctica, no se aplicó la cuota familiar en la mayoría de los casos (Juan y *et al* 2013) (Block *et al.* 2016).

La implementación del Seguro Popular produjo un aumento significativo en la población bajo cobertura de salud en México, pasando de 5 millones de beneficiarios en 2004 (5 por ciento de la población total) a 51 millones en 2019 (41 por ciento de la población total) (CONEVAL, n.d.). El Seguro afiliaba principalmente a la población de los primeros deciles de ingreso. En el primer decil representó en 2018 el 72 por ciento de la población y 61 por ciento en el segundo, cifra que disminuyó progresivamente conforme aumentaban los ingresos (CONEVAL n.d.).

En 2019 se produjo una nueva reforma de la ley General de Salud que eliminó el SP, estableció la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), un Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) y dispuso la gratuidad de los servicios de salud en todos los establecimientos públicos bajo autoridades federales y estatales (excluyendo los proveedores manejados por seguros sociales) para las personas que no cotizaban en la seguridad social (Título 3ro Bis Ley General de Salud, DOF 29-11-2019). La adopción del Modelo de Salud para el Bienestar supuso dejar atrás la definición de catálogos prestacionales (como el CAUSES), aunque sí se mantenía el listado de coberturas de gastos catastróficos denominado FONSABI[138] (Secretaría de Salud 2020a). No obstante, en 2023 se disolvió el INSABI y se reformó nuevamente la ley General de Salud, donde se reemplazaron las funciones de dicho organismo por el IMSS-Bienestar (DOF 29-05-2023).

De esta manera, el actual modelo de protección social en salud mexicano se organiza alrededor de diferentes instituciones públicas fragmentadas. Las personas con capacidad de pago que siguen sin afiliación a ningún mecanismo recurren en su mayoría a la utilización de servicios privados de salud. Las prestaciones son brindadas por redes propias de servicios. Aquellas personas que pertenecen al sector formal de la economía se encuentran cubiertas, ya sea por Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina (SEMAR). Las personas sin afiliación a estas instituciones pueden estar cubiertas por el IMSS-Bienestar.

[138] El fondo de Protección para Gastos Catastróficos a partir de 2019 se llama Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI).

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

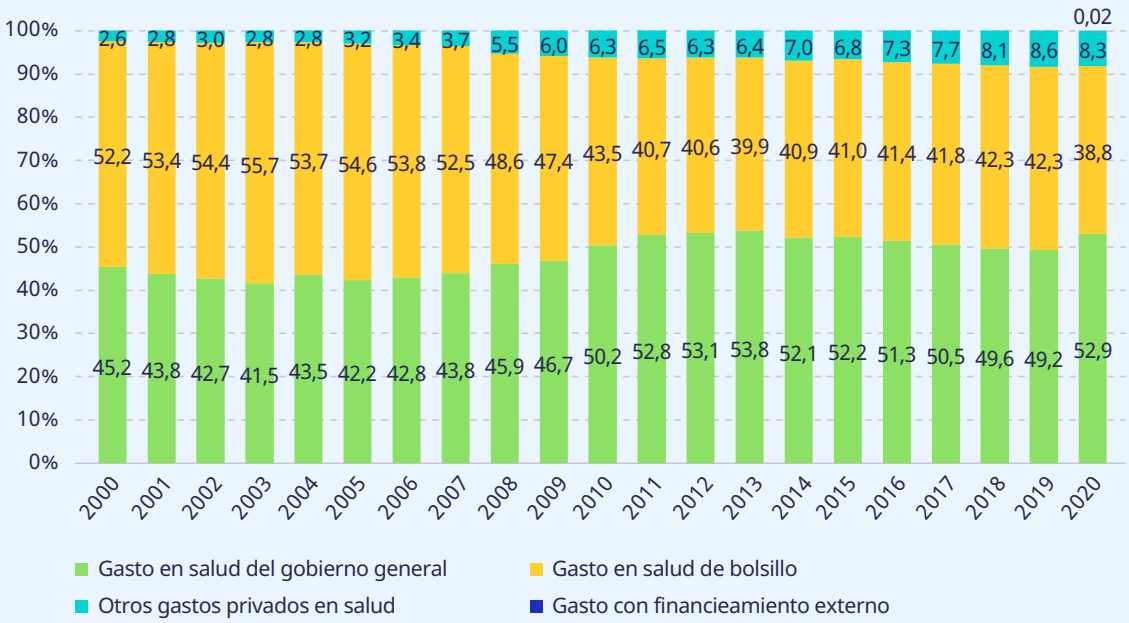
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

El gasto corriente en salud para 2020 fue de 6,2 por ciento del PIB y registró un aumento desde 2010 del 8,8 por ciento. El gasto público en salud alcanzó el 3,3 por ciento del PIB en 2020 y su amento en el mismo periodo fue del 14,6 por ciento. Por su parte, el gasto de bolsillo representó en 2020, 2,4 por ciento del PIB.

Durante los últimos veinte años se observa un cambio en los pesos relativos que detenta cada uno. Entre 2000 y 2009 las mayores erogaciones correspondían al gasto de bolsillo, que financió en promedio para ese periodo el 53 por ciento del gasto corriente en salud. A partir de 2010 las relaciones cambian, siendo el gasto público el que financia en mayor medida el gasto corriente en salud (52 por ciento en promedio). En términos *per capita*, el gasto corriente en salud alcanzó los US$538,6 en 2020 (gráfico 1).

▶ Gráfico 1. México. Estructura del gasto corriente en salud 2000-2020

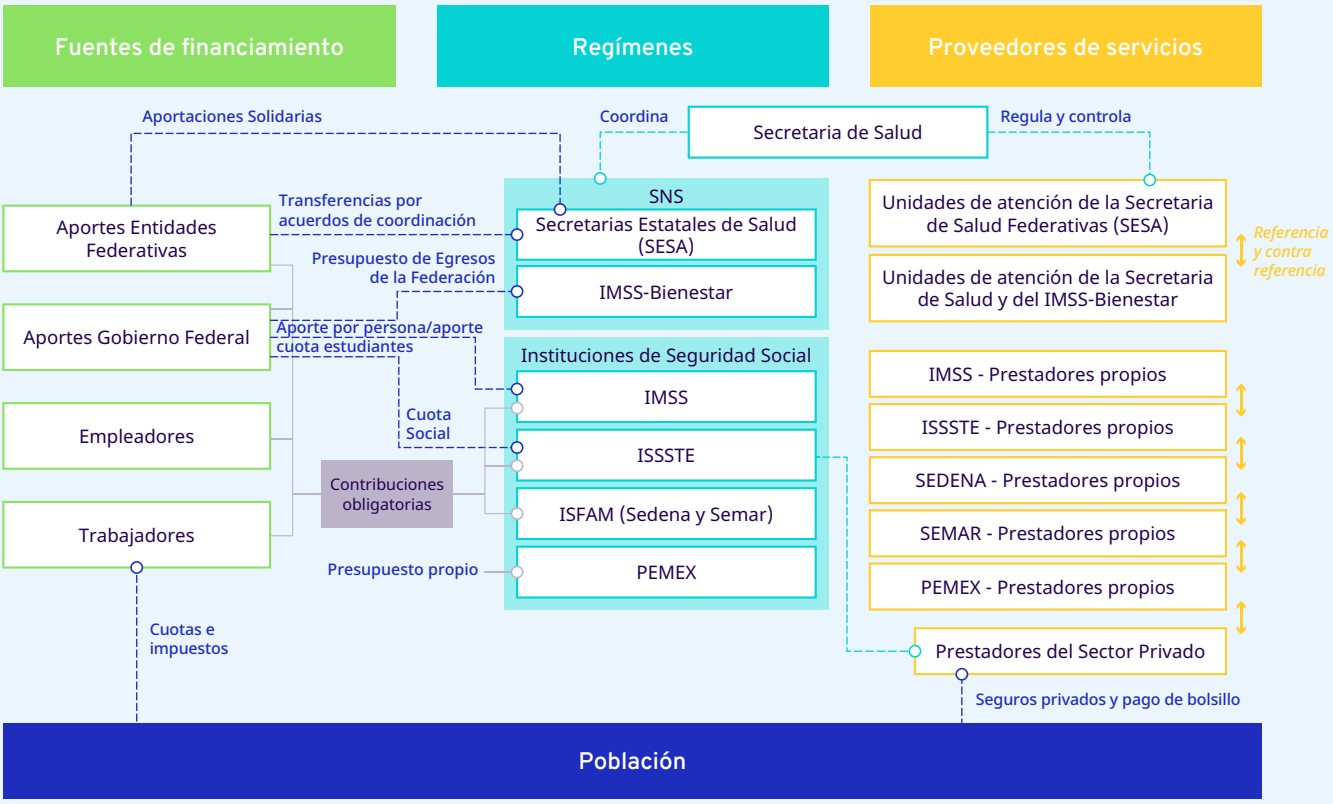


Fuente: Global Health Expenditures Database, OMS (n.d.).

ii) Flujos financieros del sistema de PSS

El financiamiento de la PSS en México se encuentra fragmentado y no existe un fondo único que integre las diversas fuentes de financiamiento. El sector estatal, compuesto a su vez por múltiples fondos a nivel de cada entidad federativa y cada institución de la seguridad social, se encarga de financiar los gastos de salud de su población a cargo y no existe separación entre el rol de comprador y proveedor de servicios (diagrama 1).

Diagrama 1. México. Principales flujos financieros



Fuente: elaboración propia.

iii) Fuentes de financiamiento

A partir de la aprobación en 2019 de la reforma de la PSS para personas sin seguridad social, se implementó una nueva estrategia de financiamiento que difiere de la establecida durante el Sistema de Protección Social en Salud. Un cambio relevante se dio en la derogación de las cuotas familiares del Seguro Popular como fuente de financiamiento del sistema. De esta manera, la reforma de la ley General de Salud (DOF 29-11-2019; DOF 19-05-2023) establece un financiamiento solidario entre la federación y las entidades federativas, teniendo en cuenta el carácter descentralizado de los servicios y sin la contibución de las personas. A su vez, establece que los recursos que aporte el Gobierno Federal anualmente con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación a través del IMSS-Bienestar, no podrán ser inferiores a los del ejercicio fiscal inmediato anterior (artículo 77 bis 12 — Ley General de Salud — DOF 19-05-2023)[139]. En tanto, los recursos que las entidades federativas aporten (denominadas aportaciones solidarias) serán determinados a través de acuerdos de coordinación entre cada estado y el gobierno nacional, y deberán incrementarse en la misma proporción que los recursos destinados por el Gobierno Federal (artículo 77 bis 13 — Ley General de Salud — DOF 29-11-2019). Asimismo, la ley prevé que, en el caso de que las entidades federativas concurran con los servicios del IMSS-Bienestar para garantizar la prestación de salud, acordarán -mediante convenios- la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados (artículo 77 bis 16 A — Ley General de Salud — DOF 29-05-2023).

[139] Tales recursos se entregarán a las entidades federativas, cuando no haya una concurrencia con IMSS-BIENESTAR en la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social (artículo 77 bis 12 - Ley General de Salud - DOF 19-05-2023).

El financiamiento de las prestaciones que otorga el IMSS se diferencia entre los asegurados del régimen obligatorio y los voluntarios. El régimen obligatorio comprende cinco seguros, incluso uno médico.[140] Posteriormente, fue incluido en este Régimen el Seguro Facultativo[141] para personas que cursen estudios medio superior y superior. El régimen voluntario comprende el Seguro de Salud para la Familia. En diferente medida, la mayoría obtiene financiamiento tripartito entre la parte empleadora, la parte trabajadora y el Gobierno Federal sobre diferentes bases de cotización, como la Unidad de Medida y Actualización[142] (UMA) o el Salario Base de Cotización (SBC). El sector empleador financia la mayor parte de las cuotas de los activos (ver cuadro en anexo). Mientras las personas afiliadas al régimen voluntario tienen derecho a un seguro de salud denominado Seguro de Salud para la Familia, al que acceden mediante el pago de una cuota anual por miembro familiar cubierto y en función de la edad de la persona beneficiaria. Adicionalmente, el Gobierno Federal realiza el mismo aporte que le corresponde al Seguro de Enfermedad y Maternidad (ver cuadro en anexo).

El ISSSTE también comprende un régimen obligatorio y uno voluntario. Hay cinco regímenes dentro del Régimen Obligatorio.[143] El Seguro de Salud se financia con aportes de la persona trabajadora o pensionada, equivalentes al 2,75 por ciento del sueldo básico para las primeras y 0,625 por ciento para las segundas y, un pago de las entidades federativas que equivale a 7,375 por ciento del sueldo básico en el caso de las personas trabajadoras activas y a 0,720 por ciento en el caso de las pensionadas. A su vez, el Gobierno Federal aporta en ambos casos, una Cuota Social diaria por cada uno, equivalente al 13,9 por ciento del salario mínimo general para el Distrito Federa, vigente al 1 de julio de 1997 que se actualiza trimestralmente según Índice Nacional de Precios al Consumido, para más detalle del financiamiento puede consultarse el Anexo).

Por último, las prestaciones en salud del ISSFAM se financian con transferencias del Gobierno Federal equivalentes al 15 por ciento de los haberes, haberes de retiro y pensiones (artículo 221 de la ley del ISSFAM, DOF 20-11-2008) ; las prestaciones de salud que brinda PEMEX a sus empleados son financiadas con el presupuesto de la empresa y son un derecho laboral de los empleados según el convenio colectivo de trabajo.

De acuerdo con la información publicada por el IMSS, el Seguro de Maternidad y Enfermedad ha sido deficitario en los últimos años y se proyecta un deterioro financiero aún más acuciante. En 2050 se estima una necesidad de recursos para atender los gastos de aproximadamente 1,35 veces los ingresos proyectados; es decir, los ingresos proyectados solo alcanzarán a cubrir el 74 por ciento del gasto estimado. Esta relación en 2021 fue de 1,24, lo que implica que los ingresos cubrieron el 81 por ciento del gasto (IMSS 2022). En términos financieros, el seguro de Salud del ISSSTE se mostró deficitario en los últimos años y las proyecciones propias del Instituto proyectan un agravamiento de la situación. Entre 2017 y 2021 los ingresos del seguro de Salud solo cubrieron aproximadamente el 85 por ciento de los gastos (ISSSTE 2022). En el caso de PEMEX, el financiamiento proviene de presupuesto propio.

Como se ha detallado, el financiamiento de la salud en México proviene de fuentes múltiples y no integradas entre sí. La provisión estatal de salud es financiada de manera conjunta entre el Estado Federal y las Entidades Federativas y, a partir de la reforma, los montos serán acordados anualmente con la firma de acuerdos de coordinación. En tanto, los esquemas de seguridad social se financian mayoritariamente con aportes tripartitos entre el Gobierno Federal o las Entidades Federativas, el empleador y las personas trabajadoras con alícuotas de financiamiento diferentes entre las distintas instituciones de seguridad social. Incluso, se realizan sobre bases de cotizaciones diferentes cambiando entre los distintos tipos de seguros. De esta forma, el sistema se caracteriza por la falta de solidaridad en su financiamiento y una fragmentación que impide la gestión agrupada de riesgos.

[140] Seguro de Riesgos de Trabajo; Seguro de Invalidez y Vida; Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez; Seguro de Enfermedades y Maternidad; Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

[141] DOF 14/09/1998. Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social a las personas que cursan estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección.

[142] La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores (https://www.inegi.org.mx/temas/uma/).

[143] Seguros de salud; de riesgos del trabajo; de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; de invalidez y vida. Adicionalmente, otorga prestaciones de préstamos hipotecarios y financiamiento para la vivienda (Fondo de la Vivienda); préstamos personales (Fondo de préstamos personales); servicios sociales y servicios culturales (Fondo de servicios sociales y culturales).

3.2. Gobernanza

La instancia de coordinación del Sistema Nacional de Salud y de formulación de la política de salud le corresponde al Consejo Nacional de Salud; el cual se encuentra integrado por el sector público (sector estatal e instituciones de la seguridad social)[144] y excluye la participación de organizaciones de la sociedad civil y del sector privado de salud. Por su parte, los organismos de la sociedad civil se encuentran representados en el Consejo de Salubridad General con la participación de asociaciones civiles de profesionales como la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Sin embargo, no participan de este Consejo las organizaciones de pacientes (González-Block *et al.* 2021). Cada institución de PSS tiene una estructura de gobernanza propia, en el sector seguro social participan en la mayoría de los casos representantes del sector empleador y del sector trabajador.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

La cobertura de PSS en México está garantizada para todos los ciudadanos por el marco legal. No obstante, dicho marco legal refleja la fragmentación del sistema y cada institución responde a una ley propia. La afiliación al IMSS puede ser obligatoria o voluntaria según lo estipulado en el artículo 6 de la ley del Seguro de Salud. Son aseguradas del Régimen Obligatorio las personas que presten un servicio remunerado, personal y subordinado, cualquiera sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del sector patronal; los socios de cooperativas, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través de decretos y las personas trabajadoras del hogar (artículo 12 de la ley del Seguro de Salud DOF 18-05-2022). Este régimen también incluye a las personas productoras de caña de azúcar y a quienes trabajen en este ámbito, si bien no son sujetos obligados,[145] optaron por permanecer a través de convenios con el IMSS (IMSS n.d.).[146]

Las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del IMSS o cualquier otra institución de seguridad social fueron incorporados por Decreto al régimen obligatorio (DOF 14/09/1998). La afiliación se realiza por familia, definida como cónyuge o conviviente, hijos e hijas menores de 16 años o mayores en el caso de sufrir incapacidades; así como padre y madre que vivan y dependan económicamente de la persona titular (artículo 84 de la ley del Seguro de Salud). Por último, otra forma de afiliación voluntaria es la que corresponde al Seguro de Salud para la Familia y se realiza por grupo familiar.

En el caso del ISSSTE y de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1 de la ley del ISSSTE (DOF 22-11-2021), la cobertura alcanza a las personas trabajadoras y pensionadas del Estado[147] y sus dependientes.[148]

---

[144] El Consejo es presidido por el Secretario de Salud Federal y está integrado por la persona que ocupe la Secretaría de la Defensa Nacional, la persona que ocupe la Secretaría de Marina, la persona que ocupe la la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, la persona que ocupe la Dirección General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la persona que ocupe la Dirección General del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, la persona que ocupe la Dirección General de Petróleos Mexicanos, la persona Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las 32 personas titulares de los Servicios Estatales de Salud y la persona que ocupe la Presidencia de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, como invitada permanente.

[145] Las personas productoras de caña de azúcar y las personas empleadas en este sector fueron incorporadas al IMSS por la "Ley que incorpora al Régimen del Seguro Social obligatorio a los Productores de Caña de Azúcar y a sus trabajadores", publicada el 7 de diciembre de 1963 en el DOF. Sin embargo, su incorporación fue derogada en las disposiciones transitorias de la ley del Seguro de Salud (DOF 21-11-1996) dándoles la posibilidad de ratificar su voluntad de permanecer en el régimen obligatorio o continuar voluntariamente mediante la formalización de convenios con el Instituto.

[146] La ley (artículo 13 de la ley del Seguro de Salud; DOF 18-05-2022) también dispone la afiliación voluntaria al Régimen Obligatorio para personas trabajadoras en industrias familiares y las independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, personas artesanas y demás personas trabajadoras no asalariadas; personas ejidatarias, comuneras, colonas y pequeñas propietarias; patrones personas físicas con personas trabajadoras aseguradas a su servicio; personas trabajadoras al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

[147] La Administración Pública Federal; ambas cámaras del Congreso de la Unión; la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación; del Poder Judicial de la Federación; los órganos jurisdiccionales autónomos; los órganos con autonomía por disposición constitucional; del Gobierno del Distrito Federal y de las demás Entidades Federativas, así como las administraciones públicas municipales conforme a la celebración de convenios con el ISSSTE.

[148] Son incluidos como derechohabientes el cónyuge, los hijos e hijas menores de 18 años o los mayores que sufran alguna enfermedad crónica o discapacidad y los ascendientes que dependan económicamente de las personas aseguradas.

El ISSFAM cubre a los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada mexicana y sus derechohabientes.[149] La cobertura de prestaciones que ofrece Petróleos Mexicanos a las personas trabajadoras y jubiladas se encuentra estipulada en el Convenio Colectivo de Trabajo[150] respectivo y alcanza a sus familias.[151]

De acuerdo con la ley General de Salud, "Todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, de conformidad con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social" (artículo 77 bis 1 de la ley General de Salud DOF 29-11-2019). Para ser beneficiario de dicha prestación es necesario contar además con Clave Única de Registro de Población.

La población migrante que requiera servicios de salud, públicos o privados, deberá pagar directamente por ellos, con la excepción de aquellas intervenciones de carácter universal como inmunizaciones y planificación familiar (González-Block *et al*. 2021).

3.4. Beneficios

Cada mecanismo tiene su paquete de beneficios, formulado explícita o implícitamente.

Las personas sin seguridad social tienen derecho al acceso a prestaciones bajo el IMSS-Bienestar, incluso servicios gratuitos de salud, medicamentos y otros insumos, incluidas intervenciones quirúrgicas y hospitalarias, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación (artículo 77 bis 1 Ley General de Salud). Hasta la reforma de 2019, existía bajo el Seguro Popular para esta población un paquete explícito de las intervenciones y medicamentos garantizados por el Estado, llamado Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), al que también se podía acceder con unos proveedores privados. Sin embargo, la implementación del nuevo Modelo de Salud para el Bienestar, basado en la atención primaria de salud, eliminó su existencia para buscar transformar el sistema de cuidado en uno más universal y sin limitaciones[152] en estructuras públicas (Secretaría de Salud 2020a) (CONEVAL 2022a). En este sentido, de acuerdo con la ley General de Salud (artículo 77 bis 1, DOF 29-11-2019), deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos y demás insumos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Los beneficios a los que tienen derecho las personas afiliadas al IMSS en relación con la atención de la salud son sin cargo y dependen de los Seguros bajo los cuales estén cubiertos. El Seguro de Enfermedad y Maternidad otorga prestaciones médicas (denominadas especie) y subsidios en dinero en caso de enfermedad no profesional. Al interior de este Seguro, la cobertura esta segmentada en cobertura para Asegurados y Gastos médicos para pensionados. A través de la primera se otorgan prestaciones médicas, subsidios por maternidad y por enfermedad y ayudas para gastos por sepelio. En tanto, la cobertura para

[149] Dentro de éstos se encuentran comprendidos los cónyuges; hijos e hijas solteros menores de 18 años, hasta 25 años si dependen económicamente del titular y se encuentran cursando estudios o que sufren padecimientos de origen congénito que le impidan trabajar; madre y padre en situación de dependencia económica respecto del militar (artículo 144 de la ley del ISSFAM, DOF 07-05-2019).

[150] CCT 2021-2023 PEMEX-STPRM.

[151] Al cónyuge; hijos e hijas menores de 18 años o solteros hasta 25 si dependen económicamente del trabajador y se encuentran cursando estudios; los hijos mayores de edad si presentan incapacidades en un 50 por ciento o más y no reciben asistencia médica de otra institución o salarios o pensión; la madre y el padre si no se encuentran cubiertos por otra institución para recibir atención médica; los hermanos menores de 18 años que dependan económicamente de forma exclusiva del trabajador o jubilado si sus padres han fallecido. Para recibir los servicios en todos los casos deben depender económicamente de la persona trabajadora o jubilada.

[152] En octubre de 2022 se aprobó el Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) (DOF 25/10/2022) que se define como el esquema de cuidados integrales que define los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de salud colectiva. Este Modelo contiene 5 ejes donde se sustentan las intervenciones para la atención integral: promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

"Gastos médicos para pensionados" otorga solamente prestaciones médicas (IMSS 2006). La cobertura en salud alcanza asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, con algunas exclusiones[153] y, en el caso de maternidad, asistencia obstétrica durante el embarazo parto y puerperio. En este último escenario otorga, además, ayuda en especie por 6 meses para lactancia y una canastilla al nacer el hijo o hija de la persona asegurada (esto no está cubierto para el caso de pensionadas).[154] La cobertura de medicamentos que se prescriben en el Instituto se encuentra detallada en el cuadro Básico de Medicamentos. El IMSS otorga a su vez, prestaciones en cuidados de salud y en dinero en el caso del Seguro de Riesgos del Trabajo y Seguro de Invalidez y vida (ver anexo).

No existe un paquete explícito de los servicios de salud para las personas aseguradas en el ISSSTE.[155] Los servicios brindados consisten en medicina preventiva y curativa.[156] En el caso de los medicamentos, existe un Catálogo Institucional de Insumos para la Salud que el Instituto adquiere y suministra a los usuarios, así como otros que disponga la ley General de Salud (Acuerdo 37.1355.2016, DOF 31-10-2016). No existen periodos de carencia para acceder a los servicios de salud, excepto en el caso de las prestaciones de maternidad, para las cuales es necesario mantener vigentes los derechos durante los seis meses anteriores al parto.

El servicio médico integral para los beneficiarios del ISSFAM es gratuito y comprende asistencia médica quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria, así como los aparatos de prótesis y ortopedia que no tengan finalidad exclusivamente estética y rehabilitación de los discapacitados. También brinda medicina preventiva, social y educación higiénica, atención obstétrica y perinatal (ISSFAM 2020).

Por último, los servicios médicos a los que tienen derecho las personas trabajadoras de PEMEX se encuentran estipulados en el CCT y son otorgados por el sector patronal dentro de las redes dependientes de PEMEX. Dentro del CCT se especifican inclusiones, porcentajes de cobertura y condiciones bajo las cuales se otorgarán algunas especialidades.[157] En términos generales, los servicios se orientan tanto a actividades preventivas, curativas, de promoción y de rehabilitación de la salud.[158] Los servicios son gratuitos en cuanto se trate del profesional o servicio médicos contratados por el patrón. Si estos no estuviesen disponibles, las personas beneficiarias pueden recurrir a instituciones particulares con cargo al sector patronal.

A partir de la reforma ya no existe en México un paquete explícitamente definido de prestaciones en salud que deban garantizarse, como lo era el CAUSES. Aunque es cierto que los regímenes bajo IMSS, ISSFAM y Pemex tienen mejor delimitados los alcances de las prestaciones que otorgan.

[153] Quedan excluidas de manera explícita de las prestaciones de salud: cirugías estéticas, dotación de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos e implantes cocleares, prótesis y artesas externas; cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía, siempre y cuando exista corrección con las medidas convencionales y con excepción de la anisometropía, correcciones mayores de 6 dioptrías y fototerapéutica; expedición de certificado de salud que impliquen la realización del examen médico de un individuo sano, sin acciones preventivas; tratamientos dentales de endodoncia, ortodoncia, salvo en el caso de secuelas de labio y paladar hendido; parodoncia, salvo en padecimiento por tártaro dentario y en aquellos padecimientos sistémicos que se manifiesten en el parodonto, así como procedimientos y tratamientos médicos y quirúrgicos no considerados en los instrumentos normativos de la atención médica, los basados en fundamentos no aceptados por la ciencia médica o de dudosa eficacia en el correcto tratamiento de los enfermos. Asimismo, todos aquellos que no cuenten con la aprobación de la Secretaría de Salud (IMSS, 2006).

[154] Artículo 95 de la ley General de Salud (DOF 16-05-2022).

[155] A su vez el ISSSTE brinda otras prestaciones a sus beneficiarios: los seguros de Riesgo de trabajo e Invalidez y vida, otorgan pensiones temporales o permanentes en relación con el salario de la persona asegurada en caso accidentes, enfermedad y muerte; los servicios sociales y culturales brindan prestaciones como: estancias para el bienestar y desarrollo infantil, servicios funerarios, servicios turísticos, programas culturales y deportivos, programas de atención al jubilado y pensionado y casas de día. También otorga préstamos personales y e hipotecarios.

[156] Dentro de esta última se encuentra la medicina familiar, medicina de especialidad, servicio gerontológico y geriátrico, traumatología y urgencias, oncológicas, quirúrgicos y extensión hospitalaria, de apoyo diagnóstico, odontología, farmacéutico, psicología, nutricional y de rehabilitación.

[157] Por ejemplo, establece la posibilidad de realizar cirugías plásticas, estéticas o cosméticas reconstructivas a juicio de los servicios médicos del patrón y financiamiento de montos fijos para ortodoncia entre otros.

[158] El derecho incluye tanto los casos de enfermedad y accidentes comunes como los riesgos de trabajo. En el caso específico de maternidad, la trabajadora tiene acceso a atención pre y posnatal.

3.5. Provisión de servicios

Con pocas excepciones, cada mecanismo de PSS tiene su propia red de provisión de servicios. No hay (o escasamente) separación entre las funciones de compra y de provisión de servicio en el sistema en general. La atención gratuita de salud provista por las Entidades Federativas o por el Gobierno Federal bajo el IMSS-Bienestar[159] se realiza a través de los servicios de salud dependientes de cada nivel de gobierno. La prestación de los servicios médicos del IMSS se realiza principalmente en establecimientos propios del Instituto. Los servicios de salud que brinda el ISSSTE se organizan a través de unidades prestadoras de salud dependientes del Instituto. En el caso de las personas trabajadoras y jubiladas de PEMEX, la prestación de servicios de salud es proporcionada por el empleador de acuerdo con las cláusulas estipuladas en el convenio colectivo de trabajo y dentro de las redes propias dependientes de PEMEX. En el CCT se detallan los establecimientos de salud (hospitales, clínicas y consultorios) a los cuales pueden acudir las personas trabajadoras, jubiladas y sus derechohabientes.

Cada subsistema de PSS está autorizado a establecer convenios con los proveedores de servicios de salud de los demás para optimizar la capacidad instalada y optimizar la prestación de servicios. En la práctica existen muy pocos ejemplos de implementación de esos convenios:

- Las Entidades Federativas están habilitadas para celebrar convenios entre sí o con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud (artículo 77 bis 5 de la ley General de Salud, DOF 29-05-2023). En este sentido, la implementación de Convenios de prestación cruzada entre los servicios estatales de salud, federales y las instituciones de seguridad social han intentado, sin mayor éxito, mejorar la integración institucional, estableciendo acuerdos para lograr un acceso más efectivo a la salud, enfocados exclusivamente en el intercambio de servicios de alta especialidad como resonancias magnéticas o cuidados intensivos (González-Block *et al*. 2021).
- También la ley que establece el IMSS posibilita la firma de convenios con organismos públicos o particulares. La prioridad de la celebración de convenios se ofrece para las instituciones públicas y luego para el sector privado.[160] Asimismo, la ley del Seguro de Salud habilita al IMSS a prestar los servicios de salud de forma indirecta a través de patrones que tuvieran establecidos servicios médicos propios;[161] de tal suerte que algunos convenios fueron celebrados.[162] Salvo estas experiencias, la contratación de prestadores externos no es una práctica a la que se recurra en el IMSS.
- Asimismo, la ley de ISSSTE establece la posibilidad de realizar convenios con otros prestadores de servicios con la preferencia de que sean instituciones públicas del sector salud y se sujeten a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancias establecidas por el Instituto. En este sentido, existen convenios de prestación de servicios entre el ISSSTE a gobiernos federales y municipales. A su vez, de acuerdo con el Informe Financiero y Actuarial de 2019, el Instituto ha ido priorizando la subrogación y la tercerización de los servicios por sobre la inversión en infraestructura y equipo médico (ISSSTE 2019).
- Para la atención del personal militar y sus derechohabientes el ISSFAM celebra convenios con las Secretarías de la Defensa Nacional (SEDEMA) y Marina (SEMAR) para que estas otorguen en sus instalaciones los servicios de salud a cargo del Instituto. También está facultado para celebrar convenios con el IMSS y el ISSTE.
- Asimismo, el CCT de PEMEX establece que el servicio médico se proporcionará en las unidades

[159] Algunas entidades federativas no firmaron convenio con IMSS-Bienestar.

[160] "Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica". IMSS.

[161] Cuando se trata de patrones con obligación al seguro, puede convenirse la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios (artículo 3ro, fracción III, DOF 25-04-2023). Tales convenios no podrán celebrarse sin el consentimiento previo de los trabajadores o su organización representativa.

[162] Con la Fundación Teletón, a través del Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO) para la atención en oncología y el Convenio Macro para la prestación médica y hospitalaria celebrado a raíz de la pandemia por COVID-19. Este Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios, suscrito entre el IMSS, las Secretarías de Salud, Defensa Nacional y Marina, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales. Los hospitales y clínicas de la Asociación y del Consorcio u otros hospitales o clínicas que se adhieran, puedan prestar, los servicios médicos y hospitalarios subrogados de segundo y tercer niveles, a fin de apoyar durante la emergencia sanitaria en la atención de parto, embarazo y puerperio; cesáreas; enfermedades del apéndice; hernias complicadas; úlceras gástricas y duodenal complicadas; endoscopias y colecistectomías (http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2020/ILPA-2019-2020.pdf).

médicas de la empresa y cuando la distancia de traslado hacia ellas sea mayor de dos horas, el patrón debe contratar servicios más cercanos. Esto supone una notable diferencia con el resto de los servicios provistos por las demás instituciones de seguridad social, dado que otorga ciertos grados de libertad en las posibilidades de elección de prestadores a los trabajadores de PEMEX.

Existen sistemas de referencia y contrarreferencia que funcionan al interior de cada una de las instituciones, pero casi nunca entre ellas. Es decir, dentro de cada organismo existen mecanismos para referir la atención hacia unidades de atención de mayor complejidad, pero siempre dentro de la misma institución. La reciente reforma apuesta al fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) dentro del ámbito estatal para el cumplimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se establezcan entre las unidades del primer y segundo nivel de atención y con los hospitales estatales e Institutos Nacionales y Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (Secretaría de Salud 2020a) (Secretaría de Salud 2022a).

En el caso de las redes estatales, la atención de urgencias obstétricas deberá ser otorgada, conforme dicta la ley de General de Salud, con independencia del esquema de aseguramiento que posea la persona. Sin embargo, no se tiene información de lo que sucede en la práctica.

Si bien es claro que la posibilidad de establecer convenios existe en todas las Instituciones de PSS para mutualizar su red de provisión de servicios, con la excepción del ISSSTE que ha ido priorizando los contratos de subrogación y tercerización de servicios, en los demás casos no resulta una práctica frecuente. Cuando sucedían, era desde la seguridad social hacia el Seguro Popular por provisión de servicios médicos (particularmente pruebas de diagnóstico), para resolver la falta de capacidad resolutiva de los primeros (OECD 2016). A su vez, se carece de información con respecto a los mecanismos y las modalidades de pagos que se realizan ante la contratación de servicios externos. Esta situación se evidencia por el hecho de que los diferentes grupos poblacionales no solo tienen derechos diferentes a la PSS, sino que también en la práctica acceden a diferentes proveedores de servicios de salud.

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y con base en el Censo de Población y Vivienda 2020, el porcentaje de población con algún tipo de cobertura efectiva alcanzó el 71 por ciento de la población total. El 37 por ciento se encuentra afiliada al IMSS, seguido por el Estado a través del INSABI con el 26 por ciento y por el ISSSTE con 7 por ciento. Por su parte, PEMEX junto con el ISSFAM cubren el 1 por ciento. De esta manera, el principal mecanismo de aseguramiento de salud en México lo constituye la seguridad social que suma el 45 por ciento de la población total[163] [164] con cobertura. En tanto, en un análisis por ubicación geográfica se observa que los estados con menor población cubierta son Michoacán (62,2 por ciento), el estado de México (66,3 por ciento) y Chiapas (66,7 por ciento). La mayor cobertura se da en los estados de Chihuahua (84,4 por ciento) y Baja California Sur (83,2 por ciento).[165] La existencia de población sin cobertura de PSS resulta uno de los pilares sobre los cuales se fundamentó la reforma de 2019.

Asimismo, dentro de la población ocupada en México y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), al segundo trimestre de 2021, únicamente el 38,3 por ciento reportó tener acceso a las instituciones de salud por la actividad económica que realizan y, por ende, tener acceso a los beneficios completos del régimen de seguridad social en alguna de sus instituciones. Situación que se explica en parte por el porcentaje de informalidad dentro de la población ocupada. Sin embargo, existe un universo de aproximadamente 3 millones de trabajadores formales que no se encuentran afiliados a la seguridad social, lo cual indica un problema adicional de precarización laboral (CONEVAL, 2022a).

[163] Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX e ISSFAM.
[164] La suma de los porcentajes puede incluir derechohabiente en dos o más instituciones.
[165] https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/.

4.2. Utilización de los servicios de salud

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) define que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a servicios de salud, cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los preste.[166] Este indicador se redujo entre 2010 y 2018 al pasar del 29,23 por ciento al 16,18 por ciento. Sin embargo, para 2020 aumentó y alcanzó al 28,2 por ciento de las personas. La mayor variación se dio en los dos primeros deciles de ingresos, afectando en mayor medida a la población en situación de pobreza extrema (CONEVAL, 2022a).

Un indicador que resume el acceso y la cobertura dentro de un país es el índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1). En México, para 2019 este índice fue de 0,74, lo que lo ubica levemente por debajo del promedio de la región de las Américas y del grupo de ingresos medios altos (ambos en 0,77). Los resultados en los subindicadores de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil son iguales al promedio de América (0,82) y debajo de los países de ingresos medios altos (0,84). En cambio, en relación con el subindicador de cobertura en enfermedades no transmisibles, se ubica por encima de los países de la región y de los países de altos ingresos (0,66 frente a 0,62 y 0,64 respectivamente) (UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) n.d.).

En cuanto a la utilización de servicios de salud por parte de la población en general, al tomar como base lo reportado en las ENIGH en 2016, 2018 y 2020 se observa un descenso en el porcentaje de personas que han sido atendidas cuando presentan un problema de salud. En términos absolutos, las personas que buscaron atención por un problema de salud y la recibieron en 2020 fue de 78,4 por ciento para PEMEX, 77,7 por ciento para el ISSSTE, 75,5 por ciento para el IMSS y 67,9 por ciento para el Seguro Popular/INSABI. Si se compara estas cifras con las de 2016, las personas afiliadas a PEMEX fueron las que mayor disminución presentaron (8 puntos) seguidas por las personas que se atienden por el Seguro Popular/INSABI (6,4 puntos), luego quienes lo hacen en el ISSSTE (5,9 puntos) y finalmente, las que lo hacen a través del IMSS (3,1 puntos). Sin embargo, si bien la tendencia es a la baja, la caída entre 2018-2020 fue mayor a la documentada para 2016-2018, posiblemente debido a las complicaciones y restricciones de atención experimentadas durante la pandemia por COVID-19 que dificultaron el acceso (CONEVAL 2022a).

En relación con la institución en la que se atiende la población cuando presenta un problema de salud, los datos de la ENSAUT 2020 muestran que, a nivel nacional, el 36,8 por ciento de las personas consultadas acudió a una institución privada. Este porcentaje es mayor para la población rural (38,9 por ciento vs 36,2 por ciento urbana) y cuando los consultados fueron varones (37,5 por ciento vs 36,3 por ciento mujeres). La segunda institución a la que acudieron los encuestados a nivel nacional fue el IMSS, lo cual cobra sentido teniendo en cuenta que es la institución que mayor cantidad de personas afilia en México. Sin embargo, si se analiza a nivel rural, el segundo lugar es ocupado por el Seguro Popular/INSABI con el 26,6 por ciento. Es decir, la población rural muestra una mayor atención por parte del sector privado y del Seguro Popular/INSABI, mientras que la población urbana acude en mayor medida al sector privado y a las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE). Cuando se analiza el porcentaje de personas que acuden a la consulta privada o a los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) según su afiliación, los valores son 28 por ciento y 11 por ciento respectivamente para el IMSS y 38 por ciento y 11 por ciento respectivamente en el ISSSTE (INSP 2021).

Una razón que podría explicar este patrón de conducta podría ser la cercanía a los centros de salud. En este sentido, la misma encuesta da cuenta de que a nivel urbano, la primera razón de elección del servicio de atención tiene que ver con la afiliación (32 por ciento), mientras que la segunda es la cercanía (21,4 por ciento) (INSP 2021). De igual manera, datos recabados para el sector privado indican que la principal demanda de atención ambulatoria hacia él se relaciona con la atención por parte de médicos independientes y en los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) (González Block 2018a). Tal dato condice con la información de la ENSAUT 2020 donde, del total de atenciones brindadas por el sector privado, el 34 por ciento fueron en los CAF. A su vez, una explicación que justifica que personas acudan por atención ambulatoria de manera privada cuando cuentan con cobertura de seguridad social se relacionaría con la posible reducción en los tiempos para acceder a las consultas, la recuperación más pronta del estado de salud y de la capacidad laboral (González Block 2018a).

[166] Abarca instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex e ISSFAM), a servicios médicos privados, al Seguro Popular o INSABI.

En tanto, la atención hospitalaria que brinda el sector privado varía de acuerdo con la situación financiera y de cobertura de las personas. Según datos para el propio sector, el principal motivo de atención a personas de bajos recursos económicos fue la atención del parto (31,0 por ciento en 2012). Lo mismo ocurre para la población cubierta por el Seguro Popular, donde un tercio de las demandas de esta población al sector privado fueron por partos y cesáreas. Sin embargo, a partir de 2007 se evidencia una fuerte caída en los egresos del sector privado por partos que condice con el aumento de este indicador para el sector público, a raíz de la implementación del Seguro Popular. Es decir, con la implementación del Seguro Popular se evidenció un traslado de los partos desde el sector privado hacia el público (González Block 2018a).

Sin embargo, en términos generales, la cantidad de personas que acudieron al sector privado para su atención aumentó durante 2020, con independencia de la situación de afiliación de las personas. Para el caso de las personas afiliadas al seguro popular/INSABI el incremento fue de 19,4 puntos porcentuales entre 2016 y 2020, seguido de los afiliados al ISSSTE, con 15,8 puntos y por el IMSS, Pemex e IMSS-Bienestar con más de 13 puntos de incremento. Nuevamente, se observa que el aumento fue mayor en la comparación 2018-2020 que en 2016-2018 donde la utilización se mantuvo relativamente estable o incluso disminuyendo (CONEVAL 2022a).

De acuerdo con la revisión de los paquetes de beneficios otorgados por los varios regímenes de PSS, no existe una práctica sistemática que realice ajustes en la cartera de servicios ofrecidos para ningún organismo de la seguridad social ni dentro de las redes estatales. Sin embargo, durante la existencia del CAUSES sí se realizaban prácticas de actualización de dicho catálogo cada dos años.

La situación de la salud en México presenta ciertos contrastes. Si bien se ha dado una tendencia descendente de la prevalencia de enfermedades infecciosas y de la mortalidad neonatal, infantil y materna, aún se mantienen en altos niveles en comparación con otros países de la región y de la OCDE (CONEVAL, 2018b). En lo que se refiere a la mortalidad materna, México se encontró lejos de alcanzar la meta de 22,2 muertes maternas cada cien mil nacidos vivos establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 (CONEVAL 2022a). Se ha observado a partir del 2020 un aumento que alcanza la cifra de 53,2 muertes maternas cada cien mil nacidos vivos, descendió en 2021 a 48,9 cada cien mil nacidos vivos, posiblemente por la presencia de la atención durante la pandemia (Secretaría de Salud 2022c). Se ha establecido en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 un objetivo de política de 25 muertes maternas cada cien mil nacidos vivos para 2024 (Secretaría de Salud 2020b).

Los cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y de estilos de vida del último tiempo resultaron en un aumento progresivo de las enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud 2020a).[167] Sin embargo, la carga de muerte y enfermedad no se distribuye de manera uniforme dentro del territorio. Las enfermedades transmisibles se concentran más en las poblaciones pobres, rurales e indígenas (CONEVAL 2018a). Otro dato que destaca es que la esperanza de vida al nacer de 75,2 años, que resulta inferior al promedio para América; es la menor para los países de la OCDE y solo ha aumentado en 1,2 años en relación con el año 2000 (OECD 2016); (OPS 2022).

En síntesis, los retos de salud que enfrenta el país se relacionan con avanzar en la mejora de los indicadores vinculados a la mortalidad neonatal, infantil y materna y concomitantemente avanzar en la prevención y detección de las enfermedades crónicas no transmisibles; así como en la incorporación de hábitos saludables en la población. Los determinantes sociales de esas condiciones juegan un papel importante en el perfil epidemiológico del país, para lo cual el sistema de protección social debería tener un papel para enfrentarlas.

En este sentido, hubo intentos de integrar mejor la PSS y los programas de asistencia social. En relación con la población en situación de pobreza extrema, México contó, hasta 2019, con el programa "Prospera. Programa de Inclusión Social" (antiguamente Progresa) que, bajo un esquema de transferencias monetarias y vinculación entre diferentes esquemas de apoyo[168] le permitía a las familias mejorar sus condiciones de vida. En el caso del apoyo en salud, las transferencias estaban condicionadas por la asistencia a

[167] Dentro de ellas, los principales desafíos de salud pública que enfrenta la población mexicana se relacionan con la alta prevalencia de diabetes mellitus, el sobrepeso y la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial.

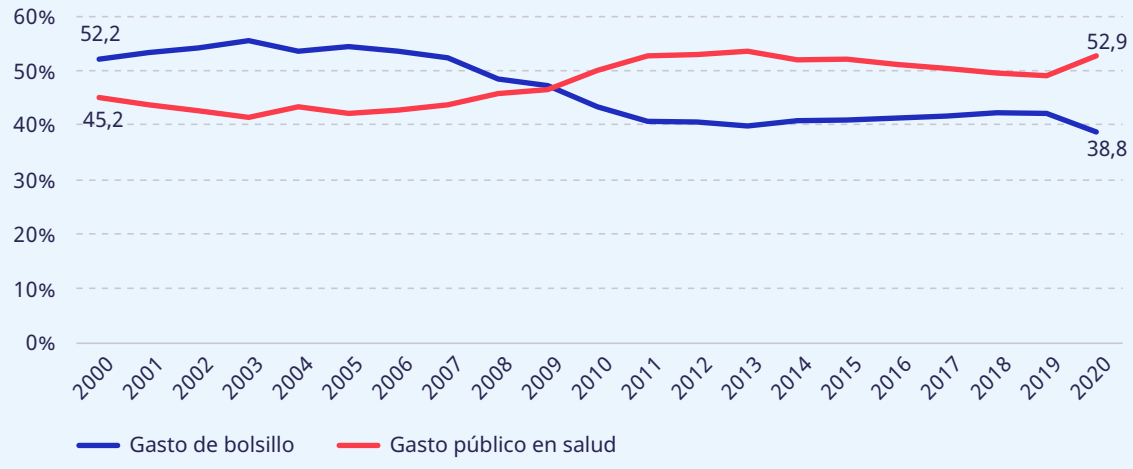
[168] Las modalidades de apoyo eran: Apoyo Alimentario, Apoyo útiles escolares, Apoyo educación, Suplementos Alimenticios, Salud, Jóvenes con Prospera, Apoyo Energético, Apoyo adultos mayores, Apoyo alimentario e infantil "Vivir Mejor", Becas para educación superior; Inclusión financiera, inserción laboral, salidas productivas.

controles básicos de salud, cuya oferta se componía de 27 intervenciones contempladas en el CAUSES. El apoyo monetario podía suspenderse si durante dos semestres consecutivos la familia no acreditaba las acciones de salud incluidas en la Cartillas Nacionales de Salud para todos sus integrantes (CEPAL n.d.-b). Sin embargo, luego de la reforma de 2019, el componente de salud del programa se transformó en el programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral, dependiente de la Secretaría de Salud y sin condicionalidades que opera bajo la modalidad de transferencias a las Entidades Federativas. Una evaluación de la CONEVAL indicó que el nuevo programa no mostró de manera clara los bienes y servicios que entregó a la población y mantuvo un deficiente cumplimiento de metas en 2020-2021 (CONEVAL 2022b).

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo es una de las principales fuentes de financiamiento del gasto corriente en Salud. En 2020 la proporción que las familias destinaron directamente al financiamiento de la salud alcanzó el 38,8 por ciento del gasto corriente en salud, detrás del gasto público en salud que representó el 53,9 por ciento. En tanto, los esquemas privados de aseguramiento voluntario representaron 8,3 por ciento. En términos de su evolución, la participación del gasto de bolsillo ha ido disminuyendo entre 2000 y 2015 (-13,5 puntos porcentuales)[169] siendo reemplazada por la participación del gasto que realiza el gobierno y en menor medida por los esquemas privados de afiliación voluntaria (gráfico 2).

▶ Gráfico 2. México. Participación porcentual del gasto de bolsillo y gasto público en salud sobre el gasto corriente en salud. 2000-2020



Fuente: OMS (2022).

Según la OCDE, México ocupa el último lugar en el indicador de porcentaje de cobertura por un conjunto básico de servicios de salud de los países que la conforman y tiene la segunda mayor proporción de gastos de bolsillo de los hogares (OCDE n.d.). En 2020, el 56,8 por ciento de los afiliados al IMSS y el 58,8 por ciento de los afiliados al ISSSTE declararon haber realizado pagos al momento de recibir atención. Con respecto al Seguro Popular/INSABI esta proporción alcanzó el 68,5 por ciento de los beneficiarios en 2020. El porcentaje más alto corresponde a personas que no se encuentran afiliadas a ninguna institución, habiendo declarado haber pagado por atención el 88,5 por ciento. En todos los casos la proporción resultó mayor a la revelada para 2016 (CONEVAL 2022a). Ello manifiesta un problema de acceso, teniendo en cuenta que

[169] De acuerdo con datos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) con base en la ENIGH 2020, el gasto de bolsillo por persona en valores corrientes aumentó 40 por ciento entre 2018 y 2020. El mayor aumento se dio para PEMEX (https://threadreaderapp.com/thread/1420467050837913606.html). (https://ciep.mx/interrupcion-de-los-servicios-de-salud-por-COVID-19-implicaciones-en-el-gasto-de-bolsillo/).

la cobertura de la seguridad social no contempla la posibilidad de copagos y podría dar cuenta de que la población busca atenderse por fuera de su red de cobertura o incluso podría evidencia la presencia de cobros indebidos.

En relación con el destino de los gastos, según datos de las ENIGH para 2018, este se concentraba en atención primaria o ambulatoria, con una participación del 60,9 por ciento y disminuyó en 2020 al 48,6 por ciento. Por el contrario, el gasto que los hogares realizan por medicamentos sin receta pasó de 35,2 por ciento en 2018 a 48,2 por ciento en 2020. (CONEVAL 2022a).

La ampliación de la cobertura gratuita a personas sin seguridad social debería ser uno de los caminos para lograr disminuir el alto gasto de bolsillo soportado por las familias mexicanas que aún resulta catastrófico y empobrecedor para el 3,9 por ciento de los hogares en 2020 (CONEVAL 2022a).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

La disponibilidad de servicios de salud está condicionada por parte por la disponibilidad de personal cualificado. A nivel nacional la tasa de médicos por mil habitante para 2018 era de 4,8, superior al promedio de América Latina que era de 3 cada 1 000 en 2017 (último año disponible para la región) (Banco Mundial, n.d.-c). En tanto, la disponibilidad de enfermeras y parteras en ese año resultó en 2,4 cada 1 000 personas muy por debajo del promedio regional de 4,5 cada 1 000 (Banco Mundial n.d.-b).

A su vez, presenta disparidades a nivel regional entre los servicios dependientes de las diferentes entidades federativas. Por ejemplo, la disponibilidad de médicos especialistas en la Ciudad de México se estima en 1,8 para cada 1 000 habitantes, en tanto para Veracruz, Puebla y Chiapas esta relación es de 0,31; 0,32 y 0,33 respectivamente (Secretaría de Salud 2020a). La disponibilidad de camas a nivel nacional es de 1 cada 1 000 personas, por debajo del promedio de la región (1,9) (Banco Mundial n.d.-a). Este indicador también presenta disparidades regionales, dado que la población de la Ciudad de México cuenta con 1,56 camas cada mil habitantes y otros estados no llegan a alcanzar una 1 cama cada 1 000 habitantes (Secretaría de Salud 2020a).

Similarmente, hay disparidades entre las redes de los varios mecanismos de PSS. En relación con el sector estatal, el estado de situación previo a la reforma de 2019 daba cuenta de una insuficiente disponibilidad de recursos humanos y físicos para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social y a los derechohabientes de esas instituciones (Secretaría de Salud 2020a). En lo que respecta al IMSS, para 2021 contaba con 1,6 profesionales médicos, 2,2 profesionales en enfermería y 0,69 camas censables cada 1 000 personas derechohabientes. Un análisis de la evolución de recursos entre 2015 y 2021 da cuenta de una disminución en los tres indicadores mencionados; de 9,0 por ciento en el caso de disponibilidad de personal de enfermería, 15,3 por ciento en personal médico y de 8,0 por ciento en la disponibilidad de camas (IMSS 2022). Con respecto a las camas censables disponibles en el ISSSTE, el indicador para 2021 daba cuenta de un total de 0,53 camas por derechohabiente, lo cual implicó una caída desde 2000 de aproximadamente un 20 por ciento, que parecería haberse estabilizado en los últimos años (ISSSTE 2022).

También se identificaba en el país una falta de infraestructura, tanto en el primer nivel de atención, donde las personas se ven en la obligación de viajar más de 30 minutos para atenderse, como en el segundo nivel, donde lo hacen por más de 120 minutos para acceder al hospital más cercano, de acuerdo con los datos para 2019 (Secretaría de Salud 2022b). En este sentido, con base en la ENSANUT 2021, del total de personas que recibieron atención a nivel nacional, el promedio de tiempo de viaje resultó en 34 minutos, siendo de 41,3 minutos cuando se trata de población rural. Asimismo, el 24,7 por ciento acudió al centro elegido porque era el más cercano, aunque la primera causa de elección fue porque se trababa del centro al que está afiliado. Sin embargo, entre la población rural, la cercanía sí es la primera razón para acudir a un centro específico. Según datos de la ENIGH 2020, el tiempo que le toma a los afiliados del IMSS-Bienestar acudir a un hospital en caso de emergencia era en promedio 56 minutos y de 51 minutos respectivamente para los afiliados al SP/INSABI. Ambos tiempos fueron los más extensos de los reportados por las personas afiliadas al resto de instituciones de salud (CONEVAL 2022a).

En relación con el hecho de que las personas afiliadas o con derecho a recibir atención no la reciban, datos de la ENIGH ubican como principal razón la falta de personal médico, aunque se observa una disminución de 6,4 puntos porcentuales de 2018 a 2020 (24,1 por ciento y 17,7 por ciento, respectivamente) en esta cau-

sa. Como segunda razón se destaca que el personal médico no quiso brindar la atención, 12,9 por ciento para 2018 y 12,4 por ciento para 2020 y en tercer lugar, para 2020, fue que las citas se las asignaron mucho tiempo después, lo cual se explica por la saturación del sistema de salud a causa de la pandemia (12,9 por ciento) (CONEVAL 2022a).

De esta manera, el aumento de la cobertura de la PSS para cerrar la brecha actual supone un desafío en relación con la disponibilidad de recursos y la capacidad que tenga la población para acceder a ellos. Un aumento del nivel de cobertura legal que no esté acompañado de mayores recursos físicos y humanos disponibles supone una gran limitante para alcanzar la cobertura efectiva de dicha población. En este sentido, dentro del Programa Sectorial de Salud se ha incluido como objetivo prioritario el incremento de la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

De acuerdo con lo estipulado en la ley General de Salud, la coordinación del Sistema Nacional de Salud es competencia del Gobierno Federal y está a cargo de la Secretaría de Salud que debe, entre otras tareas, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.[170] Corresponde también a la Secretaría controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud (artículo 45 de la ley general de salud).

Conforme a los establecido en el artículo 13 de la mencionada Ley, es competencia del Gobierno Federal todo lo que refiere a organización, control y vigilancia del Sistema, el programa de VIH, la prevención del consumo de estupefacientes psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia y el control sanitario de diversos productos y servicios de salud. El control de riesgos sanitarios se realiza a través de un órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios, dependiente de la Secretaría de Salud. En tanto, a las Entidades Federativas les corresponde la prestación de servicios de salud en lo referido a atención médica, prevención y asistencia social.

Por su parte, la inclusión dentro del SNS de las instituciones de seguridad social se encuentra sujeta a su voluntad de colaboración, por lo que se encuentran excluidas de la rectoría de la Secretaría de Salud (González Block 2018b; Miguel Ángel 2018).

La acreditación de hospitales y unidades de atención médica se encuentra a cargo del Consejo de Salubridad General, un órgano colegiado dependiente de la Presidencia. En tanto, la acreditación de la calidad de los servicios que presten las unidades médicas a las personas sin seguridad social, de acuerdo con la ley General de Salud, es competencia de la Secretaría de Salud; la cual otorgará certificaciones válidas durante un periodo de cinco años. Por otra parte, la certificación de especialidades médicas se encuentra a cargo del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) (ley General de Salud artículo 81, DOF 16-05-2022).

Existe a su vez una instancia pública de resolución de conflictos entre pacientes y servicios médicos bajo la órbita de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Esta Comisión aborda conflictos surgidos, por ejemplo, por irregularidades en la prestación o falta de ella. Sin embargo, la Comisión suele tener limitantes a la hora de avanzar con las investigaciones y sus dictámenes no son vinculantes (González-Block *et al*. 2021).

Otro indicador de calidad lo constituye la demora en el tiempo de atención en las consultas. Según datos para 2020, a nivel nacional, la demora resultaba en 39 minutos, no habiendo diferencias notables entre población rural y urbana. Solo el 9,6 por ciento de las personas atendidas calificó dicha atención como regular (8,1 por ciento) o mala (1,5 por ciento), lo cual muestra un cierto grado de satisfacción con las atenciones recibidas (INSP 2022). En tanto, si se compara con datos publicados en la encuesta de 2018, la percepción de la calidad de la atención ambulatoria, desde el 2000, se mantiene por encima del 80 por

[170] En vista del carácter federal que mantiene hasta el momento la provisión de servicios de salud, para la coordinación de las atribuciones, entre ambos niveles de gobierno se celebran acuerdos de coordinación (artículo 77 bis 6 de la ley General de Salud). A partir de la reforma introducida en 2019, existe la posibilidad para las entidades federativas de volver a transferir al Gobierno Federal todas o parte de las competencias que le son propias por Ley General de Salud (Título tercero bis de la ley General de Salud).

ciento como buena o muy buena. Esta percepción es más alta en consultorios médicos privados, donde el 95,1 por ciento de las personas manifestó que la calidad era buena o muy buena. Por su parte, tanto las instituciones estatales como las de seguridad social reportaron una satisfacción de buena o muy buena en más del 80 por ciento de los encuestados.

En lo que respecta al IMSS, el nivel de satisfacción con la atención recibida ha sido "muy satisfecho" para el 23 por ciento de los encuestados y "satisfecho" para el 38 por ciento, en tanto la población insatisfecha o muy insatisfecha resulta del 24 por ciento. Por otra parte, al indagar sobre cuál es el principal problema del Instituto a la hora de brindar sus prestaciones, la mala atención médica y trato son vistos como el principal (35 por ciento de las respuestas), seguido por problemas asociados a la falta de medicamentos, su calidad y vacunas (17 por ciento), por falta de personal o falta de personal capacitado (10 por ciento); así como falta de presupuesto o recursos (9 por ciento) (IMSS 2021).

En relación con las prestaciones de salud a cargo de las Entidades Federativas y conforme figura en el Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (DOF 07/09/2022) las evaluaciones realizadas por la Secretaría de Salud en 2017 y 2018 identificaron diversas deficiencias con impacto directo en la salud de la población, como lo fueron el desabastecimiento de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones de trabajo en las unidades de salud.[171]

5. Desafíos

La reforma iniciada en los últimos años en México busca principalmente universalizar el acceso a los servicios de salud, la gratuidad de estos y de los medicamentos, para aquellas personas que se encuentran fuera de la seguridad social. Sin embargo, el camino por delante no se presenta fácil, ya que requiere de coordinación entre el Gobierno Federal, las Entidades Federativas y las diferentes Instituciones de Seguridad Social. A su vez, la creación y luego desaparición del INSABI y su reemplazo por el IMSS-Bienestar agrega mayor incertidumbre, complejidad y fragmentación a un sistema que desde el origen se encuentra ampliamente fragmentado. A medida que la reforma avance y convivan diferentes acuerdos de transferencia de servicios, los esfuerzos de coordinación y organización serán mayores pudiendo resultar en atención diferenciada de la población.

Por otra parte, si bien la reforma plantea la creación de una Red Integrada de Servicios de Salud, esta parecería estar en relación directa con las redes estatales de servicios, sin integración con el resto de las instituciones de seguridad social; lo cual significa seguir manteniendo la separación entre las diferentes instituciones que brindan protección social en salud y proveen servicios de salud.

La prestación de servicios diferenciada entre las diferentes instituciones de seguridad social, así como la prestación gratuita del IMSS-Bienestar y de las diferentes entidades federativas que no hayan transferido los servicios, genera atenciones y derechos desiguales para la población derechohabiente y redunda en un sistema fuertemente segmentado. Esta desigualdad debe ser atendida. Un camino hacia ello podría ser el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS BIENESTAR) (DOF 25/10/2022) aprobado recientemente. Este se define como el esquema de cuidados integrales que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país y plantea armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social. Queda por delante saber el grado de armonización que se alcanzará y cuántas de las Instituciones convergerán hacia este modelo de atención; de forma tal que se puedan reducir las brechas prestacionales que existen actualmente. Es importante destacar que aún continúan delineándose aspectos de la reforma y generándose múltiples acuerdos entre los principales actores del sistema con el propósito de que esta resulte exitosa.

El desafío de buscar ampliar la cobertura sin asegurar mayores recursos y una distribución tanto eficiente como equitativa dejaría al país en el mismo lugar del que partió, con importantes desigualdades en relación con la transferencia de recursos y deficiencias en el acceso efectivo a las prestaciones para la población que se busca proteger. Si bien, la ley General de Salud menciona el financiamiento compartido entre el Gobierno Federal y las Entidades, el aumento de recursos que supone y que la ley dispone debe

[171] Fuente: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022.

encontrarse alineado con los objetivos de eficiencia, austeridad y ahorro del gasto que se impulsa desde el Gobierno Federal (Secretaría de Salud 2020a); lo que podría suponer una limitación en lograr la ampliación de recursos deseada, en el plazo propuesto de 2024.

6. Principales lecciones aprendidas

- El marco legal otorga el derecho a la PSS a todos los ciudadanos de México. Por lo tanto, solo 71 por ciento de la población del país está afiliada a un mecanismo de PSS, que queda fragmentado entre varios regímenes contributivos y no-contributivos. El Seguro Popular de Salud resultó exitoso al extender la PSS desde su implementación en 2004, pasando de cubrir 5,3 millones de personas ese año a 53,5 millones en 2018 (Sovilla & Díaz Sánchez 2022). Sin embargo, según datos del Censo 2020, 33,4 millones de personas aún no tenían PSS de ningún tipo y con las recientes reformas se han convertido en el principal objetivo de las políticas de salud.
- El aumento del gasto del Gobierno Federal y Entidades Federativas logró disminuir en cierta medida el alto peso del financiamiento de la salud a cargo de las familias, aunque aún continúa siendo uno de los más altos de la región. Este aumento contribuyó asimismo al cierre de la brecha entre el gasto per capita de las personas con seguridad social y sin seguridad social (Sovilla y Díaz Sánchez 2022).
- La estructura del financiamiento resultante de los procesos de descentralización y de la implementación del Seguro Popular implicó aportes conjuntos entre el estado nacional y las Entidades Federativas. A pesar de ello, si bien el Estado Federal descentralizó la operación, en muchos casos terminó resultando como el principal financiador, debido al aporte insuficiente por parte de algunas Entidades Federativas. Tanto las altas dependencias de las trasferencias del gobierno federal como la falta de financiamiento por parte de algunos estados generan deficiencias en el acceso a la salud para las diferentes regiones del país.
- Las múltiples instituciones y coberturas dentro del sistema de PSS dan lugar a un sistema segmentado con diferenciación de derechos. Si bien, a lo largo de la historia se ha intentado incorporar de manera progresiva diferentes grupos poblacionales (personas trabajadoras estatales, campesinas, estudiantes y demás personas sin seguridad social) ello no ha corregido el acceso inequitativo y las condiciones disimiles para los distintos grupos poblacionales. Las prestaciones que recibe la población y los prestadores a los que acceden difieren en relación con cada cobertura, no existe integración y solidaridad entre los mecanismos de financiamiento de los varios regímenes de PSS.
- Esta multiplicidad de instituciones da lugar a una ineficiente asignación del gasto, dado que duplica estructuras administrativas y de atención; en la medida en que no existan sistemas de información integrados, se complejiza la recolección de información epidemiológica para favorecer una correcta asignación de este. México ocupó, en 2015, el tercer lugar dentro de los países de la OCDE con mayor gasto administrativo como porcentaje del gasto público en salud (CONEVAL 2018a).

Referencias

Banco Mundial. s. f.-a. «Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas)». https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS.

———. s. f.-b. «Enfermeras y parteras (por cada 1.000 personas)». https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3.

———. s. f.-c. «Médicos (por cada 1.000 personas)». https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS.

———. s. f.-d. «World Bank Open Data». Consultada el 1 de febrero de 2023. https://datos.bancomundial.org/.

Block, M. Á. G., A. Figueroa, I. García-Téllez y J. Alarcón. 2016. «Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica». *Salud Pública de México* 58 (5). https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f.-a. «CEPALSTAT. Bases de datos y publicaciones estadísticas». https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es.

———. s. f.-b. «Programas de transferencias condicionadas, base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe». https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc?pais=mx.

CESOP (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública). 2006. Políticas públicas y gestión gubernamental de la administración vigente. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/3_ssocial.htm.

CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). 2018a. Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf.

———. 2018b. Evaluación estratégica de protección social en México. Segunda edición. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion-estrategica-de-proteccion-social-segunda-edicion.aspx.

———. 2022a. Evaluación estratégica de salud: primer informe. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion_Estrategica_de_Salud_informe_2022.aspx.

———. 2022b. Informe de monitoreo de programas prioritarios 2022: estado actual al cuarto año de la Administración y resultados alcanzados en 2022. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Informe_Programas_prioritarios_2022.pdf.

———. s. f. Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.

Cotonieto-Martínez, E. 2020. «Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020)». *Journal of Negative and No Positive Results* 5 (7): 740-762. https://doi.org/10.19230/jonnpr.3511.

González Block, M. A. 2018a. *El subsistema privado de atención de la salud en México: diagnóstico y retos*. Universidad Anáhuac México. http://pegaso.anahuac.mx/accesoabierto/publicaciones.php?Accion=Descarga&Nombre=SISTEMA_PRIVADO_LEGAL_SEP0418Mexdefinitivo.pdf&Pdf=146.

———. 2018b. *El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma*. http://pegaso.anahuac.mx/accesoabierto/publicaciones.php?Accion=Informacion&Pub=134.

———. 2021. «Lo que México puede aprender de la integración de los sistemas de salud del sur de Europa». *Nexos*. https://www.nexos.com.mx/?p=62870.

González-Block, M. A., H. Reyes-Morales, L. Cahuana-Hurtado, A. Balandrán, E. Méndez Hernández y S. Allin. 2021. Mexico: Health System Review 2020. Health Systems in Transition. University of Toronto Press. https://doi.org/10.3138/9781487538422.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 2006. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf.

———. 2021. Encuesta de percepción sobre algunos aspectos de medicina preventiva (PREVENIMSS). http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENII/2021-Encuesta-Percepcion-MedicinaPreventiva.pdf.

———. 2022. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2021-2022.

———. s. f. Prestaciones y fuentes de financiamiento de los regímenes de aseguramiento del IMSS. Anexo A. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/17-Anexos.pdf.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2020. «Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución». *Censo 2020*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t.

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). 2021. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19: resultados nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf.

———. 2022. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19: resultados nacionales. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf.

ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas). 2020. Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. DOF. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5601341&fecha=28/09/2020#gsc.tab=0.

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). 2019. *Informe financiero y actuarial 2019*. http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/quienes-somos/ifa_2019.pdf.

———. 2020. Acuerdo 15.1368.2019 por el que se aprueba el Programa Institucional 2019-2024 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5594992&fecha=15/06/2020#gsc.tab=0.

———. 2022. *Informe financiero y actuarial 2022*. http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/quienes-somos/IFA_2022.pdf.

Juan, M. 2013. «Universalidad de los servicios de salud en México». *Salud Pública de México* 55 (número especial): 1-64. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2016. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. OCDE. https://doi.org/10.1787/9789264265523-es.

———. s. f. *Health at a Glance 2019: México*.

OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f.-a. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. s. f.-b. «UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)». Consultada el 28 de enero de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2022. «Perfil de país». https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico.

Ordóñez-Barba, G. M. y A. L. Silva-Hernández. 2019. «Progresa-Oportunidades-Prospera: avatares, alcances y resultados de un programa paradigmático contra la pobreza». *Papeles de Población* 25 (99): 77-111. https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v25n99/2448-7147-pp-25-99-77.pdf.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2020. *Informe sobre Desarrollo Humano 2020*.

Secretaría de Salud. 2020a. *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.

———. 2020b. *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. DOF. http://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024.

———. 2022a. *Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. DOF.

———. 2022b. *Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar*. DOF.

———. 2022c. *Análisis de los indicadores del Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024*. Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/734474/NotaLenguajeCiudadano_2doTrim2022.pdf.

Sovilla, B. y Á. M. Díaz Sánchez. 2022. «Del Seguro Popular al Insabi: ¿por qué recentralizar el gasto público en salud en México?».

Anexo

▶ Cuadro 1. Cuotas de financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del IMSS

Seguro	Base de cotización	Aporte		
		Empleador	Trabajador	Gobierno
Enfermedad y Maternidad				
Prestaciones en especie:				
Cuota fija – Activos	UMA	20,4% [2]	-	Monto por persona asegurada actualizado por variación del Índice de Precios al Consumidor [1]
Cuota excedente –Activos	UMA	Cuando el salario supera en tres veces la UMA, un adicional de 1,1% sobre dicho excedente [2]	Cuando el salario supera en tres veces la UMA, un adicional de 0,4% sobre dicho excedente [2]	-
Pensionados	SBC	1,05%	0,0375%	0,65%
Estudiantes (Seguro Facultativo)				100% de la cuota [3]
Prestaciones en dinero:	SBC	0,7%	0,25%	0,05%

Fuente: Elaboración propia en base en (IMSS 2022), en la ley del Seguro de Salud, en el Decreto del Seguro Facultativo (DOF 14/09/1998).

Notas:

[1] A diciembre de 2021 se calcula en 15,34 por ciento de la UMA (IMSS, 2022).

[2] El artículo 106 de la ley del Seguro de Salud establecía inicialmente una cuota de 13,9 por ciento de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal (hoy establecido en UMA) y el artículo Decimonoveno Transitorio de la misma Ley establece un incremento anual de 0,065 hasta el año 2007, lo que implica un porcentaje actual de 20,4 por ciento. En tanto, para la cuota excedente, el Inciso II del Artículo 106 de la mencionada Ley establecía una cuota inicial de 6 por ciento para el patrón y 2 por ciento para la persona empleada que, de acuerdo con el Artículo Decimonoveno Transitorio, disminuirá anualmente en 0,049 para los patrones y 0,016 para la persona empleada, ubicándolas hoy en 1,1 por ciento y 0,4 por ciento respectivamente.

[3] La cuota se determina tomando como base el monto de la UMA vigente en el momento de la inscripción, elevado al año. A este monto se le aplica un factor de 1,723 por ciento multiplicado por el número de personas estudiantes aseguradas. Decreto del Seguro Facultativo (DOF 14/09/1998).

▶ Cuadro 2. Monto vigente entre marzo 2022 y febrero de 2023 de las cuotas anuales del Seguro de Salud para la Familia

Grupo etario	Cuotas anuales en USD corrientes[172]
0-19	US$ 352,8 ($6.850)
20-29	US$ 437,8 ($8.500)
30-39	US$ 471,3 ($9.150)
40-49	US$ 546,0 ($10.600)
50-59	US$ 566,6 ($11.000)
60-69	US$ 788,1 ($15.300)
70-79	US$ 819,0 ($15.900)
80 y mas	US$ 805,8 ($16.450)

Fuente: IMSS (2022).

[172] Tomando FMI *Domestic Currency per U.S. Dollar, Period* Average a marzo de 2022 de $19,41

▶ Cuadro 3. Cuotas de financiamiento del régimen obligatorio del IMSS

Seguro	Base de cotización	Aporte		
		Empleador	Trabajador	Gobierno
Riesgo de Trabajo	SBC	Prima de riesgo variable de acuerdo con la actividad desarrollada. Debe estar entre 0,5% y 15% del SBC	-	-
Enfermedad y Maternidad				
Prestaciones en especie:				
Cuota fija – Activos	UMA	20,4% [2]	-	Monto por persona asegurada actualizado por variación del Índice de Precios al Consumidor [1]
uota excedente – Activos	UMA	Cuando el salario supera en tres veces la UMA, un adicional de 1,1% sobre dicho excedente [2]	Cuando el salario supera en tres veces la UMA, un adicional de 0,4% sobre dicho excedente [2]	-
Pensionados	SBC	1,05%	0,0375%	0,65%
Estudiantes (Seguro Facultativo)				100% de la cuota [3]
Prestaciones en dinero	SBC	0,7%	0,25%	0,05%
Invalidez y Vida	SBC	1,75%	0,625%	0,125%
Guarderías y Prestaciones Sociales	SBC	1,0% (4)		

Fuente: Elaboración propia en base en (IMSS, 2022), en la ley del Seguro de Salud, al Decreto del Seguro Facultativo (DOF 14/09/1998).

Notas:

[1] A diciembre de 2021 se calcula en 15,34 por ciento de la UMA (IMSS, 2022).

[2] El artículo 106 de la ley del Seguro de Salud establecía inicialmente una cuota de 13,9 por ciento de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal (hoy establecido en UMA) y el artículo Decimonoveno Transitorio de la misma Ley establece un incremento anual de 0,065 hasta el año 2007, lo que implica un porcentaje actual de 20,4 por ciento. En tanto, para la cuota excedente, el Inciso II del Artículo 106 de la mencionada Ley establecía una cuota inicial de 6 por ciento para el patrón y 2 por ciento para la persona empleada que, de acuerdo con el Artículo Decimonoveno Transitorio, disminuirá anualmente en 0,049 para los patrones y 0,016 para la persona empleada, ubicándolas hoy en 1,1 por ciento y 0,4 por ciento respectivamente.

[3] La cuota se determina tomando como base el monto de la UMA vigente en el momento de la inscripción, elevado al año. A este monto se le aplica un factor de 1,723 por ciento multiplicado por el número de personas estudiantes aseguradas. Decreto del Seguro Facultativo (DOF 14/09/1998).

[4] Debe destinarse hasta un 20 por ciento para prestaciones sociales y lo restante en guardería. Es financiada con independencia de que el empleador tenga o no personas trabajadoras beneficiarias de los servicios.

▶ Cuadro 4. Contribuciones al ISSSTE como porcentaje del sueldo básico

Seguro o prestación	Traba-jadores	Dependencias y Entidades	Gobierno Federal
Salud – Trabajadores activos	2,750%	7,375%	Cuota Social diaria por cada trabajador: 13,9% del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al 1 de julio de 1997. Actualiza trimestralmente según Índice Nacional de Precios al Consumidor.
Salud – Pensionados	0,625%	0,720%	
Riesgos del trabajo	-	0,750%	-
Retiro	6,125% [1]	2,0%	Cuota Social diaria por cada trabajador: 5,5% del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al 1 de julio de 1997. Actualiza trimestralmente según Índice Nacional de Precios al Consumidor.
Cesantía en edad avanzada y vejez		3,175%	
Invalidez y vida	0,625%	0,625%	-
Servicios Sociales y culturales	0,5%	0,5%	-
Fondo de la vivienda	-	5,0%	-

Fuente: Elaboración propia en base en (ISSSTE 2020) y Ley ISSSTE (DOF 22-11-2021)

[1] Corresponde un solo aporte de 6,125 por ciento para ambos seguros

▶ Cuadro 5. Prestaciones de salud de los demás seguros del IMSS

- El Seguro de Riesgos del Trabajo otorga asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación
- El seguro de Invalidez y vida otorga las prestaciones de salud correspondientes al Seguro de Enfermedad y Maternidad en el caso de los gastos médicos para pensionados. Las prestaciones en dinero que otorga este seguro dependen del tipo de incapacidad que resulte o del fallecimiento de la persona asegurada. En el caso de Incapacidad temporal, otorga un subsidio equivalente a 100% del salario registrado en el IMSS al inicio de la incapacidad, desde un día hasta el término de 52 semanas. En el caso de incapacidad permanente (parcial o total), otorga una pensión con carácter provisional, por un periodo de adaptación de 2 años. Luego, se otorgará la pensión definitiva o indemnización global. En el caso de fallecimiento de la persona, se otorgan las correspondientes pensiones de viudez, orfandad o ascendientes y ayuda para gastos de funeral.
- Por último, el IMSS otorga beneficios de guardería para hijos e hijas hasta la edad de 4 años y prestaciones sociales que incluyen actividades culturales, deportivas y recreativas, capacitación para el trabajo y adiestramiento técnico y centros vacacionales entre otras (IMSS, n.d.).

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Miguel Ángel González Block, Investigador asociado de la Universidad Anáhuac México e Investigador Honorario, Instituto Nacional de Salud Pública. Con el beneficio de los aportes de Fabio Durán y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Panamá

©Freepik

1. Introducción

El país según censo de 2023 cuenta con diez provincias (divididas en 81 distritos y en ellos un total de 699 corregimientos), a su vez cuenta con tres comarcas indígenas (Kuna Yala, Comarca Emberá y Comarca Ngábe Buglé). Según el censo de 2023, la población total era de 4 064 780 millones, por lo que en relación con censo de 2010 hubo solamente un crecimiento de 1,4; que era de 3 405 8123. El perfil demográfico del último censo señaló que alrededor del 17,2 por ciento de la población censada declaró ser indígena, mientras que el 31,7 por ciento de la población total señaló ser afrodescendientes.[173] A su vez el censo dio como resultado una distribución de 2 014 818 hombres y 2 049 962 mujeres, generando un índice de masculinidad de 98,3 hombres por 100 mujeres, lo que implica que hay 98 hombres por cada 100 mujeres (INEC 2023).

El cuadro 1, muestra las cifras estimadas del Producto Interno Bruto (PIB), a precios corrientes y en medidas de volumen encadenadas con año de referencia 2018, correspondientes al 2022.

Cuadro 1. PIB a Precios corrientes y en medidas de volumen encadenadas. Año 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Precios corrientes	67 294,2	69 721,8	57 086,8	67 406,7	76 522,5
En medidas de volumen encadenadas	67 294,2	69 502,7	57 222,7	66 284,4	73 449,3

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá.

Para el 2022 el PIB en términos nominales alcanzó un monto de B/.76.522,5 millones, con una tasa de crecimiento del 13,5 por ciento comparado con el año anterior, que corresponde a un incremento de B/. 9.115,8 millones. El desempeño de la economía panameña, durante el año 2022, calculado a través del Producto Interno Bruto (PIB), en medidas de volumen encadenadas con año de referencia 2018, presentó un incremento de 10,8 por ciento con respecto al periodo similar del año previo. El PIB registró un monto de B/.73 449,3 millones para el periodo estimado, que correspondió a un aumento de B/.7.164,9 millones (INEC 2022).

El Índice de Desarrollo Humano de Panamá aumentó entre 2000 y 2019 un 12 por ciento (de 0,721 a 0,805) lo cual sitúa al país por encima del promedio de América Latina, pero debajo del crecimiento internacional

[173] Resultados del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

(9,4 por ciento y 13,5 por ciento respectivamente). A pesar de esto, el país continúa siendo más desigual que la mayor parte de los países de la región si se considera en términos de distribución del ingreso. Las mujeres, los niños y las niñas, los pueblos indígenas y las poblaciones que viven en áreas rurales resultan los más rezagados de acuerdo con diversas medidas de desigualdad, acceso a servicios educacionales, salud y protección social (Cecchini *et al*. 2020).

Los servicios de salud en Panamá dependen principalmente del sector público, ya sea a través de la provisión de las redes del Ministerio de Salud (MINSA) o de la Caja del Seguro Social de Panamá (CSS). Existe un sector privado al que recurre la población de mayores ingresos con pagos directos por prestaciones (pagos de bolsillo) o para la contratación de seguros privados de salud. Estos pagos representaron en 2020 el 32,5 por ciento del gasto corriente en salud.

▶ 2. Contexto

El perfil de salud de Panamá se caracteriza por una polarización epidemiológica. Las enfermedades transmisibles continúan siendo prevalentes especialmente entre la población rural y pobre, mientras que comienzan a cobrar relevancia las enfermedades crónico degenerativas (OMS n.d.). Existen grandes disparidades en las condiciones de salud entre grupos étnicos; así como entre áreas urbanas y rurales; es particularmente grave la situación en las comarcas y las áreas rurales más pobres y dispersas y en los cinturones de pobreza que se ubican en la periferia de las ciudades (MINSA 2020).

Según los últimos informes de salud presentados por la Sección de Estadísticas Vitales del INEC, al 2021 las principales causas de muerte, luego del COVID-19, fueron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, diabetes mellitus; otras enfermedades del corazón; tumores del colon, recto y del ano que desde el año anterior presentaban un crecimiento.

Estas diferencias podrían estar relacionadas con las condiciones de vida diferenciadas de la población. También con la inequidad generada por la diversa capacidad de respuesta de los servicios públicos, por ejemplo, la muy baja disponibilidad de médicos en las comarcas y en áreas rurales (el 86 por ciento de los profesionales médicos se concentra en áreas urbanas). Adicionalmente, existen malas condiciones del registro de mortalidad y el proceso de envejecimiento (MINSA n.d.).

El periodo de mayor desarrollo de instituciones de salud comienza a partir de 1930 con la creación de hospitales, unidades sanitarias y dispensarios. En 1941 se creó el Ministerio de Salud y Obras Públicas, que desempeñaba inicialmente actividades alrededor de higiene y salubridad pública, lucha antituberculosa, malaria y saneamiento, entre otras (MINSA 2018). En este mismo año se creó también la Caja de Seguro Social, que incluía algunos programas de salud, principalmente curativos destinados a proteger a la población asegurada (MINSA 2018).

En 1946 se incorporaron al Capítulo 5º de la Constitución Nacional las directrices en torno a la salud pública y la asistencia social que luego fueron actualizadas mediante el Artículo 6º - Salud, Seguridad Social y Asistencia Social en la promulgación de 1972. Allí se consagró el derecho de los ciudadanos a la seguridad social y a la atención de su salud, se establecieron las funciones esenciales del Estado en la materia y se ordenó la integración, todavía no alcanzada, entre las redes de la CSS y las del MINSA.

Como corolario de la Constitución de 1946, en 1947 se aprobó el Código Sanitario de la República de Panamá (ley Núm. 66 de 1947), que regula los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria, así como la medicina preventiva y curativa. También se creó en 1969 el actual Ministerio de Salud (decreto de Gabinete 1 de 1969) y su estatuto orgánico (decreto Núm.75 de 1969) y se convirtió en la autoridad sanitaria nacional (MINSA n.d.; OPS 2007).

Con la creación del Ministerio de Salud se descentraliza la gestión de los programas en las regiones y áreas médico-sanitarias, de manera tal que, las instituciones de menor jerarquía funcionan alrededor de instituciones complejas como los centros médicos urbanos, las sedes de las áreas médico-sanitarias y los hospitales generales.

Los servicios de protección de salud en Panamá se dan a través de dos instituciones del estado, las cuales dependen de las agendas de los gobiernos de turno en cuanto a presupuesto, programas e intervención. El Ministerio de Salud (MINSA) atiende a costos mínimos a la población no asegurada y asegurada para garantizar que la población en general pueda tener acceso a todos los servicios de salud a nivel nacional (hospital, farmacia, atención médica, laboratorios y radiología); la Caja de Seguro Social (CSS), brinda atención hospitalaria, preventiva y de seguimiento a la población asegurada a nivel nacional. A su vez, existen los servicios de salud privados, a los cuales toda la población que cuente con recursos o formas de pago puede tener acceso en todas las atenciones que brinda este sector privado de salud.

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

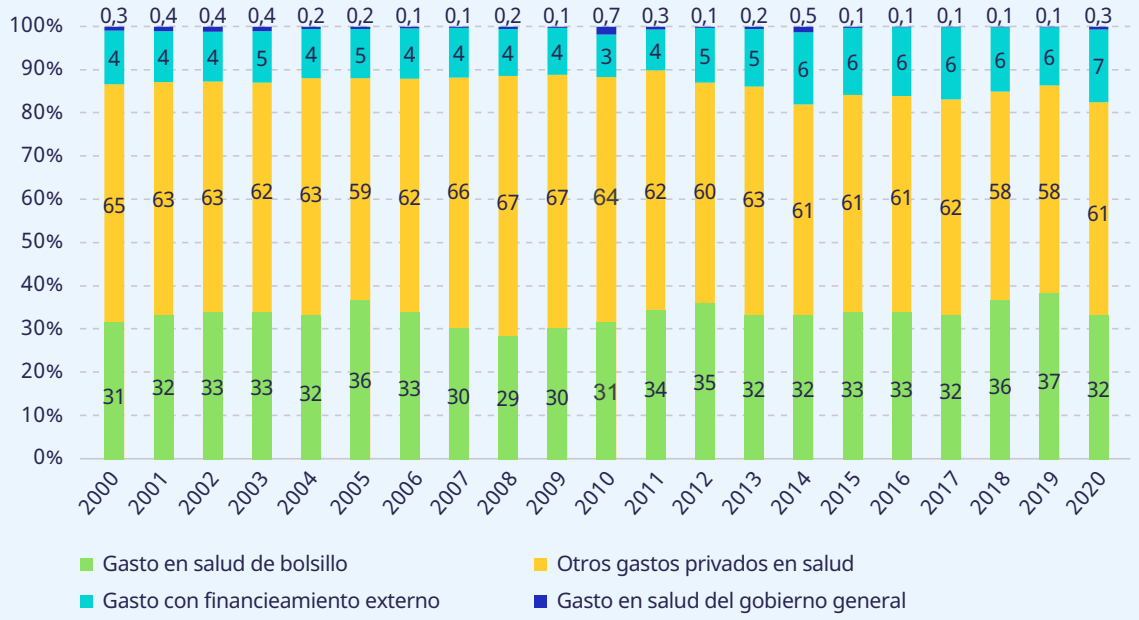
3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

Panamá destinó en 2020 el 9,7 por ciento del PIB al financiamiento de la salud, lo que lo ubica dentro de los países que destinan proporcionalmente mayores recursos al sector en América Latina. En comparación con el año 2000 hubo un aumento del 33,5 por ciento en la inversión en salud. Si se analiza según su composición, el gasto público en salud representó, en 2020, 5,9 por ciento del PIB, de los cuales 3,1 puntos porcentuales corresponden al gobierno y 2,8 por ciento a la seguridad social. El gasto privado fue de 3,8 por ciento, que corresponde 3,1 por ciento a gasto de bolsillo y 0,6 por ciento a la compra de seguros voluntarios. El gasto corriente en salud per capita para 2020 se ubicó en U$S 1 215 (Global Health Expenditure Database n.d.) (gráfico 1).

Un análisis de participación en el gasto da cuenta de que la mayor proporción corresponde al gasto público (61 por ciento del gasto corriente en 2021), seguido del gasto en salud de bolsillo, financiado por las familias (32 por ciento). La participación de cada uno a lo largo del periodo analizado muestra una tendencia fluctuante, con un fuerte aumento en la participación del gasto de las familias entre 2018 y 2019.

▶ Gráfico 1. Panamá. Estructura del gasto corriente en salud 2000-2020



Fuente: Global Health Expenditure Database (n.d.)

El gobierno actual ha aumentado significativamente el presupuesto hacia las instituciones de salud, esto como consecuencia de la pandemia por COVID-19, del aumento de los gastos administrativos y del aumento de atención de pacientes con algún tipo de enfermedad (cuadro 1 & 2).

▶ Cuadro 2. Presupuesto del Gobierno para entidades de salud, según ingresos, clase de gastos: Año 2018 - 2022 (En millones de balboas)

INSTITUCIÓN	2018	2019	2020	2021	2022
MINSA	725,1	58,8	714,6	787,6	912,7
CSS	1.827,00	1,975,10	1,915,20	1,881,30	2026,4

Fuente: INEC.

Para el 2023, el gobierno anunció que, del total del presupuesto asignado, un 17 por ciento será destinado al área de salud, lo que representa 4.565,8 millones de balboas.

▶ Cuadro 3. Gastos en Salud en Panamá: Años 2017-21 (En miles de balboas)

Área	2017		2018		2019		2020		2021	
	Gto Cte.[174]	Gto Inv.[175]	Gto Cte.	Gto Inv.	Gto Cte.	Gto Inv.	Gto Cte.	Gto Inv.	Gto Cte.	Gto Inv.
Salud	1 484,286	386,518	1 547,145	445,159	1 721,194	449,881	1 658,982	474,706	1 825,526	461,522

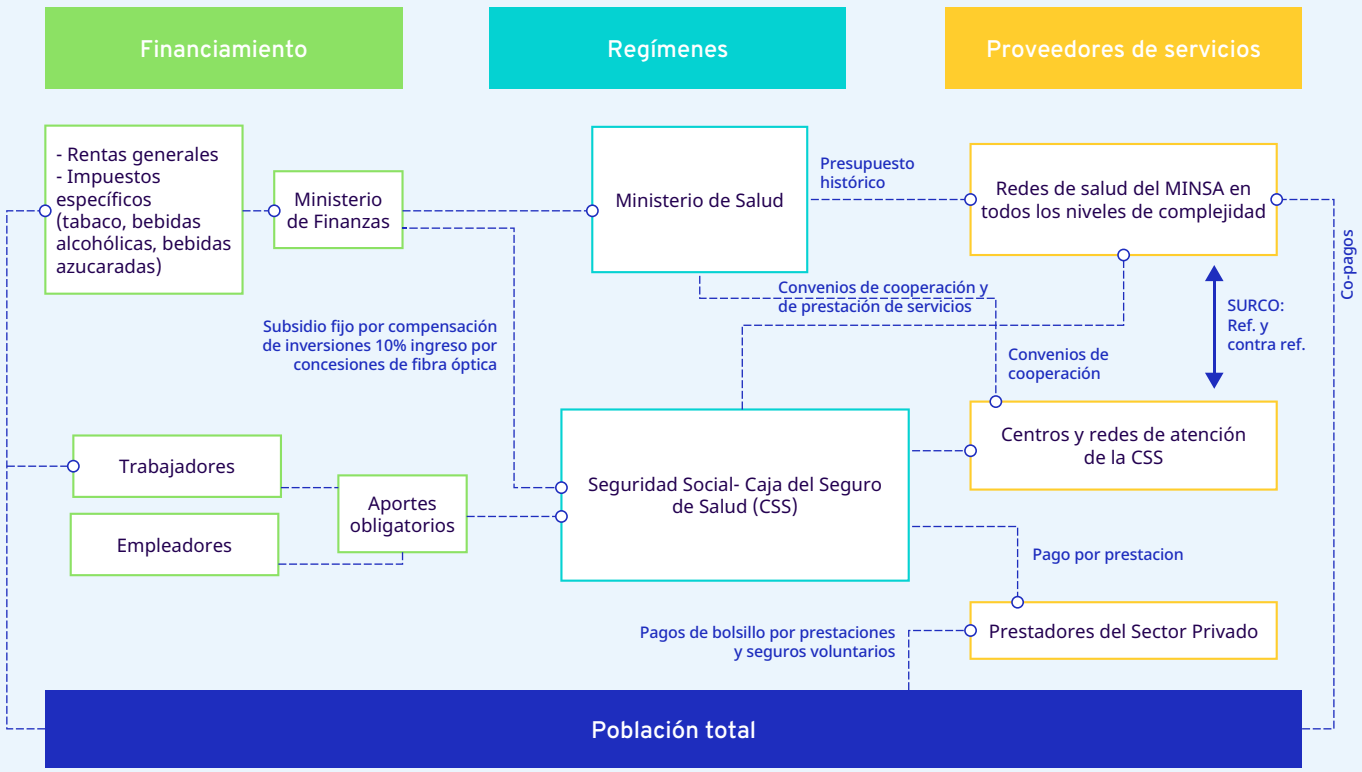
Fuente: INEC.

[174] Gasto Corriente: gastos de bienes y servicios durante el ejercicio fiscal.
[175] Gasto de Inversión: gastos para el funcionamiento de la institución.

ii) Flujos financieros del sistema

El financiamiento de la salud en Panamá se encuentra fragmentado y no existe un fondo único que integre las diversas fuentes de financiamiento. El sector estatal y cada institución de la seguridad social se responsabilizan de financiar los gastos de salud de su población a cargo y en la mayoría de las atenciones, no existe separación entre el rol de comprador y proveedor de servicios (diagrama 1).

▶ Diagrama 1. Estructura y financiamiento del sistema de salud de Panamá



Fuente: elaboración propia.

Lo anterior limita que exista un manejo adecuado de los recursos económicos que se reciben tanto del presupuesto del estado como de las contribuciones de la población que formalmente labora y paga por el seguro social para la salud. Situación que actualmente está presentando graves consecuencias, debido a la escasez de medicamentos y a los equipos para exámenes en mal estado, lo que redunda en mala atención de salud y la calidad de vida de los usuarios que a tiempo cumplen con el pago de sus impuestos para garantizar una adecuada atención.

iii) Fuentes de financiamiento

El financiamiento recibido para el Ministerio de Salud (MINSA), proviene del presupuesto asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas y, en menor medida, de los copagos realizados por la población al momento de utilizar los servicios. En tanto que el financiamiento de la seguridad social, administrada por la Caja de Seguro Social (CSS) se origina en aportes de empleadores, trabajadores y del presupuesto asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Es importante considerar que cada institución presenta previamente su presupuesto a la Asamblea de Diputados, los cuales — en debate — deciden si aprueban el presupuesto presentado, lo aumentan o lo disminuyen para que el Ministerio de Economía y Finanzas desarrolle los pagos y traslados de las partidas.

Los pagos que realizan las personas por su atención en los centros y hospitales del Ministerio de Salud no cubren el costo total de la prestación, sino que estos son considerados como tarifas mínimas por las que el Estado subsidia la diferencia. Incluso, no hay tarifas únicas para el mismo servicio a nivel de todo el país, sino que cada región establece tarifas diferenciadas conforme diferentes criterios. Las personas que acuden a las instalaciones por atención y hospitalización en las policlínicas de la Caja de Seguros Social no pagan debido a que se les descuenta un impuesto de sus ingresos mensuales formales (para las personas asalariadas un 0,5 por ciento y para las personas empleadoras un 8 por ciento). Tampoco existen pagos diferenciados por patología, sino que las tarifas refieren a productos concretos de atención, como por ejemplo consulta de medicina general o laboratorios según tipo de prueba (MINSA y OPS 2022).

En Panamá existen impuestos sobre el consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas, entre otros, que se destinan en diferentes proporciones al financiamiento de la salud, como a continuación se detallan: (cuadro 3)

▶ Cuadro 4. Impuestos en Panamá que financian programas de Salud

Seguro social	Es un impuesto obligatorio pagado por los empleados y empleadores que formalmente están registrados en el Ministerio de Trabajo, entre otras instituciones del estado. • Cada empleado debe pagar el 0,5 por ciento de la cuota total que le corresponde cotizar sobre su sueldo, para el financiamiento de las prestaciones en dinero (subsidio de maternidad, Ley 51). • Los empleadores deben cubrir una cuota del 8 por ciento de los sueldos pagados a sus empleados. De esto se ven beneficiados los programas de riesgo de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte o incapacidad parcial o absoluta permanente de riesgos profesionales y los pensionados y jubilados del Estado y de los fondos especiales de retiro.
ITBMS	En 2001 se incrementó este impuesto a los productos del tabaco, pasando de un 10 por ciento a un 15 por ciento, donde los 5pp que se adicionaron, según la ley 208 de diciembre de 2001, se asignan al ION para la atención de pacientes afectados por este factor de riesgo. Ambos impuestos son efectivamente asignados a las entidades correspondientes en las proporciones establecidas por la ley.
Tabaco	Impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco: en noviembre de 2009, se realizó una modificación al Código Fiscal del país, con la cual se incrementa al 100 por ciento el ISC de productos de tabaco, tomando como referencia el precio de venta al consumidor declarado ante el MEF; además, se establece un mínimo de B./1,5 por cajetilla de cigarrillos. La ley 69 de 2009 establece que el 50 por ciento de la recaudación del ISC del tabaco será asignado de la siguiente manera: 20 por ciento al MINSA para actividades de prevención y tratamiento de enfermedades producto del consumo de tabaco a través de clínicas de cesación; 20 por ciento al Instituto Oncológico Nacional (ION) y 10 por ciento a la Autoridad Nacional de Aduana (ANA) para la prevención y persecución del contrabando de productos del tabaco.
Alcohol	La ley 6 de 20 de marzo de 2015 establece que el ISC para bebidas alcohólicas será de B./ 0,045 por cada grado de contenido de alcohol por litro de bebida. Asimismo, dicha ley establece que lo que se recaude por concepto del ISC a la cerveza se designará el 5 por ciento al Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM), el promedio entre 2005-2008 fue de 8,3 y el promedio entre 2010-2020 fue de 24.43 Millones, de ahí 27 millones se destinaron para el Centro de estudios y tratamiento de adicciones (CETA). La recaudación por concepto ISC a la cerveza en 2019 fue B./ 54,5 millones, representando 1,4 por ciento del total de los ingresos tributarios de Panamá. En otras palabras, B./ 2,7 mm correspondieron al INSAM.

Bebidas Azucaradas	El artículo 11 de la ley 114 del 18 de noviembre de 2019 establece que la totalidad de la recaudación del ISC de bebidas azucaradas se aplicará de la manera siguiente, excepto lo recaudado por el concepto de bebidas gaseosas: 35 por ciento MINSA 25 por ciento ION 15 por ciento para los programas de clínicas para pacientes diabéticos del sector público de salud. 25 por ciento destinado a otros ministerios (MEDUCA, MIDA, MICI).

Fuente: Dirección de Planificación de Salud.

El monto de los recursos de la red del MINSA correspondiente a las cuotas de recuperación o copagos, generalmente es determinado por los Patronatos[176] y no suele fijarse en más del 1 por ciento del costo real del servicio, ni más del 5 por ciento de los recursos disponibles de la red del MINSA (OPS 2007).

En el caso de la seguridad social, el financiamiento del seguro de Enfermedad y Maternidad (EM) proviene de un aporte de las personas empleadas que se destina al financiamiento de las prestaciones en dinero; un aporte de las personas empleadoras que se destina al financiamiento de las prestaciones médicas y una cifra aportada por las personas jubiladas y pensionadas, también destinado a financiar prestaciones de salud. En términos agregados, en 2021 la CSS presentó un déficit equivalente a 0,8 por ciento del PIB (OIT 2022) (cuadro 4).

▶ Cuadro 5. Origen del financiamiento del seguro de Enfermedad y Maternidad

Origen del financiamiento	Enfermedad y maternidad
Empleados	0,5 por ciento[1] del sueldo
Empleadores	8,0 por ciento del sueldo
Cuota pagada por los pensionados por Invalidez, Vejez y Muerte e Incapacidad parcial o absoluta permanente de Riesgos Profesionales De La Caja De Seguro Social:	6,75 por ciento de la pensión
Cuota por las personas pensionadas y jubiladas del Estado y de los fondos especiales de retiro	6,75 por ciento de la pensión o jubilación
Ingresos netos de las concesiones que el Estado otorgue en materia de fibra óptica	10 por ciento
Otros	(2)

[1] para el financiamiento de las prestaciones en dinero.
(2) Herencias, legados y donaciones que sean dirigidos a este riesgo específicamente.
Fuente: Artículo 130 de la ley 51, (MINSA y OPS 2022; OIT 2022).

Adicionalmente, las personas afiliadas voluntarias, incluidas las trabajadoras independientes deben hacerse cargo del pago completo de la cuota que les corresponda (MINSA y OPS 2022).

Existen convenios de cooperación y de prestación de servicios entre la CSS y el MINSA, que implican una transferencia de recursos en los casos que se brinde atención a las personas aseguradas en las instalaciones del MINSA y a no aseguradas en las instalaciones de la CSS. Sin embargo, la ausencia y debilidad normativa de estos instrumentos, la poca claridad sobre los costos convenidos, sumada a las dificultades para identificar a los afiliados, obstaculizan el consenso entre ambas instituciones para su eficaz implementación. Esto redunda en una recuperación lenta que es administrada por la región o, en algunos casos, por los Patronatos (MINSA y OPS 2022; OPS 2007).

[176] Los Patronatos son una figura administrativa de los hospitales de III nivel e Institutos especializados presididos por una junta administrativa encabezada por el MINSA.

En resumen, el modelo de financiamiento de salud en Panamá se caracteriza por la ausencia de mecanismos que integren los recursos públicos disponibles. De igual forma, los servicios ofrecidos en la CSS garantizan el acceso a la salud sin realizar pagos, pero debido a la deficiencia en la administración, la población que tiene derecho a la prestación de los servicios no la recibe de manera consecutiva y en la forma que clínicamente debe darse, por falta de insumos, entre otros problemas que ocurren a lo interno de las instalaciones, dando lugar a una fuerte inequidad entre ambas poblaciones.

3.2. Gobernanza

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sistema Nacional de Salud; sus competencias abarcan seis dimensiones rectoras, es el único responsable de las dimensiones de Regulación, Conducción y Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y comparte responsabilidades con otros actores del sistema en la Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud, la Modulación del Financiamiento (junto con el Ministerio de Finanzas) y la Vigilancia del Aseguramiento (MINSA n.d.; MINSA y OPS 2022).

Las funciones de regulación y vigilancia son llevadas a cabo por la Dirección General de Salud (DIGESA), dependiente del MINSA, involucran la regulación en materia de investigación, desarrollo tecnológico, ética, bioseguridad, control de gestión en la prestación de los servicios, control de alimentos y la vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica. Para la ejecución de programas como salud para adolescentes, personas adultas mayores, diabéticas, hipertensas y convivientes con VIH/SIDA se ha incorporado la participación de grupos comunitarios (OPS 2007).

El MINSA cuenta con una estructura orgánica funcional de tres niveles: nacional, regional y local, cada uno con funciones y responsabilidades específicas. En el nivel nacional funciona como ente conductor, al diseñar las normas de los diferentes programas de salud que se implementan; así como al monitorear y evaluar las acciones del sector. A nivel de las regiones sanitarias existen jefaturas regionales que ejercen una función de vigilancia y control, además operativizan el Plan Nacional de Salud, trabajando juntamente con las áreas locales. En tanto, el nivel local es el encargado de ejercer las funciones de provisión de servicios (MINSA 2020).

Le corresponde al MINSA elaborar quinquenalmente las políticas en salud. Generalmente, en este proceso no participan las otras organizaciones y subsectores, por lo que su ámbito de aplicación se reduce al mismo ministerio (OPS 2007).

En relación con la coordinación entre el MINSA y la CSS, el artículo 143 de la ley 51 de la CSS menciona la coordinación interinstitucional para la atención médica entre la CSS y el MINSA con el fin de cumplir con el mandato constitucional de integrar el sistema de salud[177], pero advirte sobre la autonomía de la CSS. En el artículo 2 de la mencionada Ley se dispone que la CSS es una entidad de Derecho Público, autónoma del Estado, en lo administrativo, funcional, económico y financiero; con personería jurídica y patrimonio propio, que goza de la facultad de administrar y mantener sus fondos separados e independientes del Gobierno Central. La inexistencia de un mecanismo unificado o compartido de planificación de salud conduce a la ausencia de una planificación de políticas conjunta y a que cada institución formule, implemente, monitoree y evalúe sus planes, programas y proyectos de manera individual, apoyándose mutuamente solo en algunas ocasiones específicas (OPS 2007).

En lo que respecta al sector privado, los cambios en los beneficios que puedan originarse en los planes contratados son realizados de manera unilateral por las compañías aseguradoras sin intervención del MINSA como autoridad sanitaria. En el caso de cambios de tarifas, las compañías aseguradoras presentan sus propuestas a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su aprobación. El MINSA como autoridad sanitaria no participa de estos procesos de cambios tarifarios, a pesar de tratarse de una de las dimensiones de la Rectoría que debería ser compartida con la Superintendencia de Seguros y Reaseguros (MINSA y OPS 2022).

[177] El artículo 115 del Capítulo 6º de la Constitución Nacional establece: "Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégranse orgánica y funcionalmente."

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

Las prestaciones de las instalaciones del MINSA están disponibles para toda la población. En el caso de la atención de personas cubiertas por la CSS, existen convenios de cooperación entre tales instituciones.

La afiliación o ingreso al sistema de seguridad social puede ser obligatoria o voluntaria. Las personas afiliadas obligatorias son las asalariadas del sector público y privado, personas jubiladas y pensionadas, personas trabajadoras independientes, ocasionales y estacionales; así como las personas trabajadoras en el servicio doméstico. Las personas afliadas voluntarias comprenden: trabajadoras al servicio de organismos internacionales y trabajadoras independientes no contribuyentes.[178]

El derecho a recibir las prestaciones en salud abarca al cónyuge que conviva con la persona asegurada y dependa económicamente de esta; hijos e hijas de la persona asegurada hasta los dieciocho años de edad o hasta los veinticinco si son en su totalidad estudiantes dependientes económicamente de la persona asegurada; hijos e hijas con discapacidades, excepto aquellos que alguna vez hubieran pagado una cuota como trabajadores; padres mayores de sesenta años y las madres mayores de cincuenta años, que dependan económicamente de la persona asegurada o que se encuentren incapacitados para trabajar (artículo 138 de la ley 51).

3.4. Beneficios

Panamá a través del pago de impuestos obligatorios y voluntarios contribuye al desarrollo de programas de salud a nivel nacional, en donde toda la población, dependiendo de la institución a la cual pueda acceder, recibe atención u algún otro servicio médico sin tener que otorgar un pago o procurarse servicios a costos bajos (cuadro 5).

La Constitución Nacional establece como función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República (artículo 109). En tanto, el individuo tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla. Asimismo, determina que son materia del Estado, entre otras: desarrollar una política de alimentación y nutrición; proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizar una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia; combatir las enfermedades transmisibles; crear establecimientos que presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población, que serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos (artículo 110).

[178] Persona natural, nacional o extranjera, que, siendo independiente, no recibe como ingreso, ninguna otra retribución, más que honorarios, por una suma inferior a los B/.9 600 (US$ 9 600) anuales (Reglamento General de Afiliación e Inscripción de la Caja De Seguro Social, disponible en: http://www.css.gob.pa/REGLAMENTO por ciento20GENERAL por ciento20DE por ciento20AFILIACION por ciento20E por ciento20INSCRIPCION por ciento20actualizado.pdf).

▶ Cuadro 6. Beneficios de Programas que otorgan Instituciones de Salud Públicas y Privadas en Panamá

Programa	Institución que brinda	Beneficios	Requisito mínimo	Personas beneficiaria
Prestaciones económicas por riesgo o enfermedad	CSS	Consiste en la atención integral en las instituciones de salud y en un subsidio que se les otorga a las personas trabajadoras que sufran una enfermedad o lesión que les produzca incapacidad temporal para el trabajo y que no sea producto de una enfermedad o accidente laboral. El monto corresponde al 70 por ciento del salario medio diario de los dos últimos meses de cotizaciones debidamente acreditados en su cuenta individual al momento de ocurrida la enfermedad y se otorga tanto en el caso de afiliados obligatorios como voluntarios.	Debe contar con al menos seis meses de cotizaciones en los últimos nueve meses calendario anteriores a la incapacidad y se pagará mientras dure la enfermedad por un plazo de veintiséis semanas (artículo 144 ley 51). En el caso de los trabajadores de las empresas bananeras y de los productores independientes de banano, el subsidio corresponderá siempre que la enfermedad produzca incapacidad para realizar labores en un 50 por ciento. El beneficio corresponde al 80 por ciento del salario correspondiente a los dos últimos meses de cotización debidamente acreditados en su cuenta individual en el momento en que ocurra la enfermedad (artículo 144-A de la ley 51).	Asegurados o personas que pagan seguro social obligatorio o voluntario.
Prestaciones por maternidad	CSS	Derecho a la atención médica completa durante y después del embarazo, así como el derecho de pago de tres meses de salario adelantado durante la licencia de maternidad que corresponde a mes y medio antes del parto y mes y medio después del parto.	Contar con al menos nueve cuotas de impuestos de seguro social pagadas continuas.	Mujeres embarazadas.

Pensión por validez y vejez	CSS	Este es el programa dirigido a pagar prestaciones en dinero, en forma de pensiones o indemnizaciones. Cuentan con derecho a solicitar lentes y prótesis dental, pagando el 50 por ciento del costo	Toda persona que tenga el total de cuotas de seguro social correspondientes a su edad o sus cuotas actualizadas al momento del accidente o enfermedad.	• Mujeres mayores de 55 años y hombres mayores de 60 años. • Persona que sufra una enfermedad invalidante que no le permita seguir trabajando y que no sea producto de una enfermedad o accidente de tipo laboral. • Al fallecer el asegurado o pensionado.
Seguros de Salud	Agencias de Aseguradoras Privadas	Planes que cubren patologías como cáncer, hipertensión arterial, diabetes, entre otras. Asimismo, algunos laboratorios clínicos privados ofrecen paquetes con precios reducidos para exámenes generales, exámenes prematrimoniales, o cuando se promueven la realización de estudios vinculadas a alguna patología en particular, por ejemplo: mes de la prevención del cáncer de mama y próstata (MINSA y OPS, 2022).	Contar con al menos un año de cuotas mensuales pagadas de manera consecutiva sin morosidad.	Toda persona que cuente con una póliza de seguro de salud privada.
Salud Mental	MINSA / CSS	Formar parte de un programa de riesgo o enfermedad o programa de pensión de la CSS. Asistencia clínica, hospitalaria y de albergue dentro de las instalaciones de la CSS o MINSA.	Pagar cuotas de seguridad social. Pagar los gastos mínimos requeridos para la atención si no cuenta con cuotas de seguridad social.	Todas las personas que paguen seguro social o cuenten con recursos económicos para el pago.
ITS/VIH	MINSA / CSS	Formar parte de un programa de pensión de la CSS. Formar parte en beneficios en otorgar citas de control y evaluación. Formar parte de un programa de medicamentos.	Pagar cuotas de seguridad social. Pagar los gastos mínimos requeridos para la atención si no cuenta con cuotas de seguridad social.	Todas las personas que paguen seguro social o cuenten con recursos económicos para el pago.

Fuente: MINSA (CSS).

Para ofrecer los servicios a sus beneficiarios, la CSS cuenta con una "Cartera de servicios y prestaciones" aprobada por resolución, esta constituye el conjunto ordenado de técnicas, procedimientos, tecnologías y recursos que serán destinados a las prestaciones de salud en su Red de instalaciones de salud.[179]

Dentro de las instalaciones de salud públicas y privadas se encuentra el Departamento de Farmacia, que emplea para el despacho y suministro de medicamentos una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y Especializados (LNMEE), elaborada por la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), la cual usa como referencia la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La lista de medicamentos es utilizada por el Ministerio de Salud, por la Caja de Seguro Social y los Hospitales Nacionales, así como otras fuentes Internacionales. CONAMED se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y está conformada por profesionales de la salud de reconocida competencia en la gestión de medicamentos y provenientes de instituciones de salud, comisiones institucionales y organismos colegiados, con derecho a voz y voto, cuenta con asesores, en calidad de expertos en materia de medicamentos y legal de la Facultad de Farmacia y Medicina de la Universidad de Panamá y la Dirección de Asesoría Legal del Ministerio de Salud, además, puede solicitar asesoría a expertos nacionales e internacionales en temas especializados cuando así lo requieran.

Los gobiernos dentro de sus planes de trabajo en los últimos diez años han otorgado varios beneficios a la población que tenga alguna condición especial, a través de transferencias de dinero o a través de vales canjeables en supermercados, farmacias o cualquier centro privado que apruebe esta forma de pago.

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) cuenta con varios programas de transferencias:

- Red de Oportunidades: es un programa de transferencia monetaria condicionada que busca mejorar la condición de pobreza de la familia beneficiada a través del pago de dinero y condicionando dicho pago con la asistencia puntual a instalaciones de salud y asistencia a los centros escolares y participación en jornadas de capacitación.[180] El beneficio es otorgado a las madres y mujeres embarazadas en condición de extrema pobreza que cuenten con hijos de 0-18 años y que estén al día con las corresponsabilidades, consiste en una transferencia monetaria de B/. 50.00 mensuales por familia pagados bimestralmente. Las atenciones de salud que reciban son de carácter gratuito.
- Ángel Guardián: programa de transferencias monetaria creado según la ley Núm 39/2012 como un programa especial de asistencia económica para personas con discapacidad severa en condición de dependencia, pobreza extrema y en donde se le brinda una transferencia monetaria de B/. 80.00 mensuales. El programa les permite acceder a los servicios básicos de salud pública, educación pública y asistencia a los centros de rehabilitación integral para mejorar su calidad de vida.

En el grupo de los proveedores de servicios de salud propios del Estado no existe un paquete unificado de servicios mínimos y de prestación obligatoria. La cantidad, tipo y calidad de servicios está limitada por la capacidad y recursos con que cuente la entidad que presta el servicio, la cual varía notoriamente de un lugar o nivel de atención a otro (OPS 2007).

3.5. Provisión de servicios

El Ministerio de Salud se conforma por 16 regiones de salud distribuidas a nivel nacional (Provincias y Comarcas), la atención está abierta a cualquier persona que solicite servicios de salud en las instalaciones estatales que conforman las redes regionales de prestación de servicios. Estas regiones integran tanto la oferta pública como la privada (MINSA 2020).

La organización del sistema de atención de salud del MINSA depende del acceso que se tenga en las zonas ubicadas y van desde puestos de salud (áreas de difícil acceso, atención periódicamente por ayudante de salud en prevención, promoción de salud y primeros auxilios), subcentros de salud (áreas de difícil acceso, pero con facilidad de transporte, se brinda promoción y prevención, en algunos casos brinda servicios de

[179] El listado de prácticas y niveles puede consultarse en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29072/GacetaNo_29072_20200720.pdf.

[180] Las condiciones de salud son: cuidado prenatal para las mujeres embarazadas y cumplir con el plan de vacunas para menores de 0-5 años. Las condiciones de educación son: asistencia a clases del 80 por ciento durante el bimestre escolar (para niños y niñas de 4 a 17 años); y la condición para el adulto es el desarrollo de capacidades productivas: participar en capacitaciones de fortalecimiento productivo.

primeros auxilios, controles de salud y atención en morbilidad por parte de una enfermera), centros de salud (fácil acceso, brindan -por lo general- atención médica para los exámenes generales, vacunaciones, servicios de odontología, ginecología, medicina general y pediatría, dada por enfermeras, farmacéuticos y médicos) y hospitales (cerca de zonas urbanas, brindan atención de salud completa por parte de enfermeras, médicos, farmacéuticos y laboratoristas).

Panamá cuenta con un Sistema de Información de Salud (SEIS),[181] el cual consiste en un sistema digital de registro y manejo de expedientes clínicos por parte del MINSA y la CSS. El MINSA ofrece servicios de salud en zonas rurales y de difícil acceso y en zonas urbanas, mientras que la CSS ofrece servicios en zonas rurales y urbanas. En este sentido, algunas instalaciones que prestan servicios tienen como función principal la promoción de la salud, otras enfatizan en la prevención primaria y secundaria; un pequeño número de instalaciones de ámbito nacional concentran sus actividades en la prevención terciaria (MINSA y OPS 2022).

Los servicios que presta la CSS también se organizan por niveles de atención o complejidad y se articulan alrededor de un sistema de referencia y contrarreferencia. La atención es brindada en instalaciones propias y, en los casos en que no disponga de instalaciones para hacerlo, la CSS adquiere servicios de salud del MINSA o del sector privado bajo la modalidad de pago por actividad realizada (OPS 2007).

La puerta de entrada a la atención la constituyen los Centros de Atención Promocional y Preventivos (CAPPS) y es allí donde deberían resolverse la mayoría de las consultas ambulatorias y de baja complejidad.[182] Como se trata de un organismo jurídicamente independiente, la CSS puede realizar sus compras de manera directa con proveedores nacionales e internacionales y, ocasionalmente, realizar compras conjuntas con el MINSA. Sin embargo, no existen mecanismos sistemáticos de integración formal, en esta ni en otras áreas de compras o suministros (OPS 2007).

El sector público duplica estructuras en gran parte del territorio panameño. Esto tiene consecuencias negativas en términos de la eficiencia del sistema, pues ambas instituciones (MINSA y CSS) cubren poblaciones en el mismo territorio geográfico, lo que lleva a la duplicación de costos administrativos e inviabiliza el uso de mecanismos de compras estratégicas para respaldar cambios de comportamientos en los proveedores de servicios y ser más eficientes (OPS 2007). Este tipo de cobertura se da más en zonas rurales y urbanas, pero no en las áreas de difícil acceso.

En lo que respecta al sector privado, este se compone de hospitales, clínicas y consultorios que prestan servicios a cambio de pagos directos de bolsillo provenientes de la población que cuenta con recursos económicos o por aquellas personas que cuentan con seguros privados de salud, de carácter voluntario (MINSA,2020).

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

La posibilidad de atenderse en las redes estatales de salud se encuentra abierta a toda la población. Sin embargo, al no contar con datos de personas que utilizan los servicios, no es posible establecer cuál es la población efectivamente cubierta por el sector.

La seguridad social, dada por asegurados cotizantes y dependientes de la CSS, contaba con una población cubierta de 2,9 millones de personas en 2021, lo cual representaba el 66,8 por ciento de la población total. Del total de población cubierta por la CSS, 39,2 por ciento son aportantes activos (INEC 2021).

El MINSA cuenta desde el 2015 con el programa FORIS, que consiste en brindar una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) enfocadas en el actual modelo de atención de Salud en Panamá, de manera

[181] Gaceta Oficial del Ministerio de Salud del 8 de junio de 2016, Resolución N° 0697 y Resolución N° 0698.

[182] En orden creciente de complejidad la atención se brinda luego en las Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS), en las Policlínicas Básicas, en la Policlínica Especializada, en los Hospitales de Estancia Prolongada, Hospital Sectorial, Hospital Regional, Hospital Supra Regional, Hospital Nacional Especializado, Hospital Nacional de Alta Resolución.

individual, familiar, comunitaria y ambiental; en ella se desarrollan actividades de prevención, promoción y atención de salud, tiene alcance en doce Regiones de Salud de las quince y cuenta con una cartera de prestaciones priorizadas (CPP) por curso de vida. Para el periodo 2019-2020, el total de población beneficiaria de esta estrategia fue de 218 683 personas, de las cuales el 28 por ciento del padrón accedió a servicios de salud. Dentro de ellos, solo el 54 por ciento cumplió con las actividades de la ficha de atención integral por curso de vida. (MINSA & OPS 2022). Para el 2021 se beneficiaron 101 797 personas, quienes tuvieron acceso a servicios de atención integral extramuros, lo que representa una cobertura de 37,5 por ciento de la población total, cifra importante en términos de salud y cobertura.

4.2. Utilización de los servicios de salud

Un indicador que resume el acceso y la cobertura dentro de un país es el índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1). En Panamá para 2019 este índice fue de 0,77, lo que lo ubica en el mismo nivel que el promedio de la región de las Américas y del grupo de ingresos medios altos (ambos en 0,77), pero por debajo de los países de altos ingresos (0,83). Excepto en el sub-indicador de cobertura de enfermedades infecciosas, en el resto de los sub indicadores se encuentra por encima del promedio de la región (0,71 vs.frente a 0,81). En tanto, se ubica por debajo de los países de ingresos altos en todos los casos, con excepción del subindicador de enfermedades no transmisibles (0,66 frente a 0,64).

De acuerdo con los datos de la OPS, la mortalidad infantil se redujo levemente (11,4 por ciento) entre 2000 y 2019, año en el cual alcanza los 14,8 cada 1 000 nacidos vivos. En tanto que la razón de mortalidad materna (RMM) también ha descendido desde el año 2000, pero a mayor escala (42,9 por ciento); en 2017 alcanzó 52 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Sin embargo, estos promedios esconden grandes desigualdades territoriales, con regiones que superan ampliamente el nivel nacional (MINSA, 2017). Algunos de los factores que condicionan la salud materna son la escolaridad, la etnicidad y el acceso a los servicios de salud calificados (OPS y OMS 2014).

Según la información recopilada, con base en los registros administrativos de las instalaciones de salud pública (MINSA y CSS), privadas y oficinas del Registro Civil (Tribunal Electoral), el cuadro 6, presenta las cifras publicadas por el INEC comparando los años 2017-2021.

▶ Cuadro 7. Tasa de Mortalidad Infantil y Materna en la República de Panamá: Años 2017 - 2021

Descripción	2017	2018	2019	2020	2021
Mortalidad Infantil[183]	28	28	30	22	24
Mortalidad Materna[184]	38	48,8	42,7	86,7	67

Fuente: INEC.

En comparación con datos de 2017, en la tasa de mortalidad infantil se ha presentado una leve reducción, tal cual lo señala la OPS, mientras que la tasa de mortalidad materna en relación con el 2017, presentó un gran incremento, pero al considerar las cifras de 2020, ha presentado una disminución significativa. Se espera que para el 2023 las tasas de mortalidad infantil y materna sigan disminuyendo debido a los programas de intervención propios del gobierno y de organizaciones internacionales.

En relación con la atención del parto, datos de OPS dan cuenta de un 95 por ciento de atención por parte de personal especializado. Sin embargo, este porcentaje no se distribuye de manera homogénea y resulta ser mayor cuanto mayor es el grado de escolaridad de la madre. En este sentido, según datos publicados del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) para 2018, el 99,8 por ciento de las madres con estudios universitarios fueron asistidas por una persona profesional de salud; en el caso de las madres sin grado de escolaridad, el 40,5 por ciento fueron asistidas por comadronas, familiares u otras personas. También se evidencian ciertas inequidades territoriales. Las áreas donde se dieron los mayores porcen-

[183] Por mil nacimientos vivos.
[184] Por ciento mil nacimientos vivos. Población de mujeres entre los 15 a 49 años.

tajes de partos sin asistencia profesional fueron las comarcas Ngâbe Buglé con 42,5 por ciento y Emberá con 24,3 por ciento, y la provincia de Darién con 15,1 por ciento (MINSA 2020).

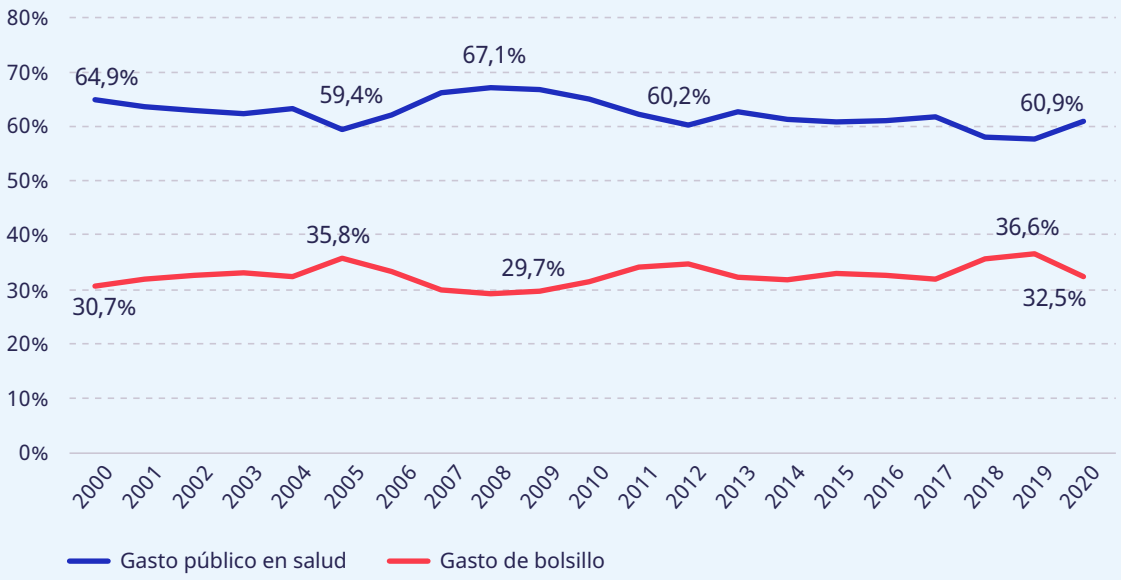
4.3. Protección financiera

Los hogares panameños a través del gasto de bolsillo financiaron, entre 2000 y 2020, en promedio el 32,6 por ciento del gasto corriente en salud. Esta participación muestra una tendencia ascendente, aunque fluctuante, durante el periodo mencionado. Si se analiza en dólares corrientes per capita, el gasto de bolsillo pasó de U$S93 en 2000 a U$S394 en 2020. En términos del PIB aumentó casi un punto porcentual durante este periodo

Según datos de la Superintendencia de Seguros, las unidades aseguradas en la rama de seguros de salud tuvieron un incremento del 2020 al 2021 de 6,6 por ciento, siendo la rama de seguro con mayores pólizas vigentes al 2021.

En lo que refiere al gasto público, si bien en dólares corrientes ha ido en aumento (U$S 587 en 2000 a U$S3 179 en 2020) su participación dentro del gasto corriente se fue reduciendo. Esto implica que, en los últimos años, fueron las familias las que financiaron cada vez más el creciente gasto en salud (gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de participación del gasto de bolsillo y gasto público en salud sobre el gasto corriente en salud en Panamá: Años 2000-2020



Fuente: Global Health Expenditure Database (n.d.).

Si bien, no se cuenta con información sobre la composición del gasto de los hogares y su peso, existen datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSAP) 2019 que permiten indagar sobre el origen de los recursos utilizados para cubrir los gastos en salud. El 32,9 por ciento de las personas utilizaron ahorros (definido como el dinero disponible en sus cuentas) para hacer frente al pago de las atenciones y en segundo lugar recurrieron a ayuda familiar (32,2 por ciento). A su vez, este indicador difiere considerablemente para la población indígena. Esta última financió las atenciones de salud en un 4,2 por ciento con recursos propios, un 40,4 por ciento mediante ayuda familiar y en un 22,5 por ciento acudió a créditos bancarios; lo cual demuestra una mayor dificultad de esta población para hacer frente a la atención de su salud.

Una de las razones del gasto de los hogares se encuentra en que, salvo con algunas excepciones, la salud a cargo del MINSA no es gratuita, lo que obstaculiza a la población el acceso a los servicios públicos de salud; esta realidad toma en cuenta que se realizan evaluaciones socioeconómicas que facilitan reconocer cuando las personas que demandan servicios de salud no pueden cubrir los copagos, para que esta debilidad económica no se convierta en una barrera para acceder a los servicios. Pero cabe destacar que el MINSA solamente brinda la atención básica para estabilizar la salud y cuando una persona no cuenta con suficientes recursos económicos para el pago, el responsable firma un compromiso de pago. El personal administrativo completa un formulario de evaluación socioeconómica el cual puede resultar en la exoneración completa del pago, la reducción del monto del copago o arreglos de pagos (MINSA y OPS 2022).

Asimismo, existen prestaciones gratuitas para grupos de población que fueron priorizados por decretos, como la población indígena, mujeres embarazadas, personas menores de 5 años y personas con discapacidad.[185] Sin embargo, existen prestaciones para estos grupos que quedan excluidas, por ejemplo, el cobro del parto por parte de los hospitales, debido a que se requiere de una planificación previa en donde la embarazada debe contar con un plan de parto público o privado. Existen excepciones, como el caso de que por accidente de lesiones u de otro tipo requiera una atención de urgencia, en esos casos la instalación hospitalaria puede omitir el pago de la atención de un parto adelantado (OPS y OMS 2014).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

No existe en Panamá un límite establecido para el acceso de la población a los servicios de salud provistos por el MINSA. Sin embargo, existe una dotación desigual de recursos físicos y humanos a lo largo de su territorio que se traduce en una escasa infraestructura de salud y de recursos humanos provistos por el MINSA en las comarcas indígenas y zonas rurales de acceso difícil (Cecchini et al. 2020). Las barreras económicas y geográficas y el débil abordaje intercultural empeora el deficiente acceso de estas poblaciones a los servicios de salud (OMS n.d.).

En Panamá, para 2019 la disponibilidad de médicos y enfermeras por cada 1 000 habitantes fue de 1 y 3,2 respectivamente, lo que ubica al país muy por debajo del promedio de América Latina de 3 y 4,5 cada 1 000 en 2017, respectivamente (último año disponible para la región) (Enfermeras y Parteras (Por Cada 1 000 Personas) Panamá n.d.). Según datos del INEC para 2019, el 57 por ciento de los médicos disponibles se encuentra en las instalaciones de salud de la provincia de Panamá, mientras que la suma de médicos en las tres comarcas no supera el 1 por ciento. A nivel nacional, la concentración de médicos en áreas urbanas alcanza el 86 por ciento, dejando solo el 14 por ciento disponible para áreas rurales. Asimismo, el 47 por ciento de los médicos corresponden a la CSS y 37 por ciento pertenece a las redes del MINSA.[186]

El indicador de camas hospitalarias cada 1 000 personas se ubica en 2,3 y se encuentra por encima del promedio para la región (1,9 cada mil). Sin embargo, al igual que en el caso del recurso humano, su distribución geográfica resulta marcadamente heterogénea y concentrada en zonas urbanas. La concentración de camas en zonas urbanas es mayor para las disponibles en la CCS que las del MINSA (80 por ciento y 73 por ciento respectivamente).

Otra de las dificultades de acceso que enfrenta la población la constituye las largas listas de espera para la atención. Si bien, no existen datos precisos,[187] el Ministerio de Salud destaca que a pesar de que siguen existiendo las largas listas de espera, el tiempo es menos es menor al presentado en la CSS; de modo que existe la queja frecuente por parte de quienes esperan para la atención ambulatoria especializada o para acceder a procedimientos quirúrgicos, pues dependiendo de la instancia de Salud a la cual se acuda deben

[185] Resolución 322 de 2005 de prestaciones en instalaciones comarcales de salud del país gratuitas para la población indígena en pobreza y pobreza extrema debidamente comprobada; Decreto Ejecutivo 329 de 2009 que ordena la gratuidad en la prestación del servicio de consulta de medicina general y de odontología, en los establecimientos de salud de atención primaria del Ministerio de Salud; Ley 233 de 2020 que establece la gratuidad en los servicios de salud para mujeres embarazadas y para adolescentes en ciertos servicios; Decreto Ejecutivo 129 de 2021 que establece la gratuidad de los servicios de salud, en todas las instalaciones del sector público administradas por el MINSA, para las personas con discapacidad, previamente identificadas en las consultas ambulatorias (MINSA & OPS, 2022).

[186] https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1031&ID_CATEGORIA=5&ID_SUBCATEGORIA=37.

[187] Las unidades de registros médicos y estadísticas del MINSA como la CSS no llevan un registro que permita conocer exactamente cuál es la mora quirúrgica, debido a que son los cirujanos quienes manejan su propia demanda (MINSA & OPS, 2022).

esperar meses. La CSS cuenta con una alta mora quirúrgica a nivel nacional, con una programación de cita de especialistas entre 2 a 4 meses, el tiempo de espera para exámenes especializados dependerá de cuál especialidad se trate, ya que va de 1 a 6 meses de espera y para la ocupación de cama en hospitales al momento de acudir a los cuartos de urgencias para hospitalización, el tiempo de espera va de 24 a 48 horas (MINSA y OPS 2022) (cuadro 7).

▶ Cuadro 8. Instalaciones de Salud en la República de Panamá: Años 2017-2021

Provincia, comarca indígena y distrito	Instalaciones de salud			
	Total	Hospitales	Centros de salud y policlínicas	Subcentros y puestos de salud
2017	872	61	279	532
2018	863	61	260	542
2019	939	62	274	603
2020	854	62	276	516
2021	755	62	270	423

Fuente: INEC.

Desde el 2019 hasta el 2021, se ha presentado una disminución de las instalaciones de salud a nivel nacional, esto debido a una gran disminución de subcentros y puestos de salud, de acuerdo con cifras del INEC. Los datos del cuadro 7 incluyen información del MINSA, CSS.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

Desde hace más de diez años Panamá no cuenta con encuestas sistematizadas sociales, económicas y de salud que midan la atención, enfermedades, calidad y satisfacción del usuario en relación con la atención que reciben. Sin embargo, existen encuestas de menor escala que llevan a cabo la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, como parte del Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios de Salud, estas informan sobre el grado de satisfacción de la población. En este sentido, de acuerdo con la consulta realizada en 2017, se observó que el 53 por ciento de los encuestados respondieron que fueron atendidos en menos de 10 minutos y el 46,6 por ciento respondieron que la duración de la atención fue de más de 10 minutos. En relación con la calidad de la atención recibida, el 83 por ciento respondió quefue buena, muy buena y excelente; 14,8 por ciento consideró que la atención fue regular y 2,4 por ciento valoró la atención como mala. El 75,2 por ciento de los encuestados respondió que recibieron todos los medicamentos que se les prescribieron (MINSA 2020).

Los resultados de esta encuesta también muestran diferencias regionales importantes. Por ejemplo, el grado de satisfacción en relación con el tiempo de espera en la Región de Salud de Los Santos y Panamá Este fue satisfactorio en más del 65 por ciento de los casos, mientras que en la región de salud de Darién apenas alcanzó el 20 por ciento, siendo considerado principalmente poco satisfactorio (MINSA 2020).

Otro mecanismo de monitoreo de la calidad es la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA, 2019), donde se incluyeron un conjunto de preguntas orientadas a valorar la percepción de la calidad en los servicios de urgencias, hospitalización y atención ambulatoria sin hospitalización. Los resultados mostraron que solo 7,1 por ciento de hogares indicó que la calidad de atención en urgencias fue mala o muy mala. En el nivel ambulatorio la percepción de calidad de la atención como “desacuerdo” y “muy en desacuerdo” fue de 14,6 por ciento de los hogares. En hospitales, la percepción de calidad de atención como “regular” y “mal” fue de 16,4 por ciento de las respuestas. En todos los casos, aproximadamente 9 de cada 10 hogares respondieron que volverían a atenderse a la misma institución (MINSA 2020; MINSA y OPS 2022).

No obstante,, los panameños muestran buenos resultados en lo que se refiere a la percepción de su salud personal. Según la Encuesta Mundial Gallup, el 91 por ciento de la población encuestada en el país declaró sentirse satisfecha con su estado de salud y el 82 por ciento dijo no tener problemas de salud (OCDE 2017).

A nivel local, las Regiones de Salud utilizan el sistema de Buzón de Sugerencias en las instalaciones de salud para recoger opiniones de los usuarios y medir de manera indirecta su satisfacción. Cada instalación cuenta con un equipo de calidad que se encarga de abrir y revisar las sugerencias para dar seguimiento y presentar el plan de mejoras (MINSA 2020).

Para la CSS, las encuestas de satisfacción conducidas por el organismo entre octubre de 2021 y 2022 dan cuenta de un bajo porcentaje de satisfacción en la población usuaria. El 45,3 por ciento de los encuestados manifestó una satisfacción pésima o mala, en tanto un 15 por ciento lo hizo como regular. Al consultárseles por la razón por la cual no obtuvieron los medicamentos, el 57 por ciento manifestó que porque estaban fuera del cuadro básico (cuadro con las inclusiones cubiertas) y el 41 por ciento porque estaba agotado (CSS 2022).

Por último, Panamá cuenta con un Observatorio de Calidad para la Atención en Salud[188] (OCAS) que con base en la recolección de ciertos indicadores permite observar el comportamiento del sistema. Los indicadores son sobre servicios de urgencias, consulta externa, servicios intermedios, satisfacción del usuario, salón de operaciones u hospitalización y atenciones. Asimismo, el observatorio cuenta con un buzón de recomendaciones y sugerencias. Sin embargo, los datos no se encuentran disponibles públicamente.

▶ 5. Desafíos

Panamá es uno de los países que mayores recursos destina al financiamiento de la salud dentro de América Latina (9,7 por ciento PIB). Gran parte del cual recae sobre las familias. Existen grandes disparidades en las condiciones de salud entre grupos étnicos y entre áreas urbanas y rurales. La situación de pobreza y la alta concentración de servicios de salud y recursos humanos en las áreas urbanas explican las mayores dificultades de acceso para estas poblaciones.

Un avance en este sentido ha sido la implementación de decretos de gratuidad para la población indígena,, pero aún no se ha logrado mejorar y equiparar los indicadores de salud con los de las áreas urbanas.

Otra de las estrategias para mejorar la atención de estos grupos es el programa de transferencias condicionadas "Red de Oportunidades". Con el objetivo de cumplir con las condicionalidades en salud, brinda atención gratuita a sus beneficiarios. Lamentablemente aún no se han publicado evaluaciones del programa, pero existe evidencia que indica que el cumplimiento de las condicionalidades no resulta satisfactorio (Camaño *et al.* 2019). También se ha implementado la estrategia de Extensión de Cobertura de manera conjunta con el fortalecimiento de redes integradas de salud (EEC-FORIS). Esta estrategia se focaliza en la protección de la población bajo pobreza y pobreza extrema. Sin embargo, los últimos indicadores (2019-2020) de acceso integral a la salud resultaron bajos en relación con el cumplimiento de las actividades de la ficha de atención integral por curso de vida.

De esta forma, resulta necesario continuar, profundizar y revisar las estrategias que tienen como foco a la población más desfavorecida y evaluar su cumplimiento así como sus avances de manera regular. Al mismo tiempo, esto debería acompañarse con la implementación efectiva de los decretos de gratuidad y promover su ampliación, cuando menos mientras las atenciones de salud sigan representando un costo (aunque bajo) para la población bajo cobertura del MINSA. En este sentido, la Línea Estratégica 3 de la Política Nacional en Salud 2016-2025 se propuso avanzar sobre la eliminación del pago directo y sustituirlo por mecanismos mancomunados solidarios, algo que no ha sucedido hasta el momento.

[188] El detalle de los indicadores puede consultarse en: https://ocas.minsa.gob.pa/indicadores-de-calidad/. Sin embargo, no se encuentran publicados los valores.

Existe una limitante importante en el avance hacia la cobertura efectiva que es la desigual distribución geográfica de los recursos disponibles para la atención de salud. Su alta concentración en zonas urbanas supone un límite en las capacidades reales de este avance. Es por ello por lo que debe acompañarse con estrategias de redes de atención que involucren activamente tanto al MINSA como a la CCS. Esto permitirá resolver de manera más eficiente la demanda de atención de la población, cuyo acceso se encuentra más limitado; una opción podría ser mejorar el funcionamiento de los convenios de cooperación que se encuentran disponibles y resultan de gran utilidad para integrar, no solo el funcionamiento, sino los recursos que manejan separadamente las redes del MINSA y la CSS.

6. Principales lecciones aprendidas

- De acuerdo con la información disponible la existencia de copagos no representa un peso relevante en el financiamiento del gasto en salud de las instalaciones del MINSA. Su existencia solo resulta en una barrera de acceso a los servicios de salud; especialmente para la población rural e indígena. A su vez, tampoco explican el alto peso que tiene el gasto de bolsillo en el financiamiento del gasto corriente en salud.
- En línea con lo anterior, el monto de los copagos es una tarifa mínima si se la considera en relación con el costo de los servicios por los cuales el Estado subsidia la diferencia. Acudir al análisis caso a caso por parte de los prestadores de servicios para generar mecanismos de pago alternativo o exoneraciones resulta ineficiente. La implementación de decretos de gratuidad es más eficiente y amplia dado que asegura la atención a la población vulnerable con independencia de su capacidad de pago, permitiendo el acceso a las prestaciones priorizadas.
- Además de las barreras económicas, la alta concentración geográfica de prestadores de servicios y de recursos médicos en áreas urbanas (tanto del MINSA como de la CSS), profundiza las desigualdades que sufre la población rural e indígena en la atención de su salud. Es indispensable la implementación de una red coordinada con abordaje territorial que facilite el acceso a los servicios.
- Existe una seria dificultad en avanzar hacia la integración del sistema público de salud como establece la Constitución porque se refuerza la fragmentación existente. Es importante generar mayores consensos y voluntad política para avanzar sobre la integración del sistema.
- En línea con lo anterior, la prestación de servicios de salud brindada por las redes estatales a la población cubierta por la CSS resulta elevada. El escaso funcionamiento de los convenios de cooperación firmados entre el MINSA y la CSS para atender a la población asegurada en las instalaciones estatales priva al estado de la posibilidad de una generación adicional de recursos. También impide la realización de convenios a mayor escala que los existentes para los hospitales especializados de alta complejidad.

Referencias

Banco Mundial. s. f. «Enfermeras y parteras (por cada 1.000 personas), Panamá». Consultada el 20 de febrero de 2023. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?locations=PA.

Camaño, M. I. H., B. M. Escolar, H. C. Herrero y O. O. Canabal. 2019. «Evaluación de la gobernanza del programa Red de Oportunidades de Panamá: logros alcanzados y retos pendientes». *Studies of Applied Economics* 37 (1). https://doi.org/10.25115/eea.v37i1.2580.

Cecchini, S., R. Holz y A. Rodríguez. 2020. La matriz de la desigualdad social en Panamá. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46437.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f. «Red de Oportunidades (2006-)». *Programas de transferencias condicionadas*, base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. Consultada el 29 de marzo de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=25.

CSS (Caja de Seguro Social). 2022. Memoria 2022. Dirección Nacional de Planificación. https://w3.css.gob.pa/wp-content/uploads/docs/202301/MEMORIA-2022.zip.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo). 2023. Panamá en Cifras 2010-2022. https://www.inec.gob.pa/Default.aspx.

MINSA (Ministerio de Salud). s. f. Política nacional de salud y lineamientos estratégicos, 2016-2025. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf.

———. 2017. Un vistazo a las desigualdades en salud materna, infantil y del adolescente. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_de_desigualdades_panama_2017.pdf.

———. 2018. Análisis de situación de salud. Panamá 2018. Macro visión nacional de salud. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_final_2018c.pdf.

———. 2020. Análisis de situación de salud (ASIS) 2020: con énfasis en COVID-19. Dirección Nacional de Planificación en Salud. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/analisis_de_situacion_de_salud_asis_macro_nacional_2020_con_enfasis_en_COVID-19_para_la_web_final.pdf.

MINSA y OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2022. Análisis de la situación del financiamiento de salud en Panamá. https://www.paho.org/es/documentos/analisis-situacion-financiamiento-salud-panama-2021.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2017. Estudio multidimensional de Panamá. Volumen 1. Evaluación inicial. Mensajes principales. OCDE. https://www.oecd.org/development/mdcr/countries/panama/Cap1_MDCPanama_Mensajes%20principales_SP-web.pdf.

OIT. 2022. Valuación actuarial del sistema panameño de pensiones, al 31 de diciembre de 2019. https://cdn.corprensa.com/la-prensa/uploads/2022/09/19/Informe%20de%20la%20OIT.pdf.

OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f.-a. «Global Health Expenditure Database». Consultada el 13 de febrero de 2023. https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en.

———. s. f.-b. «OMS estrategia de cooperación: resumen, Panamá». https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136632/ccsbrief_pan_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2007. *Perfil de los sistemas de salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. USAID.

OPS y OMS. 2014. Estrategia de cooperación técnica OMS/OPS. Panamá 2014-2018. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7665/CCSPAN_2014-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Anexo

▶ Cuadro 8. Origen del financiamiento de los seguros de EM e IVM

Origen del financiamiento	Enfermedad y maternidad	Invalidez, vejez y muerte
Empleados: 9,75% de su sueldo	0,5%[1]	9,25%
Empleadores: 12,25% del sueldo que paguen a sus empleados	8,0%	4,25%
Trabajadores independientes: 13,5% de sus honorarios anuales considerados para su base de cotización		La totalidad
Contribución especial del empleador: 10,75% del sueldo (realizada sobre la base de cada una de las tres partidas del Decimotercer Mes)		La totalidad
Contribución especial del empleador: 7,25% del sueldo (realizada sobre la base de cada una de las tres partidas del Decimotercer Mes)		La totalidad
Cuota pagada por los pensionados por Invalidez, Vejez y Muerte e Incapacidad Parcial o Absoluta Permanente de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social: 6,75% del monto mensual de la pensión	La totalidad	
Cuota pagada por los asegurados de la Caja de Seguro Social que reciban subsidios de incapacidad temporal, de origen profesional o no, y por maternidad: 9,75% del subsidio		La totalidad
Cuota por los pensionados y jubilados del Estado y de los fondos especiales de retiro: 6,75% del monto bruto mensual de sus pensiones o jubilaciones	La totalidad	
Subsidio anual del Estado, equivalente a B/.20.500.000,0 (US$ 20,5 millones) al año, para compensar las fluctuaciones o posible disminución de la tasa de interés de las inversiones que mantenga la Caja de Seguro Social en bonos, pagarés u otros valores similares emitidos por el Estado		La totalidad
Ingresos netos de las concesiones que el Estado otorgue en materia de fibra óptica: 10%	La totalidad	
Otros	(2)	(3)

[1] para el financiamiento de las prestaciones en dinero.

[2] Herencias, legados y donaciones que sean dirigidos a este riesgo específicamente.

[3] Ingresos provenientes del Fideicomiso que establece el Estado a favor de la CSS como aporte a la sostenibilidad financiera y actuarial del Régimen de IVM; las cuotas de las personas incorporadas al régimen de seguro voluntario determinadas por reglamento la Junta Directiva; las utilidades obtenidas de la inversión de sus fondos y reservas, las cuales deberá procurarse no sean menores de seis punto cincuenta por ciento (6,50 por ciento) del monto promedio en el año del total de sus reservas; las multas y los recargos que se cobren a los contratistas que incumplan los términos pactados con la Institución en materia de contratación pública; el monto total que resulte de la ejecución de las fianzas de propuesta y de cumplimiento que sean resueltas administrativamente por la entidad a causa de incumplimientos de contratos por parte de los contratistas; el monto total que resulte de la ejecución de las fianzas de impugnación que hayan sido consignadas al solicitar la suspensión de los efectos de un acto administrativo emitido, convocado y adjudicado por la Caja de Seguro Social en materia de contratación pública, en los casos en que la decisión de la Corte Suprema de Justicia sea desfavorable al recurrente; los montos que pague el Gobierno Central como compensación a la Caja de Seguro Social por los servicios que esta preste por la retención y transferencia de los impuestos deducidos a partir de los salarios; las herencias, legados y donaciones destinadas específicamente para estos fines; pagos ingresados por cualquier otro concepto.

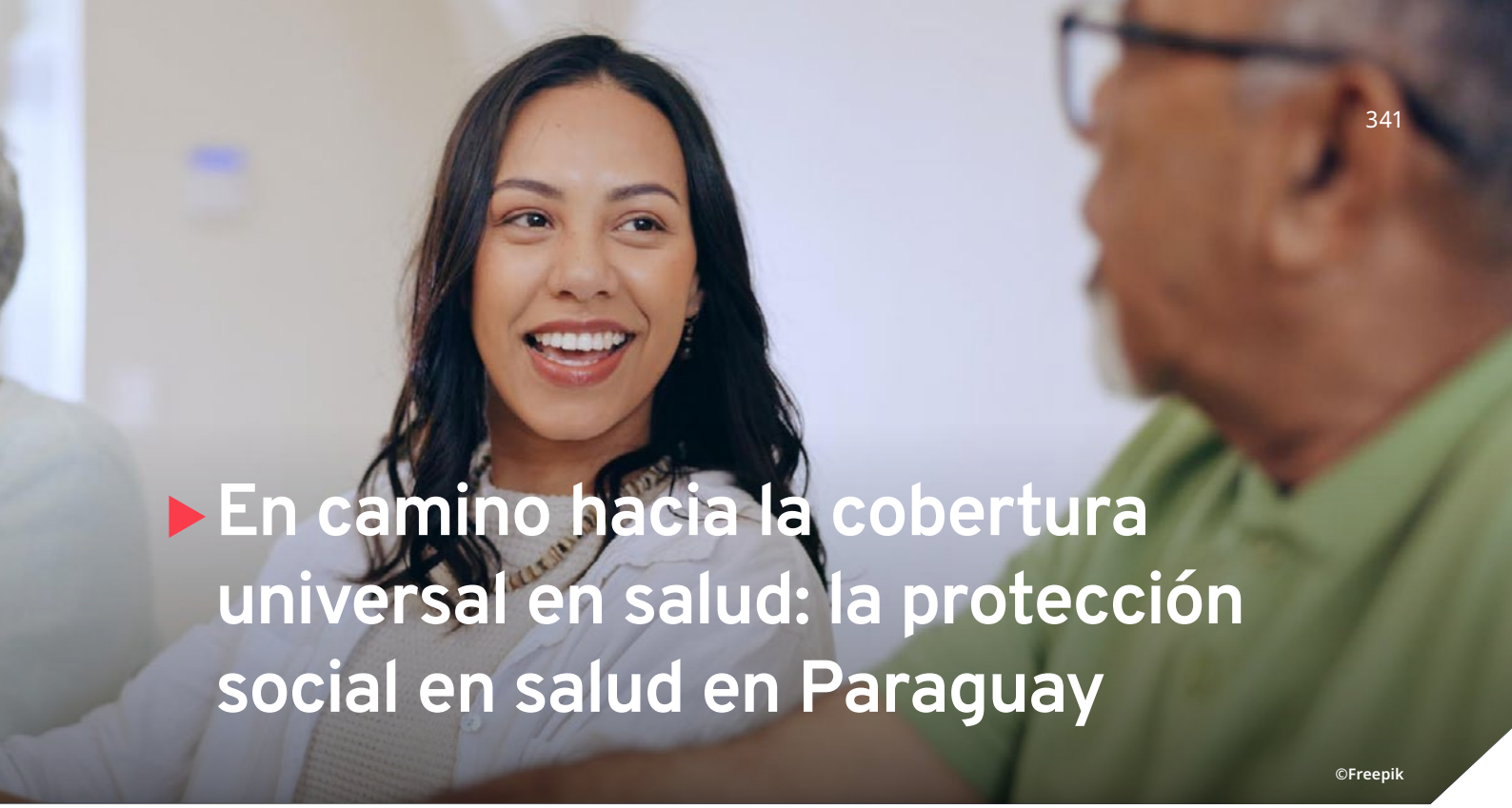
Fuente: Ley 51, MINSA y OPS (2022), OIT (2022).

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Laura Janeth de la Cruz Calderón. Con el beneficio de los aportes de Fabio Duran.

▶ Cuadro 35. gasto público social del sector público según tipo de presupuesto y sector. Años 2000 -2020 (en millones de balboas)

Descripción	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gasto público social	2 019 875	2 408 192	5 041 337	7 642 802	7 861 273	8 328 169	8 781 159	9 143 411	9 448 598
Funcionamiento	1 706 835	2 175 964	3 386 498	5 258 997	5 695 577	6 095 423	6 413 235	7 011 642	7 131 370
Inversión	313 040	232 228	1 654 839	2 383 806	2 165 696	2 232 746	2 367 924	2 131 769	2 317 228
Educación	**567 076,2**	**672 572,3**	**1 203 504,9**	**2 082 873,6**	**2 122 598,2**	**2 256 216,6**	**2 445 368,4**	**2 494 233,2**	**2 571 995,8**
Funcionamiento	480 689,0	600 237,3	888 113,7	1 433 292,3	1 571 509,7	1 653 632,9	1 733 822,4	1 970 824,2	2 061 832,7
Inversión	86 387,2	72 335,0	315 391,1	649 581,3	551 088,5	602 583,7	711 546,0	523 409,0	510 163,2
Salud	**704 796,6**	**847 667,4**	**1 515 463,3**	**2 826 725,5**	**2 768 619,8**	**2 921 356,8**	**3 199 884,8**	**3 387 238,8**	**3 305 843,0**
Funcionamiento	597 649,0	766 791,4	1 202 136,0	2 068 717,5	2 337 098,0	2 476 425,7	2 627 792,4	2 838 399,3	2 891 299,8
Inversión	107 147,6	80 876,0	313 327,3	758 008,0	431 521,8	444 931,0	572 092,4	548 839,5	414 543,1
Trabajo	**605 966,0**	**780 018,7**	**1 321 059,3**	**1 716 747,0**	**1 749 095,1**	**1 926 075,1**	**1 999 152,7**	**2 154 396,6**	**2 136 451,0**
Funcionamiento	597 565,0	776 448,7	1 249 797,2	1 698 647,2	1 724 952,2	1 897 886,8	1 972 054,5	2 132 262,2	2 117 589,9
Inversión	8 401,0	3 570,0	71 262,1	18 099,8	24 143,0	28 188,4	27 098,1	22 134,4	18 861,2
Vivienda	**47 533,0**	**28 172,8**	**107 865,1**	**222 630,0**	**412 559,3**	**473 283,6**	**474 349,4**	**332 740,1**	**298 997,8**
Funcionamiento	18 611,3	16 979,8	23 614,7	24 532,4	25 083,7	26 465,2	32 151,5	26 924,1	23 775,0
Inversión	28 921,7	11 193,0	84 250,4	198 097,5	387 475,6	446 818,4	442 197,8	305 816,0	275 222,8
Multisocial	**94 503,0**	**79 761,1**	**893 444,8**	**793 826,3**	**808 400,7**	**751 236,8**	**662 403,6**	**774 802,7**	**1 135 310,3**
Funcionamiento	12 320,2	15 507,1	22 836,7	33 807,3	36 933,9	41 012,6	47 414,1	43 232,4	36 873,1
Inversión	82 182,8	64 254,0	870 608,1	760 019,0	771 466,8	710 224,2	614 989,4	731 570,3	1 098 437,3

Fuente: OCR C/D DIPRENA, AND.



En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Paraguay

©Freepik

1. Introducción

Para 2017 el nivel de PIB *per capita* en Paraguay se ubicaba en 12 594 dólares PPP, ubicado en entre los más bajos de la región. En 2019 y 2020, en el contexto de la pandemia por Covid 19, la economía registró una caída moderada del nivel de actividad en términos reales (-0,4 por ciento y — 0,8 respectivamente). Al año siguiente se registra una recuperación de 4,1 por ciento en términos reales. Durante el periodo 2000-2021, el país aumentó su puntuación en el índice de desarrollo humano, el cual presentó un aumento de 10,5 por ciento (de una puntuación de 0,649 a 0,717) (Perfil de País - Paraguay 2022). En 2021 ocupa el puesto 105 del ranking, marcando un descenso de 2 con posiciones respecto de 2020.

En relación con la organización del sistema de salud, de acuerdo con la ley 1 032/96, el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay se constituye como un sistema donde los servicios de salud pueden ser brindados por el sector público y el sector privado. Dentro del sector público se encuentra el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los servicios de las empresas descentralizadas Itaipú y Yacyretá,[189] servicios de salud de gobiernos regionales y locales, así como el Instituto de Previsión Social (IPS), que brinda además seguros de invalidez, vejez, muerte, riesgos de trabajo y subsidios por maternidad. En el sector privado se encuentran instituciones prestadoras de salud privada, con y sin fines de lucro, que se financian con las primas de seguros privados voluntarios y con pagos de bolsillo (Casalí y Velásquez 2016) (Casalí *et al.* 2017).

[189] La Central Hidroeléctrica Yacyretá es un conjunto de obras civiles realizadas entre Argentina y Paraguay, mientras que la represa Itaipú se encuentra en la frontera entre Paraguay y Brasil. Ambas empresas son entidades binacionales descentralizadas y cuentan con seguros médicos financiados con recursos de las empresas dirigidos a los funcionarios y empleados.

2. Contexto

La búsqueda por dar atención médica a la población, ha sido enfrentada en el país a través de diversos procesos desde hace muchos años, ya en el año 1936 mediante la ley 2.002 se crea el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, que a partir de 1954 pasa a adquirir su denominación actual de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), lo cual lo constituye actualmente en el organismo encargado del ejercicio de la autoridad sanitaria, la ejecución de la política de salud y la evaluación tanto de la situación en salud como de programas de atención sanitaria.[190]

Previamente a la reforma de la Constitución de 1992 y de la sanción de la ley 1.032 de 1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, el marco para el derecho y las regulaciones sobre la salud estaban expresados en la Constitución Nacional de 1967 y en el Código Sanitario de 1980.[191] A pesar de la legislación, el desarrollo del sistema de salud paraguayo era incipiente.

La transición democrática y la nueva constitución de 1992 renovaron el tratamiento del derecho a la salud. La Constitución contempla todo lo referente al derecho a la salud, por medio de varios artículos (6, 7, 68, 69 y 70) (Guillén 2011)[192] en los que se expresa que la salud es un derecho fundamental de las personas y que es de interés de la comunidad. Por tanto, el Estado protege y promueve este derecho. Explícitamente establece que nadie será privado de la prevención y tratamiento de enfermedades, accidentes o catástrofes en un sistema de salud que integre y coordine, de forma complementaria, recursos públicos y privados, de modo que facilitará el acceso a medicamentos esenciales (Giménez Caballero 2021).

Bajo este nuevo marco constitucional se aprueba en 1996 la ley 1.032 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS)[193] vigente en la actualidad "con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos del sector salud teniendo como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase". La ley dispuso el desarrollo de la oferta de servicios de salud en los subsectores públicos, privados, mixtos, de seguros de salud y universidades, de forma coordinada. En los fundamentos de la reforma de 1996 fueron considerados los principios de equidad, igualdad, calidad, eficiencia y participación social, así como la descentralización regional de los servicios. La creación del SNS dio pauta a la redefinición de una estructura orgánica de 18 regiones sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, todas ellas autónomas y promovió la creación de los Consejos de Salud, a nivel nacional, regional y local (Casalí *et al*. 2017).

En forma paralela, el IPS fue instituido por el Decreto-Ley 17.071 de 1943[194] (modificado por Decreto-Ley 1 860 de 1950) con el propósito de proteger la salud de las personas trabajadoras asalariadas de la economía formal del país en lo que respecta a enfermedad, maternidad, invalidez y accidentes de trabajo, vejez y muerte; el cual fue incorporado al SNS.

La ley 1 032 pretendió ser un mecanismo para organizar y desarrollar una oferta de servicios basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la redefinición del hospital público, la concertación de los diferentes actores en torno a la salud y la descentralización sectorial. Sin embargo, cada subsistema fue desarrollándose conforme a sus recursos, manteniendo la fragmentación del sistema de salud, con coberturas poblacionales, de servicios y de financiamiento asimétricas y con desigual oferta en los diferentes territorios (Giménez Caballero 2021).

[190] Artículo 7, Decreto 21376/98 "por el cual se establece la nueva organización funcional del Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social".

[191] Artículo 93 de la Constitución Nacional de 1967: "Todos los habitantes tienen derecho a la protección y promoción de la salud, y están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites permitidos por el respeto a la personalidad humana. La ley dispondrá el régimen para la asistencia de los enfermos carentes de recursos y de los inválidos y ancianos indigentes. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles serán funciones principales de los organismos de salud pública."

[192] El derecho a la salud se expresa en el artículo 68 de la Constitución de Paraguay de la siguiente manera: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana".

[193] https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud.

[194] https://baselegal.com.py/docs/f33fae3d-b18e-11eb-8314-525400c761ca.

Frente a esta situación, desde 2008 el sistema de salud paraguayo ha ido incorporando cambios y reorientando el sistema, introduciendo ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia (USF) que buscan mejorar los determinantes y condicionantes vinculados con la calidad de vida y la salud (Mancuello Alum & Cabral de Bejarano 2011). A partir de 2001, el MSPBS inició un proceso progresivo de eliminación de los aranceles cobrados en los servicios de salud, con el objetivo de disminuir las barreras económicas para el acceso y se declaró la gratuidad en la realización de exámenes y análisis ginecológicos, mientras que en 2003 se eliminaron los aranceles para atención de embarazadas y consultas de niños y niñas de menores de 5 años (Gaete 2022). La Resolución 140 de 2008 del MSPBS dispuso la gratuidad universal de los internamientos hospitalarios, cirugías menores de urgencia o programadas para diferentes especialidades en hospitales y centros de salud dependientes del MSPBS, lo que implica la eliminación de los aranceles por derecho de internamiento, derecho operatorio, anestesia y otros. Ello fue ratificado por la ley 5.099 de 2013, que establece la gratuidad de aranceles en los establecimientos dependientes del MSPBS y determina también la provisión gratuita de los medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME) y otros insumos que se encuentren disponibles y que sean necesarios para la atención adecuada e integral de las personas incluidas en su red asistencial (Casalí *et al*. 2017).

Por último, debe mencionarse la creación mediante Ley 3.050 de 2006 del Sistema de Ayuda Mutual Hospitalaria (AMH) para la atención médica integral y especializada de la población indígena del Chaco, con la cual se cubre parte de los gastos hospitalarios para este grupo poblacional.

3. Diseño de sistemas de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

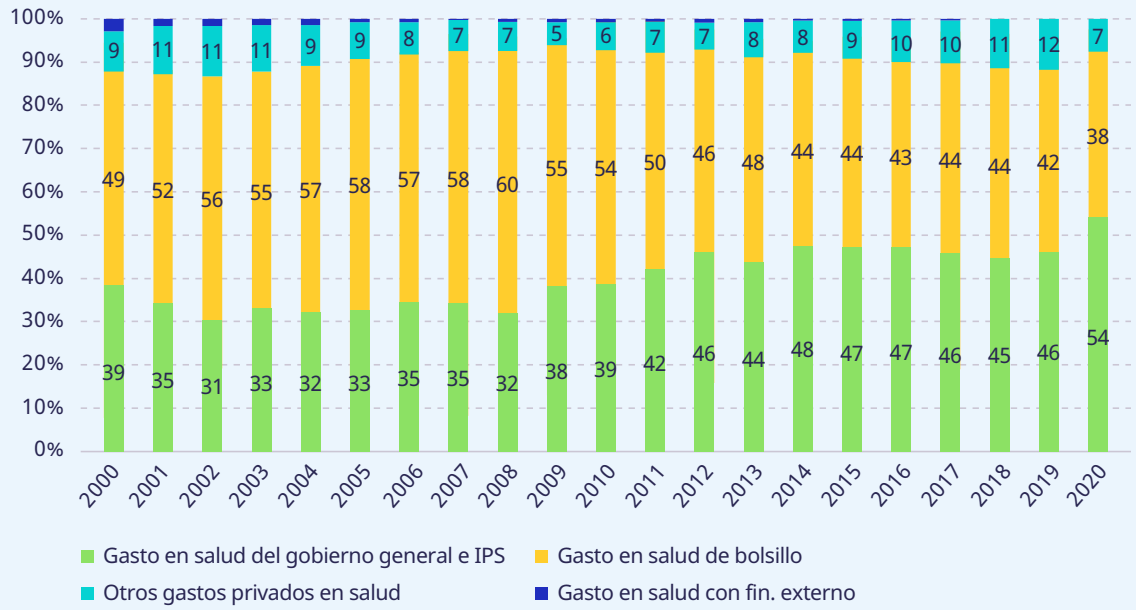
i) Distribución del gasto en salud

De acuerdo con datos de OMS para 2020, Paraguay había alcanzado un gasto en salud de 7,6 por ciento del PIB, en línea con el promedio de la región. Ello resulta de una tendencia creciente en el tiempo, al partir de un mínimo de 4,8 por ciento del PIB en 2005. No obstante, teniendo en consideración el bajo nivel de desarrollo de la economía paraguaya, medido como dólares por habitante resulta en una cifra muy inferior al resto de la región (406 dólares corrientes por habitante en 2020).

En relación con la estructura del gasto en salud, si bien la participación del gobierno e IPS resulta aún reducida, en los últimos años ha mostrado una importante expansión. En efecto, la participación del gasto del gobierno general e IPS absorbió en 2020 el 54,3 por ciento del gasto corriente en salud (4,1 por ciento del PIB).; lo cual responde a un incremento importante del presupuesto del MSPBS, sumado al incremento adicional de las partidas presupuestarias en el marco de la pandemia por COVID-19 y, en menor medida, al crecimiento del gasto en salud del Instituto de Previsión Social (IPS) (Giménez Caballero 2021).

Más allá de esta tendencia, persiste en Paraguay una elevada participación del gasto de bolsillo (38,4 por ciento del gasto corriente en salud en 2020 y 2,9 por ciento del PIB), que repercute en niveles de inequidad en el acceso a la salud (gráfico 1).

▶ Gráfico 1. Paraguay. Estructura del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento 2000-2021

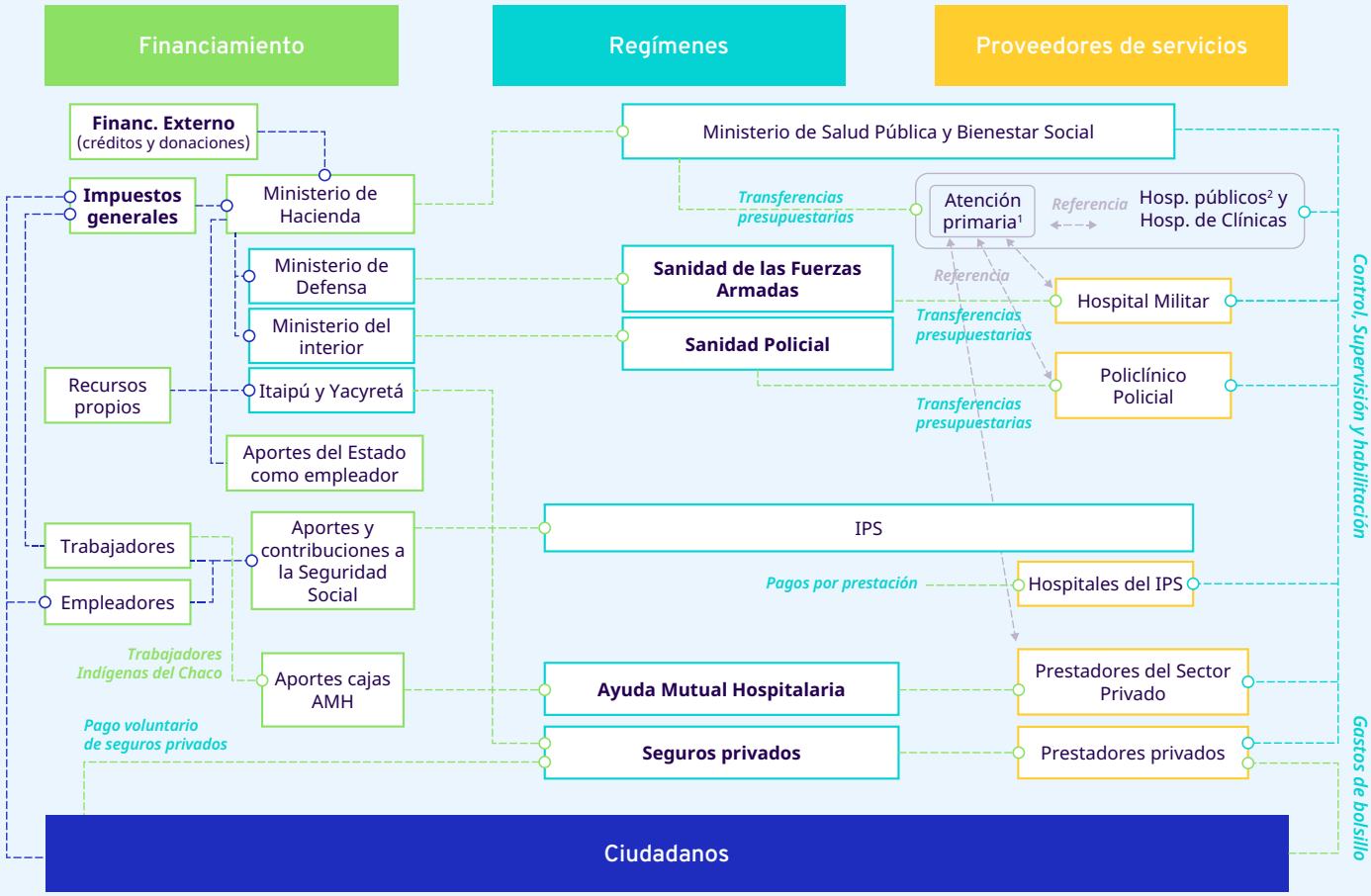


Fuente: OMS (2022).

Debe notarse que más allá de la estructura y su evolución, el financiamiento de la salud ha sido desigual entre los diferentes subsistemas. En el Plan Estratégico Institucional 2019- 2023 del MSPBS, se describe que en 2017 el gasto por persona para la población asignada al MSPBS era de USD 136 por año, mientras que para los beneficiarios del IPS era de USD 340 y para los de medicina prepaga de USD 649 (Paraguay. Plan Estratégico Institucional 2019-2023 s. f.). En consecuencia, la segmentación del sistema refleja un financiamiento desigual de las necesidades de salud dependiendo de la cobertura disponible, lo que representa una fuente importante de inequidad (diagrama 1).

ii) Flujos financieros del sistema

▶ Diagrama 1. Paraguay. Principales flujos financieros



Notas: (1) Contempla centros de salud, unidades de salud de la familia y puestos de salud y dispensarios de salud. (2) Considera hospitales regionales, distritales, hospitales generales, especializados, materno infantiles y centros de especialidades.

Fuente: Elaboración propia.

Desde el punto de vista de las funciones de financiamiento, organización y administración y la provisión de los beneficios, los subsectores del sistema de salud se encuentran fragmentados y sin coordinación entre ellos y, con excepción del subsector privado, están verticalmente integrados; es decir, tanto el MSPBS como el IPS desarrollan las tres funciones, lo que implica que no existe transferencia de recursos y pacientes en gran escala entre los subsistemas (Casalí y Velásquez 2016).

iii) Fuentes de financiamiento

El MSPBS se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, créditos externos e intenacionales y cooperación externa; carece de separación de funciones y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta última se realiza, mediante una red integrada de servicios, presentes en las 18 regiones sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción. Los servicios que dependen de esta institución pueden ser utilizados por cualquier habitante de la República en forma gratuita, independientemente de la tenencia de seguro (Resolución 140 de 2008 y ley 5 099 de 2013).

Por su parte, la sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial cubren, respectivamente, a las personas miembros de la milicia y de las fuerzas policiales en activo o retiradas y a sus familiares; además, atienden a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación por medio del Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Estas instituciones cuentan con sus propias redes de servicio (Mancuello Alum y Cabral de Bejarano 2011).

Las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá, ofrecen atención ambulatoria en sus propias instalaciones y un seguro médico privado financiado con recursos de las empresas a las personas funcionarias, exfuncionarias y familiares. También ofrecen programas de medicina preventiva y asistencia médica en forma gratuita a la población residente en de la zona donde operan.

El IPS da cobertura a las personas trabajadoras asalariadas, al personal del servicio doméstico, a maestros y maestras; así como a catedráticas y catedráticos del sector privado y los que dependan del Ministerio de Educación. De forma facultativa incluye a las personas trabajadoras independientes (IPS 2013). Por su parte, la Carta Orgánica del IPS exceptúa de la cobertura a las personas funcionarias y empleadas de la Administración Central, las personas miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales y las personas empleadas de los bancos privados y oficiales.

Como regla general, el Instituto de Previsión Social (IPS) financia sus prestaciones por medio de cotizaciones a cargo de los trabajadores (9 por ciento del salario), de los empleadores (14 por ciento sobre el salario de sus empleados) y del Estado (1,5 por ciento). Los recursos recaudados se distribuyen entre los siguientes fondos: el Fondo de Jubilaciones y Pensiones, el Fondo de Enfermedad y Maternidad, el Fondo de Administración General y el Fondo de Imprevistos. Además del régimen general, existen otros regímenes con distintas reglas de aportación y aplicación de los recursos (cuadro 1).

▶ Cuadro 1. Paraguay. Fuentes de financiamiento y aplicación de los recursos del IPS

Régimen	Base	por ciento contribución				por ciento aplicación de los recursos				
		Empleado	Empleador	Estado	Total	FJP	FEM	FAG	FI	Total
Régimen general (trabajador activo)	Salarios	9,00	14,00	1,50	24,50	12,50	9,00	1,50	1,50	24,50
Otros regímenes										
Jubilados y Pensionados del IPS	Haber jubilatorio	6,00	-	-	6,00	-	6,00	-	-	6,00
Tranajadores ANDE	Salarios	6,00	12,00	1,50	19,50	7,50	9,00	1,50	1,50	19,50
Magisterio Público	Salarios	5,50	2,50	1,50	9,50	-	8,00	-	1,50	9,50
Personal doméstico	Salarios	9,00	14,00	1,50	24,50	12,50	9,00	1,50	1,50	24,50
Trabajador independiente	Ingresos	13,00	-	-	13,00	12,50	-	0,50	-	13,00
Magisterio privado	Salarios	9,00	14,00	1,50	24,50	12,50	9,00	1,50	1,50	24,50
Trabajador continuidad en el seguro	Salarios	12,50	-		12,50	12,50	-	-	-	12,50
Reconocimiento de servicios anteriores	Salarios	5,50	-		5,00	5,00	-	-	-	5,00

Notas: FJP: Fondo de Jubilaciones y Pensiones; FEM: Fondo de Enfermedad Maternidad; FAG: Fondo de Administración General; FI: Fondo de Imprevistos.

Fuente: (Casalí *et al.* 2017).

Por su parte, el Sistema de Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH) brinda servicios de salud a la población indígena del Chaco en su propia comunidad y en puestos de salud en los centros urbanos. Su financiamiento proviene de los aportes realizados a las Cajas en forma solidaria entre los sectores cotizantes. El empleador aporta el 10 por ciento del sueldo bruto y el empleado el 5 por ciento. En el caso de las personas agricultoras indígenas no empleadas el aporte es del 5 por ciento de sus ingresos brutos provenientes de la agricultura y la ganadería, mientras que las personas productoras de manualidades y artesanías indígenas aportan el 5 por ciento de los ingresos percibidos.

El sector privado se financia a través de los pagos de bolsillo de los usuarios y cotizaciones de los afiliados a los esquemas de medicina prepaga.

3.2. Gobernanza

La función de rectoría es ejercida por el MSPBS y por órganos descentralizados. El MSPBS asume la responsabilidad de definir las políticas sanitarias, planes estratégicos, objetivos, metas y actividades, al promover la armonización y complementación entre los subsistemas, caracterizados por diferentes modalidades de financiamiento, población objetivo, condiciones de empleo, posición social y capacidad de pago (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2019b).

La Superintendencia de Salud es la autoridad responsable del control de las entidades proveedoras de servicios de salud (EPSS) del país y tiene como función principal –entre otras– la acreditación y categorización de las entidades prestadoras de servicios de salud privadas, la fiscalización del cumplimiento de las leyes y reglamentos sanitarios, así como la referencia de normas a las que deberán ajustarse la entidades prestadoras de servicios de salud prepaga (Casalí y Velásquez 2016). Las funciones específicas de la Superintendencia de Salud fueron reguladas por la ley 2319/2006; es decir, diez años después de su creación (ley 1032/96). Esta ley determina que le corresponde a la Superintendencia de Salud la tarea de registrar, categorizar, acreditar y auditar a las entidades prestadoras de servicios públicos de salud, privados y mixtos, con especial atención a la medicina prepaga. Si bien cuenta con autonomía de gestión técnica, depende administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Finalmente, en materia de coordinación del sistema, es el Consejo Nacional de Salud[195] el encargado de la articulación entre los sectores públicos y privados, que establece la descentralización administrativa del sistema de salud y crea los Consejos Locales de Salud[196] para mejorar la equidad de acceso entre las diferentes zonas geográficas (Casalí y Velásquez 2016). Los Consejos Regionales y Locales de Salud constituyen un espacio para el involucramiento de los gobiernos municipales y departamentales en la gestión administrativa territorial de salud, como parte de un proceso más amplio de descentralización y participación local.

El IPS, administra directamente la mayor parte del sistema de seguridad social, tanto por la variedad de los riesgos asumidos como por la población protegida. Se trata de un ente autárquico, su dirección y administración está a cargo de un Consejo de Administración supervisado por el Estado e integrado por un presidente y cinco personas consejeras titulares en representación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, MSPBS, el sector empleador, el sector los trabajador; así como la asociación de pensionados y jubilados del IPS (Casalí *et al*. 2017).

Al tener en cuenta la realidad y especificidad de los pueblos indígenas (sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales), la AMH funciona en forma descentralizada con la habilitación de Cajas AMH por grupos, etnias u otra clase de organización. Además, las cajas se organizan en Grupos de Caja, término que conglomera a las cajas con el mismo grupo de beneficiarios, ya sean las comunidades rurales o las comunidades urbanas o barrios obreros. Mediante el Decreto reglamentario fueron designados la Asociación de Servicios de Cooperación Indígena Menonita (ASCIM), la Colonia Menno, la Colonia Neuland

[195] Integrado por una presidencia (representante del MSPBS), una vicepresidencia y tres puestos vocales.

[196] Pueden participar de los Consejos Locales de Salud todas las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que presten servicios o realicen actividades relacionadas con la salud (cooperativas, comisiones vecinales, gremios de salud, clubes deportivos, entre otras), autoridades del gobierno local, sanatorios privados, laboratorios, farmacias y otros. Según el Artículo 24 de la ley 1.032 de 1996 "El Consejo Local de Salud está constituido por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. El Consejo se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria las veces que sean necesarias".

y la Colonia Fernheim como grupos de la AMH. Para el control de la administración y la gestión de la AMH, se estableció una Unidad Técnica y Administrativa (UTA), encargada de controlar la administración de las cajas y establecer dentro del marco legal un delineamiento que asegure su sostenibilidad.

Con el propósito de disminuir la fragmentación entre las dependencias del MSPBS y para mitigar los efectos de la segmentación pública y privada, los planes de gestión vigentes apuntan al desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS) mediante el desarrollo de ciertos atributos que permitan una coordinación y articulación bajo una gobernanza única. Para tal fin la Resolución 423 de 2019 aprueba el manual de organización de los servicios en el marco de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

Todos los habitantes de Paraguay, con independencia de que cuenten con alguna cobertura del IPS o seguros privados voluntarios, pueden acceder en forma gratuita a las prestaciones provistas por el MSPBS.[197] El personal militar, el personal policial activo y retirado y así como sus grupos familiares tienen cobertura provista por Sanidad Militar y Sanidad Policial según el caso. Mientras que las personas funcionarias, exfuncionarias (y sus grupos familiares) que se desempeñan (o desempeñaron) en las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá cuentan con cobertura de un seguro médico privado.

De tal manera que son sujetos del Seguro Social del IPS las personas trabajadoras asalariadas que se desempeñan en el mercado de trabajo formal y que prestan servicios o ejecutan una obra en virtud de un contrato de trabajo; el personal de los entes descentralizados del Estado o empresas mixtas; los maestros, las maestras, las catedráticas y los catedráticos de enseñanza privada formal y quienes dependan del Ministerio de Educación y Cultura de los niveles inicial, escolar básica, media, profesional y superior universitaria; y el personal del servicio doméstico. Asimismo, pueden acceder a este seguro de manera voluntaria las personas trabajadoras independientes y aquellas personas afectadas a regímenes especiales (Art 2, ley 1860/1950).[198]

En el caso de la AMH, "Pueden ser asegurados de la Caja Mutual todos los habitantes indígenas que residen en los barrios obreros y los asentamientos agrícolas del Chaco" ley 3.050 artículo 7). El registro de las personas aseguradas es llevado a cabo por cada Caja mediante la expedición anual de una "Libreta del Sistema de Ayuda Mutual Hospitalaria", que especifica los datos personales y familiares de la persona asegurada. Esta libreta registra los aportes realizados y tiene que presentarse a la hora de requerir un servicio médico.

De manera adicional, la población puede optar por financiar una cobertura privada voluntaria en empresas de medicina prepaga, la cual es de carácter duplicativo.

3.4. Beneficios

El MSPBS es el encargado de definir y aprobar el Manual de Organización de los Servicios que detalla el conjunto de servicios que provee el MSPBS con el objetivo general de incrementar el acceso, la cobertura universal y la calidad de atención de la salud para todos los habitantes. Para ello, las prestaciones brindadas a la población se estructuran en función de una cartera de servicios disponibles y organizada en red. Existe también una Guía de Cartera de Servicios por curso de vida y líneas de cuidado, dirigida a toda la población (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2019a). No existen copagos ni carencias para acceder a estas prestaciones.

Paraguay cuenta con un Listado de Medicamentos Esenciales basado en el perfil epidemiológico del país y protocolos de tratamiento que busca asegurar la disponibilidad de los medicamentos que se requieren en los servicios de salud públicos del país y que contribuyen a resolver los principales problemas de salud

[197] La ley 1.032 de 1996, artículo 3 establece "El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo."

[198] Los regímenes especiales son los siguientes: jubilados y pensionados, trabajadores Administración Nacional de Energías (ANDE), magisterio público, personal doméstico, trabajadores independientes, magisterio privado, trabajador con continuidad en el seguro y reconocimiento por servicios anteriores.

de la población paraguaya (Resolución 1 499 de 2011).

Por su parte, el IPS dispone de un paquete definido de manera explícita de prestaciones cubiertas, las cuales están establecidas en diversas normativas. Dentro de la cobertura a la que pueden acceder las personas afiliadas se encuentran los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte. La atención del riesgo de las enfermedades comprende atención médica, quirúrgica y dental, medicamentos, hospitalización, prótesis, aparatos de ortopedia y un subsidio en dinero para las personas aseguradas activas sometidas a tratamientos médicos con reposo por enfermedad (Mancuello Alum y Cabral de Bejarano 2011) (Casalí *et al.* 2017)). Las prestaciones médicas por maternidad incluyen (adicionalmente) una prestación económica de reposo por maternidad y la provisión de leche para el hijo o la hija en caso de no poder amamantar por incapacidad constatada por la autoridad médica. Existe un listado de medicamentos contenidos en un vademécum institucional y prestaciones por especialidades explicitadas. No obstante, debe notarse que — si bien el IPS es el seguro que mayor cobertura brinda a sus asegurados (tanto por la variedad de riesgos asumidos como por la población protegida) — no todos cuentan con los mismos beneficios (Giménez 2012). No existen copagos, pero sí periodos de carencia (entre 6 y 36 meses de aportes consecutivos) para acceder a un grupo de prestaciones.[199] En el caso de las prestaciones por maternidad no se necesita tener acumulada ninguna antigüedad.[200]

En el escenario de la AMH, las cajas prestan los siguientes servicios y beneficios a sus asegurados: atención médica integral, prevención, capacitación y especialización para las personas indígenas y sus familias. En caso de que sea necesario las cajas realizan las gestiones requeridas para la derivación a centros médicos estatales y privados con mejor infraestructura o especializados de la región, de acuerdo con la gravedad de los casos. Se excluyen expresamente (artículo 16 de la ley 3 050 de 2006) las siguientes prestaciones: jubilaciones y pensiones, indemnizaciones en casos de accidente, medicamentos no recetados por el un profesional en medicina o para la planificación familiar, anteojos, odontología, gastos funerarios y de sepelio y los tratamientos como consecuencia del consumo de alcohol, drogas o prostitución, así como las lesiones corporales causadas por violencia.

De manera adicional, debe mencionarse que el sistema de protección social en Paraguay contempla algunos programas de protección social de ingresos que incorporan corresponsabilidades en salud. En este sentido, pueden mencionarse el Programa Abrazo y el Programa Tekoporá. Abrazo es un programa administrado por el Ministerio de la Niñez y la Adolescencia y está destinado a la prevención, intervención y protección de niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil peligroso; contempla transferencias monetarias con corresponsabilidades, así como otras iniciativas con los niños y sus familias, a través de actividades de capacitación y promoción social. Las corresponsabilidades se vinculan con la salud (que los niños y las niñas cuenten con los indicadores de salud cumplidos), educación (matrícula en el sistema escolar formal entre el 1º a 6º grado, con un 75 por ciento de asistencia escolar por mes y promoción al siguiente grado) y trabajo infantil (mantener a las niñas y a los niños alejados de actividades económicas). El programa incluye 5 componentes: bono solidario fijo, centro abierto, prestaciones de salud, ayuda alimentaria y un microseguro social que brinda protección financiera en caso de fallecimiento o invalidez total o permanente de algún miembro del hogar[201]. Por su parte, Tekoporá es un programa de transferencias con corresponsabilidades del Ministerio de Desarrollo Social, dirigido a hogares en situación de pobreza, personas con discapacidad severa en situación de pobreza o vulnerabilidad y comunidades indígenas. Incluye corresponsabilidades en salud y educación; contempla 6 componentes: soporte alimentario, apoyo para educación y salud, apoyo a las personas adultas mayores, apoyo a personas con discapacidad severa, apoyo a familias indígenas; así como acompañamiento sociofamiliar y comunitario.[202] Según datos de CEPAL la cobertura efectiva del Programa Abrazo alcanzaba al 0,14 por ciento de la población en 2020 (último dato disponible), mientras que en el caso del Tekoporá ascendía a 12,7 por ciento (CEPAL, s. f.).

---

[199] https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/contenido.php?c=135.

[200] Respecto a la hija menor de edad la persona asegurada titular que queda embarazada, esta deja de tener la condición de asegurada familiar hija menor de edad; consecuentemente, pierde la cobertura, porque la ley expresa que el riesgo de maternidad cubre solamente a la asegurada titular que está al día en el pago de sus aportes y a la cónyuge o concubina del titular. Como la hija menor embarazada no está comprendida en ninguna de estas categorías, ya no le alcanza la cobertura en este riesgo.

[201] http://www.minna.gov.py/pagina/229-abrazo.html.

[202] https://www.mds.gov.py/index.php/programas/tekopora.

3.5. Provisión de servicios

El MSPBS en conjunto con el IPS, constituyen las dos instituciones más importantes para la atención de la salud a la población, al cubrir al 92 por ciento (cobertura legal año 2019). Ambas cuentan con su propia red de establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional, aunque la atención primaria se concentra mayormente en la red del MSPBS Ministerio de Salud y Bienestar Social, 2015; (Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social 2014).

La red asistencial del MSPBS cuenta con hospitales regionales, distritales, hospitales generales, especializados, materno infantiles, centros de especialidades, centros de salud, unidades de salud de la familia, puestos de salud y dispensarios de salud. En tanto que el IPS cuenta con establecimientos propios y algunos bajo convenio de diferente complejidad: hospitales especializados, hospitales generales, unidades sanitarias, clínicas periféricas, centros de especialidades y puestos sanitarios.

Las sanidades militar y policial cuentan con el Hospital Militar, Policlínico Policial y consultorios externos ubicados en la capital del país. Mientras que AMH brinda servicios en puestos y servicios de salud comunitarios ubicados en el área de las comunidades indígenas.

Por su parte, el sector privado cuenta con hospitales y sanatorios en áreas urbanas de las principales ciudades del país.

El modelo de atención busca operar a partir de Redes integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) aplicadas a todos los establecimientos integrantes el SNS (Públicos, Privados y Mixtos), distribuidos en el primero, segundo, tercero y cuarto nivel de atención conforme resolución 423 de 2019 del MSPBS. Esta red tiene como puerta de entrada las Unidades de Salud de la Familia (USF); las cuales brindan servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente a un territorio asignado (entre 2 800 a 4 000 habitantes) en consideración con especificidades para comunidades rurales y pueblos indígenas, de modo que se pueda asegurar la derivación para la atención especializada según el nivel de complejidad (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2019b). La gestión de los servicios de salud en redes apunta a integrar mecanismos de coordinación y funciones estandarizadas, desde el primer nivel USF hasta el cuarto nivel u hospitales.

Cada establecimiento que integra la RIISS cuenta con la definición de una cartera de servicios de salud por niveles de atención y complejidad bajo su responsabilidad. El sistema se estructura a partir de microrredes de salud organizadas por distritos o varios distritos (microrredes locales, distritales e interdistritales), que se articulan con otros distritos, para conformar las redes regionales (de cobertura departamental) y la articulación de redes regionales configura la Red Nacional (Bascolo *et al*. mimeo).

▶ 4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

En 2019, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), apenas el 19,7 por ciento de la población total contaba con cobertura de salud del IPS, el 8,3 por ciento estaba cubierto por otro tipo de seguro de salud,[203] en tanto el 71,9 por ciento restante no informó ningún tipo de cobertura y, en consecuencia, se presume que tampoco tuvo atención en instalaciones de la red del MSPBS. Por su parte, la Superintendencia de Salud informa, para 2020, una población asegurada en el sector privado de 964 862 (14,4 por ciento).

Los datos muestran coberturas diferentes entre las zonas rurales y urbanas. Para 2019, en las zonas urbanas se observa una mayor presencia del IPS (24,8 por ciento) y de otros tipos de seguros (11,2 por ciento); mientras que la población que no informa ninguna cobertura se reduce a 63,9 por ciento. En tanto,

[203] De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas incluye: Seguro individual, laboral, familiar, militar, policial y otro.

en zonas rurales, desciende considerablemente la cobertura del IPS (11,3 por ciento) y disminuye la proporcionada por otros seguros (3,5 por ciento). La población rural depende en mayor medida de la red del MSPBS (85,3 por ciento). Así, la cobertura relativa en zonas urbanas sobrepasa el doble de la registrada en zonas rurales en el caso del IPS y supera en 3,2 veces en el caso de los otros seguros. Debe destacarse que las comunidades indígenas de zonas rurales del Chaco Paraguayo cuentan con la cobertura del seguro que brinda la AMH.

Si bien ha habido avances con respecto de la cobertura de seguros de salud, todavía subsisten importantes brechas y desigualdades. El porcentaje de población con cobertura de seguros es bajo, con divergencias importantes entre los sectores urbano y rural, y con grandes disparidades entre regiones (Casalí *et al.* 2017) .

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Paraguay en 2019 se ubica en 0,61, por debajo del promedio de la región de las Américas (0,77) y similar el grupo de países con ingresos bajos y medios (0,58). Los mejores resultados se presentan en los subindicadores de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil (83) y de cobertura de enfermedades infecciosas (75). Ello refleja la prioridad asignada a la salud materna e infantil y la relevancia que aún detentan las enfermedades transmisibles en el perfil epidemiológico y demográfico del país. Paraguay cuenta con una población total de 6,7 millones de habitantes en 2021, con 69,2 por ciento de población urbana y apenas 6,2 por ciento de población mayor a 65 años.

Entre 2000 y 2020, la mortalidad infantil en Paraguay se redujo significativamente, al pasar de 27,6 a 12,2 por 1 000 nacidos vivos, lo cual implica una disminución de 55,8 por ciento. Esta tendencia se vio acompañada por una merma de la razón de mortalidad materna de cuantía similar (51,8 por ciento) para el mismo periodo; no obstante, aún se ubica en niveles elevados de 78,9 cada 100 000 nacidos vivos en 2020. También se observa un incremento del porcentaje de partos que fueron atendidos por personal especializado, que alcanzó el 98,1 por ciento en 2020 (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2022). Sin embargo, debe notarse que la cobertura efectiva de la protección social en la niñez, según datos de OIT, se ubica en 18,6 por ciento; mientras que la cobertura en maternidad alcanza solo el 8,2 por ciento (OIT 2023). Además, es importante resaltar que en Paraguay, el 16,2 por ciento de población con discapacidad tiene cobertura efectiva de la protección social para discapacidad (OIT 2023). Lo que da cuenta de un bajo nivel de protección social de ingresos en este grupo poblacional con necesidades importantes en servicios de salud.

Esta situación se ha visto acompañada de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. En 2019, la distribución porcentual de las causas de muerte fue de 74,9 por ciento para las enfermedades no transmisibles, 14,0 por ciento para las transmisibles y 11,1 por ciento para las causas externas (Perfil de País - Paraguay 2022). Asimismo, debe notarse que, si bien las principales causas de muerte corresponden con enfermedades no transmisibles, aún persiste en el país una alta prevalencia de enfermedades transmisibles, como el dengue y chikunguña. Paraguay ha registrado epidemias graves de dengue en los años 2011 y 2012, igualmente sucedió a finales de 2019, lo que da cuenta de que la transición epidemiológica del país mantiene un peso relevante de enfermedades transmitidas por vectores (Casalí *et al*. 2017).

La mejora en los indicadores presentados se relaciona con los grandes avances en cuanto a vacunación, acceso a saneamiento básico, agua potable, acceso progresivo a servicios de salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud a través de las USF (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social s. f.). Si bien, existe una Guía de Cartera de Servicios por curso de vida y líneas de cuidado del MSPBS, la oferta de servicios de salud en la práctica está definida mediante criterios de priorización implícita. Es decir, no se especifica exactamente aquellas prestaciones a las que la población tiene derecho, tampoco aquello que no está cubierto. El principal mecanismo de priorización lo constituye el presupuesto anual, que contiene las asignaciones para proveer servicios por nivel de atención y por programas de salud. Además, si bien el MSPBS cuenta con un Listado de Medicamentos Esenciales, en la práctica se utiliza como un marco de selección para las compras públicas y no como garantías de provisión (Giménez Caballero 2021).

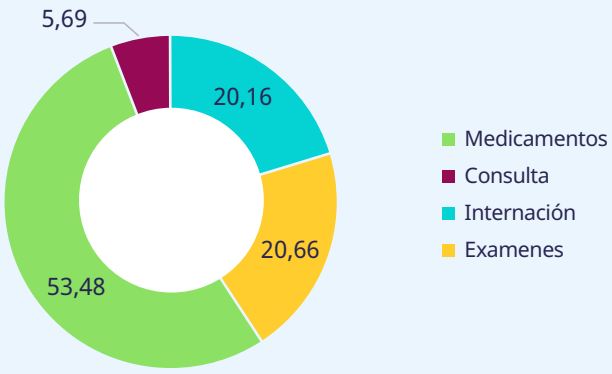
En relación con la utilización de los servicios, de acuerdo con la información de la Encuesta Permanente de Hogares, en 2019 el 27,4 por ciento de la población que se encontraba enferma o accidentada no acudió a realizar una consulta a un centro médico. Esta proporción ha venido disminuyendo en el tiempo, transitando desde un valor de 43,5 por ciento en 2003 y 2004. Según datos de 2016, entre las razones de no consulta de la población, la principal corresponde a automedicación con el 75,42 por ciento del total. Mientras que las razones económicas (las consultas son caras) y geográficas (no hay atención cercana) comprenden el 1,4 por ciento y 1,2 por ciento respectivamente del total de no consultas. En el primer caso ello se refleja el impacto de las políticas de gratuidad de las prestaciones médicas impulsadas por el MSPBS para reducir esta barrera de acceso a los servicios de salud, partiendo de un máximo de 20 por ciento en 2005 (Casalí y Velásquez 2016).

4.3. Protección financiera

Los niveles de gasto de bolsillo en Paraguay adquieren una magnitud significativa, esto a pesar de la existencia de un sistema público de cobertura gratuita para toda la población. En 2020 absorbieron el 38 por ciento del gasto corriente en salud y representaron el 3 por ciento del PIB. En 2005 la participación en el gasto corriente en salud fue del 58 por ciento, cifra ha ido cayendo en virtud del incremento del gasto público; sin embargo, como proporción del PIB se ha mantenido en el mismo nivel desde el año 2000 (OMS 2022). Ello da cuenta de un reducido nivel de protección financiera provisto por el sistema público, especialmente para el caso de la población vulnerable. En efecto el porcentaje de población con gastos sanitarios por hogar superiores al 10 por ciento de los ingresos de los hogares (ODS 3.8.2) de Paraguay en 2014 (último dato disponible) se ubica en 7,1 por ciento, mostrando un incremento de 0,22 puntos porcentuales con relación con el 2013.

En particular, según datos de las EPH el mayor componente del gasto de bolsillo en salud en Paraguay es la compra de medicamentos, que absorbe el 53,48 por ciento del total (Giménez Caballero, 2021). Según este autor, la práctica resulta común en el sistema de salud paraguayo, pues su disponibilidad es intermitente en el sector público e insuficiente; mientras que, en el sector privado, por lo general, los medicamentos no están cubiertos (gráfico 2).

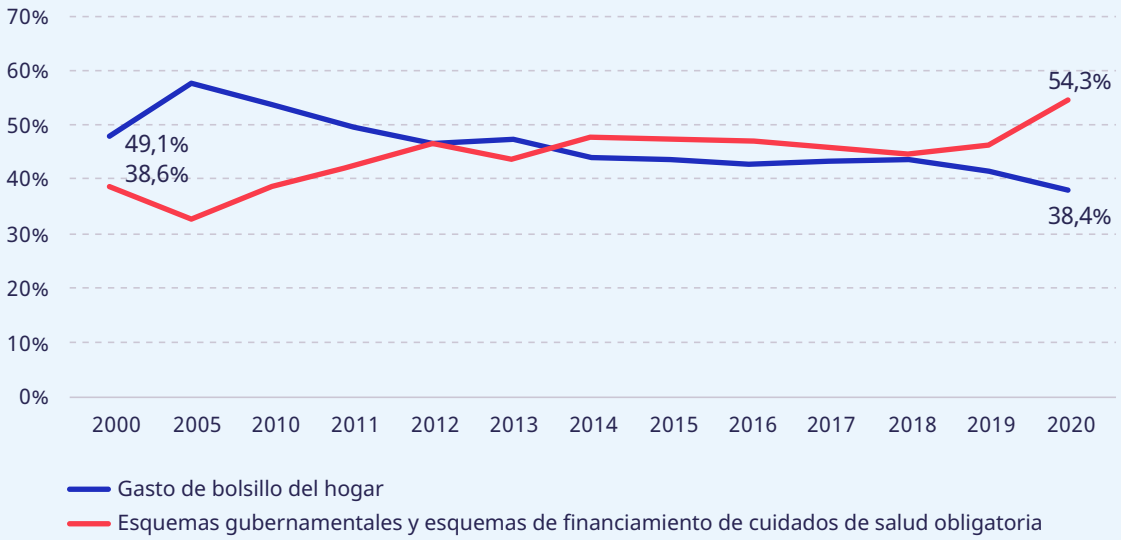
▶ **Gráfico 2. Paraguay. Componentes del gasto de bolsillo en salud 2013**



Fuente: Giménez Caballero (2021).

La ocurrencia y composición del gasto de bolsillo presenta variaciones según las características de la población. Por ejemplo, la participación de la compra de medicamentos es mayor para los pobres y pobres extremos, pero el gasto por internamiento se reduce (Giménez Caballero 2021). Por su parte, el mayor gasto del quinto quintil de la distribución del ingreso, el que cuenta con más recursos económicos, es el internamiento; lo cual manifiesta una preferencia de los quintiles más altos de la distribución por el internamiento en establecimientos privados pagos, pero también da cuenta de las inequidades en el acceso a la salud (y los medicamentos) que persisten el país y representan una limitación para lograr la cobertura y el acceso universal, especialmente en los hogares más desprotegidos (gráfico 3).

Gráfico 3. Paraguay. Esquemas de financiamiento público incluyendo seguridad social y gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto corriente en salud. 2000-2020



Fuente: Giménez Caballero (2021).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

El MSPBS y el IPS cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad distribuidos por el territorio nacional, aunque la atención primaria se concentra en la red del MSPBS. Entre ambas instituciones se disponía en 2020 de 8 748 camas[204] (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2022), lo que equivale a una tasa de 1,2 camas por cada 1 000 habitantes, nivel inferior al promedio regional de dos camas por 1 000 habitantes.

En 2020 la red asistencial del MSPBS contaba con 1 415 establecimientos de salud: 16 hospitales regionales, 40 hospitales distritales, 2 hospitales generales, 19 hospitales especializados, 11 hospitales materno infantiles, 17 centros de especialidades, 91 centros de salud, 827 Unidades de salud de la familia y 370 puestos de salud y dispensarios de salud. La distribución de estos resulta desigual entre regiones, como se desprende del cuadro 2, por lo que existen regiones (como Boquerón, Presidente Hayes y Alto Paraguay) con escasa infraestructura hospitalaria (cuadro 1).

La oferta de servicios en el MSPBS ha mejorado a partir de un incremento progresivo del presupuesto público asignado durante las últimas dos décadas. El incremento presupuestario ha servido, principalmente, para invertir en más infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de más personal, así como nuevas USF. A pesar de estas mejoras, la oferta de servicios resulta aún insuficiente y asimétrica. Por ejemplo, en 2020, la red del MSPBS contaba con 0,9 camas de hospitales por 1 000 habitantes, pero en Asunción esta tasa era 2,6; mientras que en Alto Paraná era de apenas 0,5. Estas disparidades se observan también en la disponibilidad de personal, que para Asunción era de 69 profesionales en salud por 10 000 habitantes; mientras que en Alto Paraná alcanzaba apenas 8 profesionales por 10 000 habitantes, siendo el promedio país de 56 (Giménez Caballero 2021).

[204] Incluye al Hospital Central de las FFAA, Hospital de Policía y Hospital de Clínicas.

▶ Cuadro 1. Paraguay. Distribución de establecimientos de salud del MSPBS según regiones sanitarias, 2020

Región sanitaria	Total	Hospitales Regionales	Centro de Salud	Puestos de Salud	Hospitales Distritales	Hospitales Especializados	Centros Especializados	Dispensarios	Unidad de Salud Familiar	Hospital Materno Infantil	Hospital General	hospital General
Total País	**1.415**	**16**	**91**	**370**	**40**	**19**	**17**	**21**	**827**	**11**	**1**	**2**
Asunción	75	-	10	9	-	11	6	1	33	3	1	1
Concepción	80	1	4	13	1	-	-	9	51	1	-	-
San Pedro	136	1	5	56	2	1	-	-	71	-	-	-
Cordillera	71	1	10	12	3	1	-	-	44	-	-	-
Guairá	87	1	8	19	1	-	2	-	56	-	-	-
Caaguazú	87	1	6	29	4	-	-	1	46	-	-	-
Caazapá	69	1	7	10	2	-	-	-	49	-	-	-
TItapúa	110	1	7	34	5	2	-	-	60	1	-	-
Misiones	41	1	1	1	2	-	-	-	36	-	-	-
Paraguarí	89	1	9	27	4	-	1	-	47	-	-	-
Alto Paraná	126	1	7	27	4	-	1	1	85	-	-	-
Central	164	-	8	16	7	4	7	-	116	5	-	1
Ñeembucú	74	1	-	47	1	-	-	-	25	-	-	-
Amambay	25	1	-	1	2	-	-	-	21	-	-	-
Canindeyú	87	1	2	32	1	-	-	2	49	-	-	-
Pdte. Hayes	41	1	3	18	1	-	-	-	18	-	-	-
Boquerón	28	1	1	10	-	-	-	3	12	1	-	-
Alto Paraguay	25	1	3	9	-	-	-	4	8	-	-	-

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas del Paraguay, 2022).

Las sanidades militar y policial cuentan con el Hospital Militar, Policlínico Policial y consultorios externos ubicados en la capital del país.

Por su parte, en el caso del IPS, la red de atención dispone de 127 establecimientos de salud (propios y en convenio): 3 hospitales especializados, 10 hospitales regionales, 29 unidades sanitarias, 10 hospitales de primer nivel de atención, 6 clínicas periféricas, 4 centros de especialidades y 65 puestos sanitarios de los cuales 37 corresponden a convenios con la red del MSPBS (IPS Paraguay 2021).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

Existen dos instancias estatales relacionadas con las funciones de regulación y control (Jiménez 2013). Por un lado, el MSPBS –por medio de sus distintas dependencias– supervisa la habilitación de todo tipo de establecimientos relacionados con el ámbito de la salud, la habilitación de los laboratorios de análisis clínicos, el otorgamiento de licencias para la utilización de equipamiento y prácticas radiológicas, el control de los equipamientos e insumos propios para la salud bucodental y la regulación de los precios de los medicamentos y control del correcto funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos. Por otro lado, la Superintendencia de Salud (SS) se encarga de verificar que las entidades prestadoras de servicios de salud estén debidamente registradas y habilitadas por el MSPBS y que otorguen adecuadamente los servicios de salud y de atención sanitaria, establecer vigilancias preventivas y sistemáticas para verificar las condiciones en que las EPSS gestionan sus prestaciones y velar por el cumplimiento de las diversas normas jurídicas y técnicas de los servicios de salud (Casalí *et al*. 2017).

En relación con la calidad prestacional, el mismo MSPBS reconoce que "a la luz del análisis de indicadores y la percepción de los prestadores, es posible deducir que, a pesar de los esfuerzos desplegados por el MSPBS y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad de atención es deficiente" (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, s. f.). Por tal motivo, se definió la Política Nacional de Calidad de la Salud 2017-2030 (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social s. f.) y se creó la Unidad de Calidad, con el fin de consolidar la construcción de una cultura de calidad en la salud pública del país (Resolución SG 89/2016).

Por su parte, los resultados de una evaluación de satisfacción de los usuarios de USF de Paraguay en 2020 realizada en seis USF del sector público del Departamento Central, mediante un cuestionario que busca evaluar los cuidados ofrecidos por el profesional, el tiempo dedicado a la consulta y la profundidad de la relación con el profesional reflejan que la satisfacción con la atención de la salud alcanzó al 49 por ciento de los casos (Real Delor *et al*. 2021) . Los autores consideran que la falta de ingresos podría ser un factor relacionado con la insatisfacción en la atención, probablemente porque obliga a muchos a solventar por su cuenta estudios diagnósticos o comprar medicamentos que el sistema de salud público no les puede proporcionar.

En el mismo sentido, un trabajo de campo realizado entre octubre y noviembre de 2020 en 10 USF del país con el fin de evaluar la calidad de atención, encuentra que en promedio las USF alcanzan el 35 por ciento de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. Se encontraron situaciones críticas en lo estructural (logística de transporte, comunicación, recursos humanos, continuidad en la provisión de medicamentos) y fortalezas vinculadas con equipos comprometidos de salud de la familia, realizando mapas, censos y clasificación de su población, disponibilidad de manuales, guías y protocolos (Escobar *et al*. 2022).

5. Desafíos

Paraguay ha emprendido varias reformas que han logrado sentar las bases para un nuevo enfoque con respecto a la atención sanitaria basado en la atención primaria. Además, ha logrado mejorar la salud de su población, especialmente en lo relacionado con enfermedades transmisibles, maternas e infantil. Sin embargo, los esfuerzos realizados no han modificado significativamente los pilares del sistema de salud, ni su segmentación en múltiples subsistemas. Es necesario reforzar las USF en lo estructural, dotándolas de personal y recursos económicos suficientes; así como expandir su cobertura espacial para lograr los objetivos de la dimensión funcional de las USFs, con el desarrollo efectivo de las microrredes de salud.

La puesta en marcha de la gratuidad, consistente en la eliminación de aranceles en los servicios de salud del MSPBS, ha facilitado el acceso a la salud por parte de la población que no contaba con ningún tipo de cobertura de seguros, acortando las brechas que existían (Perfil de País - Paraguay 2022); sin embargo, luego de más de una década de su implementación, el nivel de gastos de bolsillo que realizan los hogares continúa siendo elevado y recae mayormente en los sectores más vulnerables (hogares pobres y con población enferma). A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, el presupuesto público demanda de mayores asignaciones dirigidas a evitar este tipo de situaciones y posibilitar una adecuada presencia de la oferta pública en todo el territorio. Situación que se justifica en el hecho de que más allá de las inten-

ciones de introducir una oferta de servicios garantizada, la realidad refleja que termina prevaleciendo un mecanismo de asignación de prestaciones en función de la disponibilidad presupuestaria, que restringe el acceso a la salud y es una fuente de inequidades. Debe avanzarse en la definición de un paquete prestacional que resulte acorde con las necesidades epidemiológicas de la población y financieramente sostenible.

La existencia de una institucionalidad aún débil y la carencia de una gestión administrativa profesional limitan la eficiencia y efectividad del sistema público de salud (Gaete 2021), factores que resultan más significativos que el volumen de financiamiento requerido para fortalecer y sostener el sistema de salud a un nivel mínimamente adecuado.

En el mismo sentido, la segmentación del sistema de salud asegura en forma desigual el acceso a las prestaciones en función de la cobertura de cada grupo poblacional con riesgos subyacentes muy disímiles y constituye una fuente importante de inequidad. Deben realizarse esfuerzos para compatibilizar los beneficios ofrecidos por los distintos segmentos que componen el sistema, lo cual debería ir acompañado con avances en la articulación e integración de las redes prestacionales.

En este marco, el MSPBS en la Política Nacional de Salud a 2030 establece siete líneas de acción para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal, las cuales contemplan (i) el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza; (ii) el fortalecimiento de la atención primaria articulada en redes integradas; (iii) el fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud; (iv) el mejoramiento de la eficiencia del sistema de salud mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos; (v) el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud; (vi) el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en las fronteras; y (vii) el establecimiento de garantías para el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de medicamentos, así como la promoción al acceso e innovación en tecnologías sanitarias (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2015).

El IPS, por su parte, impulsa varias acciones para contribuir con el proceso de integración en la prestación de servicios con el MSPBS. Entre ellas se cuentan (i) la elaboración de un listado de prestaciones mínimas por niveles de atención (nivel 1, 2 y 3); (ii) la selección de las prestaciones por ser unificadas; (iii) la elaboración de un sistema de información unificado; (iv) la definición de un listado de medicamentos e insumos asociados con las prestaciones unificadas; y (v) el establecimiento de tarifas únicas de prestación de servicios de salud y modelos de compensación (OECD 2019).

Los datos preliminares del Censo 2022[205] señalan que la población asciende a 6 109 644, de los cuales 3 078 994 son hombres (50,4 por ciento) y 3 030 650 mujeres (49,6 por ciento), con apenas el 8,8 por ciento de población mayor a 65 años. Estos resultados arrojaron un resultado sorprendente, se encontró menos población que en las proyecciones poblacionales existentes, lo cual indica que las proyecciones estuvieron sobreestimadas. Así, la proyección de población para el año 2022, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística[206] (INE), era de 7 453 695 habitantes; es decir, según datos del censo 2022 hay 1 344 051 personas menos que lo proyectado. Así, probablemente se observarán cambios demográficos significativos, como resultado de las modificaciones en algunos indicadores económicos, sociales (pobreza, PIB *per capita* y otros) y de salud, en particular (cobertura de programas, brechas de APS, etc.), los cuales podrían llevar a revisar las políticas públicas del área social.

[205] https://www.ine.gov.py/censo2022/.
[206] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/4e2a_TRIPTICO2022.pdf.

6. Principales lecciones aprendidas

- El SNS hace ya 12 años que viene reforzando la atención primaria a través de las USF, mediante inversiones en infraestructura y en la consolidación de equipos comunitarios de atención primaria orientados a ampliar el acceso y cobertura en el primer nivel de atención. Las mejoras alcanzadas en Paraguay en términos de los indicadores epidemiológicos vinculados con la atención materno infantil, la equidad en el acceso, a partir de una reducción del gasto de bolsillo en servicios de salud de primer nivel y el hecho de que menos personas atribuyen la falta de acceso a una barrera financiera, reflejan en parte la efectividad que han tenido las políticas de gratuidad en salud implementadas en los últimos años y la alta prioridad otorgada a la atención primaria.
- El desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud constituye una iniciativa en curso que debe destacarse; está dirigida a aumentar la coordinación y articulación bajo una gobernanza única e incrementar la cobertura y acceso a servicios que resuelvan las necesidades y los problemas de salud de la población (Bascolo et al., mimeo). El MSPBS y el IPS están trabajando para integrar la provisión de servicios, aunque las experiencias hasta ahora han sido limitadas en su alcance (OECD Development Centre 2019).
- El camino iniciado con la incorporación de la Unidad de calidad constituye un avance para establecer directrices que orienten y articulen las acciones relacionadas con la mejora de la calidad de la atención en el SNS.
- Se ha visto que la fragmentación de los fondos financieros conduce a una financiación desigual de las necesidades de salud de la población y una distribución desigual de los riesgos que deben asumir los distintos prestadores. La mancomunación de riesgos en un solo fondo nacional resulta una atractiva alternativa que permitiría distribuir la carga financiera de las patologías de alto costo actualmente concentradas en el sector público (MSPBS e IPS) y mejorar la sostenibilidad del sistema a largo plazo. Ello debe ir acompañado de acciones orientadas a reducir la segmentación de derechos en la población beneficiaria de diferentes instituciones, unificando las prestaciones ofrecidas con independencia del nivel de ingreso, cobertura o inserción laboral.

Referencias

Bascolo, E., O. Cetrángolo y A. Goldschmit. s. f. De próxima publicación. *Hacia la salud universal: un estudio sobre los conjuntos garantizados de prestaciones y las carteras de servicios de salud en países de América Latina*. OPS.

Casalí, P. y M. Velásquez. 2016. *Paraguay: panorama de la protección social: diseño, cobertura, financiamiento*. https://labordoc.ilo.org.

Casalí, P., O. Cetrángolo y A. Goldschmit. 2017. *Paraguay: protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*. https://labordoc.ilo.org.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f. *Programas de transferencias condicionadas*, base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. Consultada el 19 de marzo de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc.

Escobar, R., C. Gómez y E. Strübing. 2022. «Calidad de atención en unidades de salud de la familia durante la pandemia de COVID-19 en Paraguay». https://www.decidamos.org.py/2022/noticia/calidad-de-atencion-en-unidades-de-salud-de-la-familia-durante-la-pandemia-de-COVID-19-en-paraguay/.

Gaete, R. 2021. *Financiamiento y sostenibilidad del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud paraguayo para hacer frente al COVID-19*. 3.

———. 2022. *Políticas de inversión en capital humano: salud*. CADEP.

Giménez Caballero, E. 2021. La protección financiera en salud antes y durante el COVID-19 en Paraguay. https://desarrollo.org.py/wp-content/uploads/2021/11/Libro-La-proteccion-financiera-libro_OCTUBRE-2021-FINAL.pdf#page=40.

Guillén, M. C. 2011. **«Paraguay».** *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Instituto Nacional de Estadísticas del Paraguay. 2022. *Anuario Estadístico del Paraguay 2021*.

IPS (Instituto de Previsión Social). 2013. *Seguro Social del IPS: carta orgánica comentada*. Edición conmemorativa de los 69 años de creación del Seguro Social y del IPS.

———. 2021. «Anuario Estadístico». https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1655303148.pdf.

Mancuello Alum, J. N. M. y M. E. Cabral de Bejarano. 2011. *Sistema de Salud de Paraguay 2011* 1.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2015a. *Indicadores básicos de salud. Paraguay 2015*.

———. 2015b. *Política Nacional de Salud 2015-2030*.

———. 2019a. *Cartera de Servicios por Curso de Vida y Niveles de Atención y Complejidad*. OPS-OMS.

———. 2019b. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIISS*.

———. 2022. «Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2021». http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2023/02/IBS-2021.pdf.

———. s. f. «Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030». https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/30b849-CalidadenSalud.2017.pdf.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2019. *Estudio multidimensional de Paraguay. Del análisis a la acción*. OCDE.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la protección soc*ial*». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). «Perfil de país—Paraguay». 2022. *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-paraguay.

Paraguay. Plan Estratégico Institucional 2019-2023. s. f.

Real Delor, R. E., H. M. Azuaga Franco, N. C. Bordón Medina, D. B. Colman Gómez, L. M. Delgado Ortiz, Y. B. Fernández Méndez, A. Flores Sarabia, S. R. Gehrts Kiese, R. Lenz Valenzano, O. J. León Giménez, A. V. López Giménez, S. P. Mareco Estigarribia, M. Martínez Da Silva Mello, J. M. Ocampos, M. A. Rolón Quiñónez, J. C. Sanabria Barreto, C. I. Taboada García y O. V. Zárate Leguizamón. 2021. «Satisfaction of users of family health units in Paraguay in 2020: a multicenter study». *Revista del Nacional (Itauguá)* 13 (1): 64-75. https://doi.org/10.18004/rdn2021.jun.01.064.075.

Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social. 2014. *Plan Nacional de Desarrollo. Paraguay 2030*.

Este perfil fue preparado por Ariela Goldschmit y revisado por Rubén Gaete. Con el beneficio de los aportes de Guillermo Montt y Lou Tessier.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Perú

©ILO/A. Aguilar

1. Introducción

Perú ha experimentado un crecimiento económico a tasas crecientes desde 2000 (en promedio 5,5 por ciento i.a. en términos reales hasta 2013). A partir de 2014 se observa una desaceleración del crecimiento (3,1 por ciento i.a. en términos reales hasta 2019) y en 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, la economía registró una caída de 10,9 por ciento del nivel de actividad en términos reales, que resultó compensada con una fuerte recuperación (del 13,4 por ciento) en 2021. En este mismo año, el nivel de PIB per capita se ubicaba en 6 621 dólares corrientes (PIB per Cápita n.d.).

El Índice de Desarrollo Humano se ubicó en 0,762 en 2021, lo que implicó un aumento de 12,7 por ciento dentro del periodo entre 2000 y 2021, superior al registrado en América Latina (11 por ciento). Asimismo ocupa la posición 84 del ranking mundial en 2021 (PNUD 2022).

El derecho a la seguridad social y a la protección de la salud de los peruanos se fundamenta en un mandato constitucional. Las diversas posibilidades de aseguramiento dentro del sistema de salud dependen de las características socioeconómicas y laborales de las personas. De esta manera, la protección social en salud en Perú se encuentra estructurada por el Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (ley 29.344 de 2009), en torno a tres regímenes: Régimen subsidiado, Régimen semicontributivo y Régimen contributivo.

En lo que respecta a la cobertura, la población asegurada alcanzaba el 87,5 por ciento al segundo trimestre de 2023. El 58,6 por ciento de las personas se encuentra afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), seguido por el Seguro Social de Salud (EsSalud) con el 23,9 por ciento y 5,0 por ciento a otros seguros (personas con más de una afiliación, afiliados a EPS, Autoseguros, Prepagas, Sanidad de la Policía y FF.AA) (INEI, 2023b).

2. Contexto

El sistema de protección social en salud de Perú se remonta al inicio de la seguridad social con la aprobación, en 1936, de la ley 8.433 del Seguro Social Obligatorio. Este seguro se denominaba "seguro obrero" por su finalidad de cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de la clase obrera y sus derechohabientes (EsSalud 2021).

La ampliación de la cobertura de la seguridad social continuó con la instauración del Seguro Social Obligatorio del Empleado (decreto Ley 10.902) que protegía a los empleados públicos y particulares frente a riesgos similares a los del Seguro Social Obligatorio. Hacia 1970 y, con el fin de eliminar las brechas existentes entre ambos seguros, se produjo su unificación con el Seguro Social de Perú (decreto Ley 20.212) creado en 1973. Sin embargo, las diferencias en cuanto a las prestaciones de salud de ambos regímenes ("obrero" y empleado) se mantuvieron hasta finales de esa década, cuando se aprobó el Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social de Perú (EsSalud 2021).

En la década 1980, el Seguro Social de Perú se convirtió en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que continua con su tarea de brindar cobertura a sus asegurados y familias frente a los riesgos de maternidad, invalidez, accidente, vejez y muerte, ampliando su financiamiento más allá del Estado, al obtener recursos propios provenientes de los aportes de empleadores y asegurados. De esta forma, con la ley del IPSS (ley 24.786) se integran las funciones del IPSS con el Ministerio de Salud con el fin brindar prestaciones de salud (EsSalud 2021). Durante la década de los años 1990, fueron incorporándose progresivamente trabajadores del campo, amas de casa y pescadores a algunas de las prestaciones ofrecidas por el IPSS, como salud, pensiones o incapacidad física.

En 1999 mediante la ley del Seguro Social de Salud (ley 27.056) se crea EsSalud, la cual es la institución que actualmente está encargada de brindar a la población empleada y a la pensionista coberturas de salud, sociales, económicas y otros seguros de riesgo humano.

En 2002 -dentro de un proceso amplio de descentralización- se inició el traspaso de las funciones de salud del Ministerio de Salud (MINSA) a los gobiernos regionales (GORE) quienes, en la actualidad, a través de las Direcciones Regionales de Salud tienen plena competencia en el sector, siendo los responsables de las acciones sanitarias en sus regiones, con absoluto respeto a los lineamientos nacionales.

También durante 2002 y bajo la órbita del MINSA, se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) (ley 27.657 de 2002) que surge de la fusión de dos esquemas de seguros focalizados que existían hasta el momento: el Seguro Escolar Gratuito (SEG),[207] de 1997 y el Seguro Materno Infantil[208] (SMI) de 1998. Si bien fueron llamados seguros, eran subsidios a la demanda, organizados bajo un esquema de aseguramiento (SIS 2021). Con la implementación del SIS se buscó ampliar la cobertura a la población de menores recursos y grupos poblacionales no pobres que carecían de un esquema de protección de salud. A su vez, el SIS aún mantenía la cobertura en niños hasta los 17 años, mujeres gestantes y adultos en situación de emergencia.

En el año 2008, a través del Decreto Supremo 004-2007-SA se amplía la cobertura a toda la población en pobreza y pobreza extrema dentro del componente subsidiado del SIS y se crea un componente de cobertura semisubsidiado para aquellas personas con limitada capacidad de pago. Se establece, asimismo, un plan de salud denominado Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) y un financiamiento de alto costo.

En 2009, como respuesta a la fragmentación y segmentación del sistema de salud, se aprobó la ley 29 344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. La ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas con el proceso de aseguramiento universal y obligatorio en salud. Estas instituciones son: SIS; EsSalud; Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL);[209] Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA) y de la Policía Nacional (SALUDPOL); Entidades Prestadoras de Salud

[207] Orientado a la atención de los niños y las niñas entre 3 y 17 años de edad.
[208] Enfocado en mujeres gestantes y en puerperio, así como en los niños y en las niñas hasta los 4 años.
[209] Encargado del financiamiento de las prestaciones de alto costo para el Régimen subsidiado y semicontributivo.

(EPS); Compañías de Seguros; Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagados y otros.[210] Estas entidades son denominadas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y están encargadas de recibir y gestionar los fondos para la cobertura de las atenciones en salud. A su vez, la mencionada Ley establece que las IAFAS deberán financiar, como mínimo, una lista priorizada de condiciones asegurables denominada Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), dejando sin efecto al LPIS.

El financiamiento de las IAFAS proviene de tres fuentes diferentes: Régimen contributivo, que comprende a las personas vinculadas con las IAFAS de manera obligatoria a partir del pago de una cotización por cuenta propia o del empleador; Régimen subsidiado, corresponde a las personas afiliadas a las IAFAS a partir de financiamiento público total, principalmente población vulnerable y de menores recursos económicos, y; Régimen semicontributivo, personas vinculadas con las IAFAS por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda. De esta manera, el Régimen contributivo es administrado de forma independiente por el Seguro Social de Salud (EsSalud), la sanidad de las fuerzas armadas y la sanidad de la Policía Nacional; el Régimen subsidiado, administrado por el SIS y el Régimen semicontributivo también administrado por el SIS.

A su vez, la ley determina que la afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para la población. Aquellos que no estén obligados por norma pueden afiliarse de manera voluntaria y con base en su capacidad de pago a alguna IAFA (SIS, a EsSalud, a alguna EPS u otra).

▶ 3. Diseño de sistemas de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

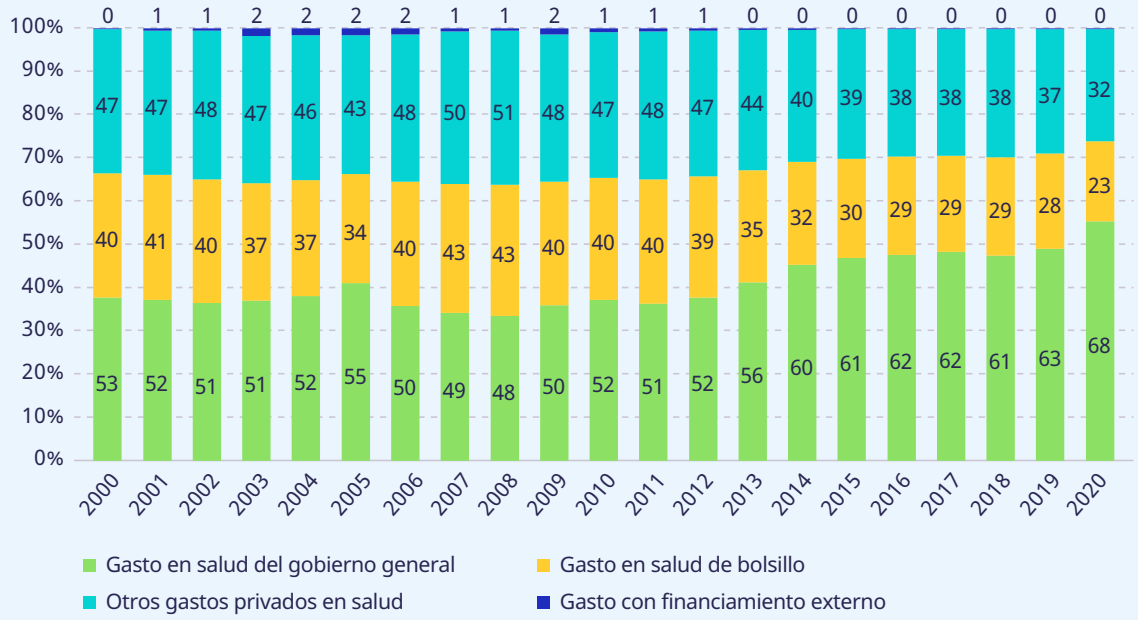
i) Distribución del gasto en salud

En forma agregada, el gasto en salud en Perú como porcentaje del PIB fue en 2020 de 6,3 por ciento, lo que implicó un aumento del 21 por ciento en relación con el año 2019, en el cual alcanzó un 5,2 por ciento del PIB. Entre 2000 y 2017 se mantuvo relativamente estable entre 4 y 5 puntos porcentuales del producto. El gasto *per capita* en salud se ubicó para el 2020 en 389 dólares corrientes.

El financiamiento del sector proviene del Estado (a partir de impuestos generales) y de cotizaciones obligatorias de las personas trabajadoras y empleadoras, que juntos acumulan un 67,9 por ciento del gasto en 2020; del gasto voluntario en planes de salud (31,9 por ciento) y del gasto de bolsillo (que incluye principalmente gastos en medicamentos y en menor medida pago directo por atenciones de salud), el cual alcanza 22,8 por ciento el mismo año. La tendencia a partir de 2009 muestra un cambio en la participación relativa de los diferentes gastos en favor de una ampliación del gasto público en salud por sobre el gasto privado y el gasto de bolsillo (gráfico 1).

[210] Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT); Autoseguros y fondos de salud, que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas; Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las anteriores.

▶ Gráfico 1. Perú. Estructura del gasto corriente en salud.2000-2020



Fuente: Global Health Expenditures Database (OMS n.d.).

ii) Flujos financieros del sistema

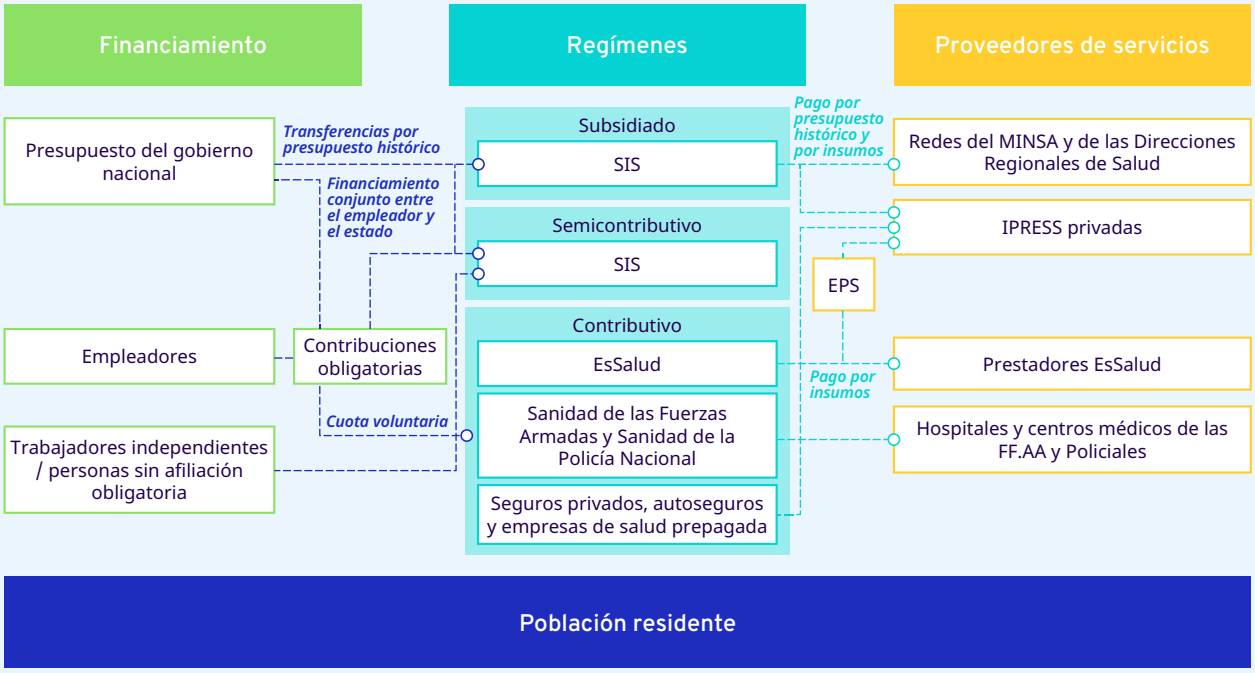
En el sistema de salud de Perú existe separación entre financiamiento, administración y gestión y provisión de los servicios de salud. Como se ha mencionado, las fuentes de financiamiento se originan en aportes del estado, contribuciones empresariales o de pensionados y aportes voluntarios de las personas y familias. A su vez, estas fuentes se integran en regímenes diferenciados: Subsidiado (financiamiento estatal), Semicontributivo (aporte estatal o de empleadores) y Contributivo (aporte de empleadores y pensionados). Estos regímenes son administrados y gestionados de manera independiente por las IAFAS.

Para la provisión de los servicios las IAFAS pueden brindar atenciones en infraestructura propia o contratar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), se trata de establecimientos de salud y servicios médicos de terceros, públicos, privados y mixtos que realizan atenciones de salud. Estas Instituciones son las autorizadas a cobrar los copagos que se establezcan dentro del Aseguramiento Universal. A su vez, los mecanismos de pago establecidos entre las IAFAS y las IPRESS difieren en cada IAFAS y abarcan pago capitado, pago por prestación, pago por grupo relacionado de diagnóstico, pago por presupuesto histórico, entre otros.

EL SIS brinda su atención a partir de la contratación de proveedores públicos del gobierno nacional (adscriptos al MINSA) y de los gobiernos regionales (GORE). EsSalud atiende a su población mayoritariamente con redes propias; sin embargo, existe la posibilidad de que afiliados a EsSalud con acuerdo de su empleador se afilien de manera complementaria a una EPS (Banco Mundial 2016).

En los casos en que los establecimientos públicos de salud vendan servicios médicos a IAFAS distintas del SIS, ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional de Perú , facturarán la atención de acuerdo con sus costos de operación y administración (artículo 22, Decreto Reglamentario 008-2010 de la ley de Aseguramiento Universal) (diagrama 1).

▶ **Diagrama 1. Perú. Principales flujos financieros**



Fuente: Elaboración propia

iii) Fuentes de financiamiento

El financiamiento del Ministerio de Salud a programas de salud pública se realiza a través del presupuesto nacional, ya sea mediante asignaciones determinadas históricamente o por asignaciones relacionadas con presupuestos por programa (Banco Mundial 2021).

El financiamiento del AUS es gestionado por las IAFAS que administran de manera independiente tres regímenes definidos de acuerdo con el origen de los recursos: Régimen subsidiado, Régimen semicontributivo y Régimen contributivo. A su vez, cada régimen obtiene su financiamiento de alguna de las siguientes fuentes: el presupuesto asignado por el estado, los aportes de personas empleadas y empleadoras, los aportes realizados por las familias y personas aseguradas.

De esta manera, los recursos del Régimen contributivo son administrados de forma independiente por el Seguro Social de Salud (EsSalud), por la sanidad de las fuerzas armadas y por la sanidad de la Policía Nacional; mientras que los recursos del Régimen subsidiado y semicontributivo son administrado por el SIS.

El Régimen Subsidiado se financia con recursos públicos a través de transferencias del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Si bien la ley 29.761 establece que para su financiamiento debe tomarse como referencia el valor de la prima de salud del PEAS y la cantidad de afiliados, en la práctica esta Ley todavía no ha sido reglamentada y el financiamiento se realiza principalmente basado en presupuestos históricos (Jumpa-Armas 2019).

Para el caso del Régimen Semicontributivo, además del financiamiento por parte del estado, se le agrega un aporte adicional a cargo de la persona asegurada o su empleador, según corresponda. De tal forma que las personas que deseen afiliarse de manera voluntaria al SIS Independiente deberán hacerse cargo del pago total de dicho aporte. Si en cambio, de acuerdo con la normativa vigente,[211] le corresponde afiliarse al SIS Microempresa, el aporte lo realiza su empleador y es subsidiado parcialmente por el Estado. Si

[211] Directiva Administrativa 001-2020-SIS/GA - V.01.

la persona asegurada es contribuyente del Nuevo Régimen Único Simplificado[212] (NRUS), su afiliación es automática al SIS Emprendedor, esto luego del pago de los tres periodos tributarios anteriores a la fecha de afiliación, según la categoría del NRUS que le corresponda y no requiere realizar un aporte adicional (cuadro 1).

▶ Cuadro 1. Monto de los planes correspondientes al SIS del Régimen semicontributivo[213]

Planes	Modalidad	Monto
SIS Independiente	Individual	S/39,0 (U$S 10,4)
	Familiar: Titular + 1 derechohabientes	S/78,0 (U$S 20,8)
	Familiar: Titular + 2 derechohabientes	S/94,0 (U$S 25,0)
	Familiar: Titular + 3 o más derechohabientes	S/115,0 (U$S 30,6)
	Afiliación menor dependiente	S/39,0 (U$S 10,4)
	Afiliación +60 años, titular continuador	S/44,0 (U$S 11,7)
	Afiliación +60 años, titular nuevo contrato	S/58,0 (U$S 15,4)
SIS Emprendedor		Gratuito sujeto a afiliación al NRUS
SIS Microempresa	Por cada trabajador inscrito. Sin costo adicional por derechohabiente inscrito	S/15,0 (U$S 4,0)

Fuente: Elaboración propia con base en la información publicada por la Plataforma Digital única del Estado Peruano (https://www.gob.pe/institucion/sis/tema/planes-del-seguro-integral-de-salud-sis).

El financiamiento del Régimen Contributivo depende del tipo de aseguramiento. En el caso en que las personas aseguradas sean trabajadoras activas, en relación de dependencia o sean socias de cooperativas, el aporte equivale al 9 por ciento de la remuneración o ingreso (Art. 6, ley 26 790) y corresponde a la entidad empleadora realizar la declaración y el pago a EsSalud. Si la persona asegurada es pensionista, el aporte equivale al 4 por ciento del monto de la pensión y corre a cargo de ella misma. Por último, las personas trabajadoras independientes y las demás personas que no estén afiliados al SIS, pueden afiliarse a EsSalud de forma voluntaria a través del pago de un aporte (o cuota) mensual (cuadro 2).

▶ Cuadro 2. Monto de cuota para afiliados voluntarios (potestativos) al EsSalud[214]

Edad	Afiliación individual/por dependiente
0 a 17	S/137,0 (U$S 36,5)
18 a 29	S/132,0 (U$S 35,1)
30 a 59	S/138,0 (U$S 36,7)
+ 60	S/215,0 (U$S 57,2)

Fuente: Elaboración propia con base en la información publicada por la Plataforma Digital única del Estado Peruano (https://www.gob.pe/225-seguro-potestativo-de-essalud-salud-afiliacion-individual).

[212] Régimen tributario creado para las personas pequeñas comerciantes y productoras.
[213] Para el monto en dólares se toma FMI Domestic Currency per U.S. Dollar al 31 de marzo de 2023 de $3.758.
[214] El seguro voluntario (potestativo) a EsSalud toma el nombre de "+Salud Seguro Potestativo" (Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas 36-GCSPE-ESSALUD-2016).

Por otro lado, el financiamiento al Régimen Contributivo por parte de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional se corresponde con aportes obligatorios del Estado, equivalentes al 6 por ciento de la remuneración o pensión y monto adicional al presupuesto asignado para atender la salud de sus afiliados. Existen también aportes voluntarios (facultativos) del personal titular para coberturas adicionales al PEAS (cuadro 3).

▶ Cuadro 3. Aportes y cuotas según Régimen de financiamiento e IAFAS

Régimen	IAFAS/Nombre seguro	Financiamiento
Subsidiado	SIS	Presupuesto del gobierno exclusivamente
Semicontributivo	SIS – "SIS Independiente"	A cargo de la persona o familia afiliada de acuerdo con primas determinadas por el SIS.
	SIS – "SIS Emprendedor NRUS"	Gratuito sujeto a afiliación al NRUS
	SIS – "SIS MyPE"	A cargo del empleador: S/15,0 por trabajador inscrito.
Contributivo	EsSalud	A cargo del empleador: 9 por ciento de la remuneración o ingreso mensual
	EsSalud (Pensionados)	A cargo del pensionista: 4 por ciento del monto de la pensión
	EsSalud Potestativo	Cuotas fijadas por EsSalud según edad del afiliado y grupo familiar
	Sanidad de las fuerzas armadas y Sanidad de la Policía Nacional	Aportes del estado: 6 por ciento de la remuneración o pensión

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Gobernanza

El órgano rector de la salud en Perú es asumido por el Ministerio de Salud; mientras que la Superintendencia Nacional de Salud, es el organismo encargado de la regulación, supervisión, autorización y registro de todas las IAFAS. Asimismo, SUSALUD se encarga de supervisar y registrar a todas las IPRESS que son reguladas por el MINSA; regula al Seguro Integral de Salud (SIS), al Seguro Social de Salud (EsSalud), a los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional de Perú y a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), autoseguros y prepagas.

La Superintendencia es la encargada de promover, proteger y defender los derechos de acceso de las personas a los servicios de salud, supervisando la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones con independencia de quien las financie. Quedan fuera de la regulación de la Superintendencia, las prestaciones económicas y sociales incluidas dentro de EsSalud, que están bajo la órbita de la rectoría del Ministerio de Trabajo.

Por otra parte, las IPRESS son responsables frente las personas usuarias por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden. A su vez son las encargadas de recibir los copagos y deducibles que sean establecidos por las IAFAS dentro del marco del AUS.

El Consejo Nacional de Salud funciona como órgano consultivo del Ministerio de Salud y es el encargado de elaborar y promover la política nacional de salud. Este organismo cuenta con representación de la academia, la ciudadanía y la sociedad civil, ya que dentro de sus representantes se encuentran los colegios

profesionales de la salud, sindicatos de trabajadores de la salud, representantes de universidades públicas y privadas, así como representantes de las organizaciones sociales de la comunidad.

Otros espacios de participación ciudadana en Perú son las Comunidades Locales de Administración en Salud (CLAS), que tienen a su cargo IPRESS del primer nivel de atención, y las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS) promovidas por la Superintendencia de Salud.

Las CLAS,[215] a través de contratos firmados con el gobierno local y las Direcciones Regionales de Salud, deben cubrir la responsabilidad del manejo de recursos públicos para la implementación de programas de salud en el primer nivel (Casalí, 2013). Una evaluación realizada por el MINSA en 2018 mostró que más del 50 por ciento de los consejos directivos de las Asociaciones CLAS no estaban funcionando, que muchos convenios de cogestión no se encuentran formalizados y que existe distorsión en el financiamiento, ya que el reembolso de las atenciones de los asegurados del SIS no llega a los CLAS (MINSA 2019).

Las JUS tienen como tareas emitir opinión sobre consultas que realice SUSALUD, difundir entre la ciudadanía los proyectos de SUSALUD, informar sobre hechos que podrían implicar la vulneración de derechos en salud y promover el diálogo entre los usuarios y las entidades del sector salud, entre otras (Jeri-De-Pinho 2018).

Toda la fragmentación del sistema debe sumarse con el hecho de que cada subgrupo asegurador y prestador está adscrito a un ministerio diferente: el SIS al MINSA, EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), la sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) al Ministerio de Defensa (MINDEF) y el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional de Perú (SALUDPOL) con la sanidad de la Policía Nacional des Perú (PNP) al Ministerio del Interior (MININTER).

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

La afiliación a un seguro de salud en Perú es de carácter obligatorio, aunque progresivo para todas las personas que residan en su territorio. El artículo 3 de la ley de Aseguramiento Universal (29.334) establece: "El aseguramiento universal en salud física y mental es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)".

Existen diversas formas de aseguramiento en función de las capacidades económicas de los individuos y de su situación laboral; en este sentido, los criterios de elegibilidad dependen de cada uno de los regímenes existentes.

Las personas afiliadas obligadas a aportar al Régimen Contributivo son las personas trabajadoras activas en relación de dependencia, socias de cooperativas incluyendo trabajadoras de pequeñas y medianas empresas, pensionistas de cualquier régimen público y personas trabajadoras de la administración pública. Existe una opción de afiliación voluntaria a este régimen para personas cuya capacidad de pago les permita afrontar el valor de las cuotas.

El Régimen Subsidiado protegía inicialmente a la población en condición de pobreza, pobreza extrema o de vulnerabilidad sanitaria que no estuviera afiliada a otro régimen. Para acceder a su cobertura es necesario contar con la clasificación socioeconómica (CSE) vigente de pobre o pobre extremo, otorgada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), administrado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Esta población tiene derecho de acceder al seguro denominado "SIS Gratuito" que tiene una cobertura más amplia que el PEAS (incluye prestaciones administrativas y de alto costo). En 2019, con el fin de cerrar la brecha de cobertura legal en salud, mediante el Decreto de Urgencia 017-2019, se otorgó la autorización al SIS para afiliar (con cargo al régimen subsidiado), independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud. Esta afiliación garantiza a las personas beneficiarias la cobertura gratuita del Plan

[215] Son asociaciones sin fines de lucro aprobadas en 2007 mediante la ley 29 124 que establece la cogestión y la participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del MINSA y de las Regiones.

Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y el plan se denomina "SIS para todos". La identificación de personas no cubiertas se realiza en base en el cruce de información con el padrón de beneficiarios de la Superintendencia de Salud.

En el esquema de la cobertura del SIS subsidiado, se encuentran afiliados de manera automática las personas beneficiarias del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres. Este programa de transferencias condicionadas tiene como objetivo promover el acceso a la salud preventiva materno infantil y a los servicios de escolaridad sin deserción de la población pobre o en pobreza extrema que cuenta con CSE vigente. El monto que otorga es de S/100 (U$S 26,6) mensuales y las familias beneficiarias deben cumplir con la asistencia a controles de salud para niñas y niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y lactantes[216] (CEPAL n.d.).

Al Régimen semicontributivo se encuentran obligadas a afiliarse las personas inscritas en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), que deben hacerlo dentro del plan denominado "SIS Emprendedor" y las personas vinculadas a una microempresa, bajo los alcances de la ley MYPE que deben afiliarse al "SIS Microempresa". A su vez, el Régimen semicontributivo cuenta con un plan de afiliación voluntario denominado "SIS Independiente" cuyo requisito de afiliación es no estar incluido de manera obligatoria o voluntaria en algún otro régimen (por ejemplo, adhesión voluntaria a EsSalud).

3.4. Beneficios

El camino hacia el aseguramiento universal supuso en Perú la determinación, en el marco de la ley Universal de Salud, de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que constituye una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones explícitas, que como mínimo, deben ser financiadas a todos los asegurados por las IAFAS.

La elaboración del PEAS se realiza sobre la base de estudios de carga de enfermedad y con base en prioridades de salud pública, luego se aplican criterios de exclusión e inclusión de nuevas condiciones asegurables. De acuerdo con la ley AUS, el PEAS se evalúa cada dos años; sin embargo, recién ha sido actualizado en 2021.

Las condiciones asegurables[217] son aquellas que buscan mantener a la población sana o recuperar su salud en caso enfermedad, susceptibles de ser financiadas, abarcando también acciones de promoción y prevención, de carácter recuperativo y de rehabilitación. El contenido de las condiciones asegurables abarca la identificación de la intervención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación), la especificación de la prestación y el procedimiento médico asociado a cada prestación. En la actualización de 2021 (decreto Supremo 23-021-SA) se incluyeron 9 condiciones asegurables de la persona sana y 153 de la persona con enfermedad, que abarcan condiciones obstétricas y ginecológicas, condiciones pediátricas, condiciones trasmisibles, condiciones metabólicas y zoonóticas, condiciones no transmisibles no agudas, condiciones no trasmisibles agudas, condiciones neoplásicas y condiciones mentales.

Todos los planes de salud que ofrezcan una cobertura mayor al PEAS con coberturas no comprendidas en este último (artículo 99 Decreto Reglamentario 008-2010 de la ley AUS), son denominados Planes Complementarios y pueden ser provistos por todas las IAFAS, incluidas las IAFAS públicas. Las exclusiones de estos planes son fijadas directamente por las IAFAS. Los afiliados que deseen adquirir un plan complementario deben poseer cobertura al PEAS y acreditarla (artículo 100, Decreto Reglamentario 008-2010 de la ley AUS).

El SIS ofrece cinco planes de acuerdo con el régimen al cual se encuentran afiliadas las personas. Dentro del Régimen subsidiado, los afiliados a quienes les corresponde el "SIS gratuito" obtienen la cobertura del PEAS, una cobertura complementaria, cobertura de alto costo (de acuerdo con el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención) y cobertura para enfermedades raras y huérfanas (en base

[216] Las demás condicionalidades son: participación en el programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo (PACFO) (niños entre 6 meses y 2 años); 85 por ciento de asistencia a la escuela para niños y niñas de 6 a 14 años.

[217] El detalle de las condiciones asegurables actualizado se encuentra en: https://www.gob.pe/22246-plan-esencial-de-aseguramiento-en-salud-peas.

en el Listado priorizado de Enfermedades Raras y Huérfanas). En tanto, los afiliados al "SIS para todos" solo acceden a la cobertura del PEAS. Las personas afiliadas al Régimen Semicontributivo que acceden al "SIS independiente" y al "SIS emprendedor" reciben igual cobertura que las personas afiliadas al "SIS gratuito". Sin embargo, las personas vinculadas con una microempresa bajo los alcances de la ley PYME, que aceden al "SIS Microempresa" del Régimen Semicontributivo, solo acceden al PEAS.

En el caso de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, también se encuentran obligadas a cubrir el PEAS en tanto sus Fondos constituyen una IAFAS. Se tiene en cuenta la cobertura otorgada por estos fondos previamente a la promulgación de la ley del Seguro Universal, de modo que los planes que ofrecen son denominados Específicos en la medida en que poseen mejores condiciones que el PEAS, al mantener su cobertura y ampliar las garantías explícitas cuando corresponda.

La aplicación de copagos es posible en los planes que contraten las personas a través de una EPS. De acuerdo con la ley 26.790, los copagos que las EPS establezcan no podrán superar el 2 por ciento del ingreso mensual del asegurado en el caso de prestaciones ambulatorias y el 10 por ciento por cada hospitalización. A su vez, el decreto reglamentario de dicha Ley (decreto Supremo 009-97) establece que los copagos no son aplicables a las prestaciones por atención de emergencia y de maternidad.

Además de los beneficios de salud detallados en el PEAS, los afiliados al SIS que accedan a planes complementarios son beneficiarios de una prestación económica por sepelio.[218] Los asegurados por EsSalud cuentan con un paquete de beneficios adicionales a cargo de esta; entre los que se encuentran el subsidio por sepelio, por maternidad, por lactancia y el subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Las condiciones comunes para acceder a las cuatro prestaciones son: dos o tres meses de aporte consecutivo (dependiendo el tipo de afiliado) o cuatro no consecutivos dentro de los seis (o doce) meses calendarios anteriores al mes en que se inició la contingencia y tener vínculo laboral en el momento del goce de la prestación. En tanto, para cobrar el subsidio por maternidad es necesario que la persona haya estado afiliada al tiempo de la concepción.

Los montos del subsidio por sepelio son variables en relación con los gastos incurridos y con un tope de S/2.070,0[219] (U$S551). El subsidio por Incapacidad temporal para el Trabajo y por Maternidad se calcula en función del promedio diario de remuneración por los días de incapacidad para trabajar o licencia por maternidad. El subsidio por lactancia es un monto fijo de S/820,0 (U$S218) por recién nacido.[220] Los subsidios de monto fijo pueden actualizarse por Acuerdo del Consejo Directivo del EsSalud.

3.5. Provisión de servicios

La prestación de servicios en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud se desarrolla a través de las IPRESS, que son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, cuyo objetivo es la prestación de servicios de salud.

Las IAFAS, con independencia de que ejerzan sus funciones bajo el régimen contributivo, semicontributivo o subsidiado, son libres de contratar la prestación de servicios con establecimientos públicos o privados para cubrir el PEAS, de acuerdo con la mejor oferta disponible. En este sentido, son libres de contratar a las IPRESS de su elección o brindar prestaciones a través de infraestructura propia, para así conformar sus redes prestacionales. Sin embargo, esta disposición no se puede aplicar a las IAFAS públicas que deben seguir el procedimiento de la ley de contrataciones y adquisiciones del Estado, así como realizar procesos de compra en concursos públicos, subastas o licitaciones.

El SIS brinda su atención a partir de la contratación de proveedores públicos del gobierno nacional (adscriptos al MINSA) y de los gobiernos regionales[221] (GORE). La modalidad de pago del SIS a las IPRESS fue actualizada en 2020, con el fin de delimitar mejor el mecanismo de pago y así minimizar la utilización

[218] Decreto Supremo 007-2012-SA y Resolución Jefatural 119-2019-SIS. El monto del subsidio va desde los S/350 hasta los S/1.000 en relación con la edad de la persona fallecida. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1666842/RJ por ciento20119-2019/SIS.pdf?v=1613059219.

[219] Vigente a marzo de 2023 según Decreto Supremo 013-2019-TR.

[220] Ídem anterior.

[221] A partir del proceso de descentralización iniciado en 2007, son los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud los responsables de las acciones sanitarias en sus regiones, respetando los lineamientos nacionales.

de pagos asociados con presupuestos históricos (Jumpa-Armas 2019; MINSA 2020). Si bien, el SIS intentó implementar en el pasado mecanismos de pago asociados a capitas en la atención primaria y a pago por servicios a nivel hospitalario, estos mecanismos no lograron ser correctamente implementados y el financiamiento de las prestaciones ha resultado en pagos relacionados con presupuestos históricos y pagos por insumos (Banco Mundial 2016). La nueva normativa establece los siguientes mecanismos de pago: pago *per capita*, fijado por anticipado en función de las atenciones que pueda requerir el afiliado durante un periodo establecido; pago según grupos relacionados de diagnóstico, que se fija para cada grupo homogéneo de consumo de recursos y; otros mecanismos de pago, que pueden ser pago por prestación (procedimiento, productos farmacéuticos o dispositivos médicos), pago por paquete y por episodio de atención de salud (decreto Supremo 006-2020-SA). Sin embargo, en la práctica continúan siendo transferencias de cálculo retrospectivo con base en tasas de uso pasadas y, en el caso de los hospitales, por servicios brindados (Videnza Consultores n.d.).

A nivel estatal, la oferta de servicios se encuentra conformada por las denominadas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que son el conjunto de unidades básicas funcionales del establecimiento de salud constituidas por talento humano y recursos tecnológicos (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizadas para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad. La categorización luego se otorga en relación con el tipo de UPSS que conforman cada establecimiento; consta de tres niveles (primero, segundo y tercer nivel) de acuerdo con su capacidad resolutiva (Resolución Ministerial 546-2011-MINSA).[222]

EsSalud atiende a su población mayoritariamente con redes propias. Existe además la posibilidad de que las personas afiliadas a EsSalud, con acuerdo de su empleador, se afilien de manera complementaria a una EPS que contrata sus propias redes prestacionales (Banco Mundial 2016). Los mecanismos de pago entre EsSalud y las IPRESS se realizan mediante acuerdos de gestión entre las partes y pueden ser: pago capitado, pago por servicio o producto, pago por daño resuelto,[223] asignación por presupuesto histórico o pago por mejoramiento de la gestión.[224] Sin embargo, al igual que para el SIS, en general, se utiliza como mecanismo de pago la asignación de fondos por insumo (Banco Mundial 2016).

Con el fin de disminuir la fragmentación y segmentación de los servicios de salud, se han aprobado diversas normas para[225] la conformación y funcionamiento de redes de salud con la finalidad de contar con una oferta articulada. Sin embargo, su reglamentación e implementación no ha resultado satisfactoria (Cosavalente-Vidarte *et al*. 2019). En 2018 se promulgó la ley 30 885 que establecía la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria en Salud cuyo ámbito de implementación eran los establecimientos de salud del MINSA y de los Gobiernos Regionales; es decir, las IPRESS estatales. La ley plantea como opcional la integración en redes para los demás establecimientos públicos y privados. El funcionamiento de la Red se circunscribe a las prestaciones incluidas en el PEAS o planes específicos; a pesar de la regulación existente, las redes integradas no se encuentran en funcionamiento. Las redes asistenciales de establecimientos públicos dependientes del MINSA cambiaron su nombre a Redes Integradas, pero su organización y el modelo de gestión sigue siendo el mismo.

Si bien la ley es de 2018, su reglamentación surge en 2020 en el marco de la pandemia por COVID-19 y del Decreto 1466 dictaminado para fortalecer el intercambio prestacional en salud el Sistema Nacional de Salud en relación con el COVID-19. La nueva estrategia de Redes Integradas focalizadas en la atención primaria se conformó teniendo en cuenta la delimitación territorial y poblacional sobre la cual actúa cada Red, en conjunto con la cartera de servicios individual y poblacional que brindará. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención[226] (sin internación) son la puerta de entrada a la Red; además, abarca los establecimientos del primer nivel con internación. En 2020 se aprobó el listado de atenciones preferenciales que funcionarán dentro de la Red de atención primaria (Resolución Ministerial 391-2020-MINSA).

[222] https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa.

[223] Mecanismo de pago retrospectivo en el cual la unidad de pago es la resolución de un daño (motivo de ingreso a la consulta) e incluye un conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado de actividades o procesos asistenciales.

[224] Resolución de Gerencia General 317-GG-ESSALUD-2019. Disponible: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000004115_pdf.pdf.

[225] Resolución Ministerial 122-2001-SA/DM: "Lineamientos para la delimitación de Redes en Salud"; Resolución Ministerial 1125-2002-SA/DM: "Directiva para la delimitación de Redes y Microrredes de Salud"; Decreto Legislativo 1166 de 2013.

[226] Usualmente denominados centros de 12 horas (sin internación) y centros de 24 horas (con internación).

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

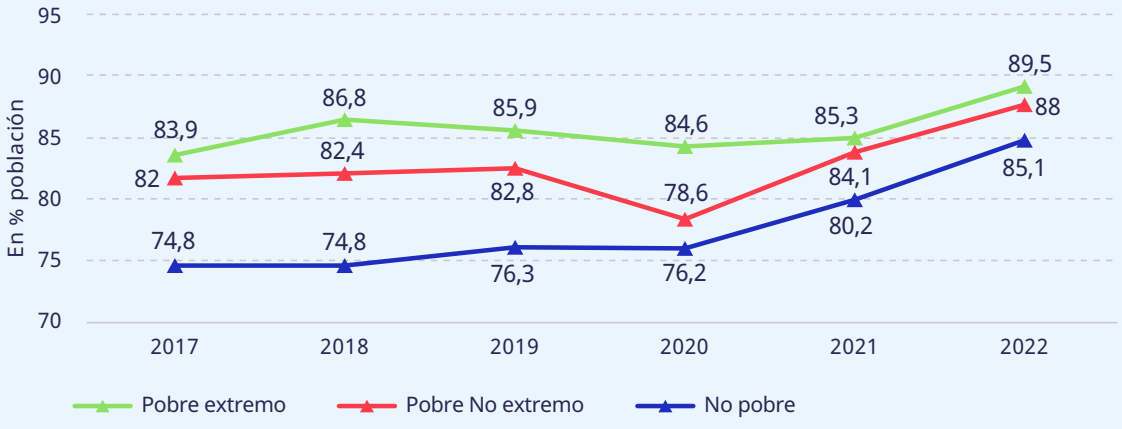
Si bien el cierre de la brecha de la población sin cobertura es una política del Estado peruano, el proceso no ha estado ajeno a ciertas dificultades. En este sentido, de acuerdo con el boletín informativo de SUSALUD para setiembre de 2023, las personas que tenían cuando menos un seguro de salud, según el Registro de Afiliados de la Superintendencia, ascendían al 97,75 por ciento de la población. Dentro de la cobertura, el 69,2 por ciento se encuentra afiliado al SIS, el 30,0 por ciento al EsSalud, 2,9 por ciento a EPS, 1,9 por ciento a la PNP y FFAA y 7,7 por ciento se encuentra afiliado a otro seguro.[227] [228] Además, el 11,25 por ciento tiene entre 2 y 10 IAFAS a la vez (SUSALUD 2023).

Sin embargo, cuando se toma como fuente de información los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), el porcentaje de cobertura desciende considerablemente. Al segundo trimestre de 2023, las personas que contaban con aseguramiento de salud fueron el 87,5 por ciento de la población. La desagregación por tipo de seguro da cuenta de que el 58,6 por ciento se encuentra afiliada únicamente al SIS y el 23,9 por ciento únicamente a EsSalud y 5,0 por ciento a otros seguros o que hay personas que poseen más de un seguro (INEI 2023b).

A su vez, la información de la ENAHO al segundo trimestre de 2023 muestra una importante brecha entre la población sin cobertura en áreas urbanas con respecto a las áreas rurales. El porcentaje de personas que no poseen seguro de salud en el primer caso asciende a 13,9 por ciento, mientras que en áreas rurales es casi la mitad (7,1 por ciento); lo cual se debe a la amplia cobertura que tiene el SIS en las áreas rurales en oposición a las urbanas (86,7 por ciento y 51,7 por ciento respectivamente) (INEI 2023b).

Al analizar la cobertura por nivel de pobreza se observa una relación inversa entre cobertura e ingresos. Con base en la ENAHO para 2022, dentro de la población clasificada como pobre extrema y pobre no extrema, el 10,5 por ciento y 12,0 por ciento respectivamente no cuentan con seguro de salud. Este porcentaje aumenta para la población clasificada como no pobre (14,9 por ciento). Nuevamente se observa una gran participación del SIS en el caso de las personas en situación de pobreza y pobreza extrema (77,0 por ciento y 85,9 por ciento) (INEI, 2023a) (gráfico 2).

Gráfico 2. Perú. Estimación de la población afiliada a un seguro de salud según nivel de pobreza. ENAHO 2017-2022



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe técnico "Perú: Evolución de la pobreza monetaria 2011-2022" (INEI, 2023a).

[227] Otros seguros: Prepagas, Autoseguros, Empresas de Seguros.
[228] La suma totaliza más de 100 por ciento porque hay personas con más de un seguro.

En relación con la cantidad de afiliaciones a los planes disponibles, el 7,9 por ciento solo accede al PEAS como plan de beneficio, el 25 por ciento lo hace a planes específicos, mientras que el 57 por ciento tiene PEAS y algún plan complementario (SUSALUD 2022b).

Al cruzar esta información según la IAFA de proveniencia, se observa que el 87,3 por ciento de las personas afiliadas al SIS cuenta con el PEAS y una cobertura complementaria, mientras que el 13 por ciento restante solo tiene cubierto el PEAS. Por su parte, el 87,2 por ciento de las personas afiliadas a EsSalud se encuentran cubierta por planes específicos que cubren prestaciones por encima del PEAS (SUSALUD 2022b).

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Perú en 2019 se ubica en 0,78, apenas por encima del promedio de la región de las Américas (0,77). Los mejores resultados se presentan en los subindicadores de cobertura de enfermedades no trasmisibles, que se ubica en 0,83 y de enfermedades infecciosas (0,79). Sin embargo, el subindicador de capacidad y acceso de 0,74 se encuentra por debajo de la región de las Américas (0,87) y de los países de ingresos medios altos (0,89). Algo similar ocurre con el índice de cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, cuyo valor es 0,77, debajo del 0,82 de la región de las Américas (UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) n.d.).

Las principales causas de muerte que enfrenta el país son las asociadas a enfermedades neoplásicas, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes por lesiones y causas externas. A su vez, las enfermedades metabólicas y nutricionales han ido avanzando en los últimos años. En conjunto, la mortalidad por enfermedades no transmisibles representó en 2016, el 69 por ciento de las muertes del país (OPS, UNIATF, PNUD 2021).

Perú ha mostrado un significativo progreso en la reducción de la mortalidad materna en las últimas décadas. En 2017, la RMM se ubicó en 60,8 cada 100 000 nacidos vivos, lo cual implica una reducción de 46,3 por ciento en relación al valor estimado en el año 2000 (113,3 cada cien mil nacidos vivos) (Perfil de País - Perú 2022). El 60,7 por ciento de las muertes notificadas en 2022 ocurrió durante el puerperio y muestra un valor similar al reportado en el 2015. Sin embargo, se observa un aumento entre 2020 y 2021 con valores de 62,8 por ciento y 66,3 por ciento respectivamente. La principal causa de muerte materna en 2021 fue el Covid (29,0 por ciento), seguida de hemorragia obstétrica (19,2 por ciento) y de trastornos hipertensivos (16,7 por ciento). En 2022 la causa principal fue la hemorragia obstétrica (25,1 por ciento) seguida de los trastornos hipertensivos (22,0 por ciento). En relación al lugar donde se produjo el deceso, en 2022 el 65,9 por ciento de las muertes ocurrió en un establecimiento de salud (CDC 2023).

En cuanto al acceso a consulta prenatal, en 2019, el 31,3 por ciento de las mujeres fallecidas no tuvo atenciones prenatales, mientras que el porcentaje restante acudió cuando menos una vez a consulta. En el grupo de las que acudieron, el 44,3 por ciento se consideran gestantes controladas, ya que asistieron cuando menos 6 veces. En tanto, más de la mitad (53,3 por ciento) iniciaron el control de manera oportuna (durante el primer trimestre) y 38,9 por ciento lo hicieron durante el segundo trimestre (CDC 2020). En términos generales, el indicador de acceso a la consulta prenatal aumentó entre 2000 y 2020, pasando de 69 por ciento de gestantes que acudieron a cuatro consultas o más a 88,4 por ciento. Por otra parte, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado fue de 94,3 por ciento en 2020 (Perfil de País - Perú 2022).

La salud infantil también ha mostrado avances en los últimos años. La tasa de mortalidad infantil disminuyó un 26,9 por ciento en relación con el 2007 (26 cada mil nacidos vivos), en 2018 se ubicó en 19 cada mil nacidos vivos (Perfil de País - Perú 2022).

En relación con las causas de enfermedades no transmisibles, los principales riesgos son la exposición al tabaco, el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios inadecuados, el sobrepeso y la obesidad. En este sentido, la prevalencia de presión arterial alta en 2021 fue de 17,2 por ciento y se observó un aumento con respecto de la medición de 2019 de 14,1 por ciento. La población con diagnóstico de presión arterial que recibió tratamiento médico[229] en el último año fue de 61,2 por ciento, con lo cual mostró un descenso en relación con el 2019 (68,1 por ciento). La prevalencia de diabetes mellitus también aumentó en los últimos

[229] Medido a través de la compra de medicamentos con receta médica.

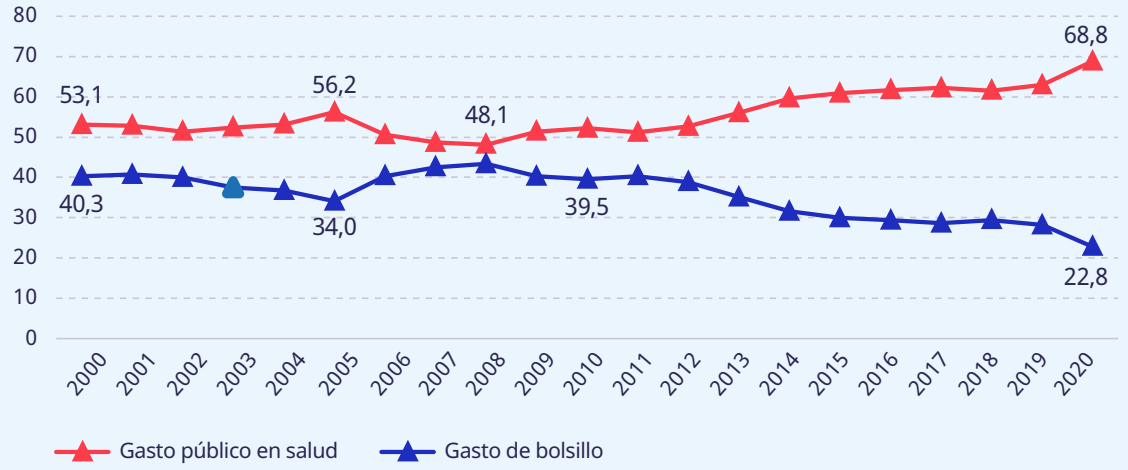
años, al pasar de 3,9 por ciento en 2019 a 4,9 por ciento en 2021. El porcentaje de personas con tratamiento médico para la diabetes pasó de 77,7 por ciento en 2019 a 64,4 por ciento en 2021 (INEI, 2019, 2021).

Esta realidad epidemiológica exige cambios en las prioridades de atención de las redes de salud. Principalmente en las redes estales. La alta carga de ENT no es abordada de manera eficiente por dicha red, cuyo diseño fue pensado para priorizar la atención materno infantil (Cosavalente-Vidarte *et al.* 2019).

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en Perú representó en 2020 el 22,8 por ciento del gasto corriente en salud y ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos 20 años. La menor participación en el financiamiento condice con el aumento de la participación del gasto público, que alcanzó en 2020 el 69 por ciento del gasto corriente en salud. En términos del PIB, el gasto de bolsillo representó 1,4 por ciento en 2020 y mantiene una tendencia leve de descenso desde el año 2009, cuando representó 2 por ciento del PIB. En términos de dólares corrientes, el gasto de bolsillo en 2020 fue de U$S 2 945 (gráfico 3).

▶ Gráfico 3. Perú. Participación del gasto de bolsillo y gasto público en salud sobre el gasto corriente en salud

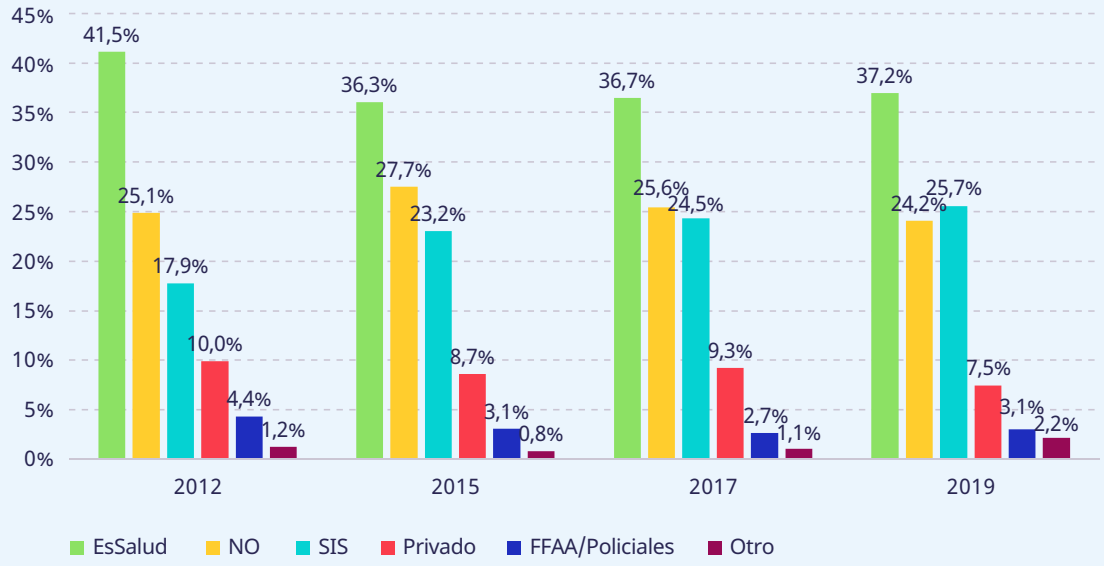


Fuente: Global Health Expenditures Database (OMS n.d.).

De acuerdo con un informe del MINSA basado en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), el principal gasto de bolsillo en salud para los años entre 2012 y 2019 ha sido la compra de medicamentos, seguido por gastos de servicio dental, los cuales representaron el 40 por ciento y el 16 por ciento respectivamente para 2019 (MINSA 2021b). La proporción de recursos destinada al pago de consultas médicas fue de 6,3 por ciento y a controles del embarazo y atención del parto 0,2 por ciento en ambos casos. Una posible explicación al gran peso de medicamentos dentro del gasto en salud es que el principal lugar al que acuden las personas cuando presentan un problema de salud es a las farmacias o boticas (INEI 2023b).

Al analizar la información en relación con la cobertura de las personas, la tendencia muestra que desde 2012 son los afiliados a EsSalud los que realizan el mayor gasto de bolsillo, seguidos por los afiliados al SIS. Sin embargo, igualmente se detecta una disminución de la participación de EsSalud y un aumento del gasto de bolsillo de quienes están afiliados al SIS (gráfico 4).

▶ **Gráfico 4. Perú. Distribución del gasto de bolsillo en salud según afiliación**



Fuente: Elaboración propia en base en (MINSA 2021).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

La densidad de médicos por habitantes en Perú al año 2021 se encuentra en un valor de 1,68 cada 1 000. En tanto que, para el mismo año existía 2,03 personal de enfermería por 1 000 habitantes (MINSA 2023). Estos valores ubican al país por debajo del promedio de la región y de la OCDE, que es de 2,3 cada 1 000 habitantes en personal médico y de 2,9 cada 1 000 habitantes en lo referente a personal de enfermería. (Banco Mundial 2021).

En relación con la infraestructura de salud, el Ministerio de Salud destaca la existencia de una importante brecha. El 97 por ciento de los establecimientos del primer nivel de atención cuentan con una capacidad instalada inadecuada,[230] expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. En tanto, cuando se analizan particularmente los hospitales, este indicador se mantiene en el 96 por ciento (MINSA 2021a).

En lo que refiere al acceso a las atenciones de salud, según datos de la ENAHO para el segundo trimestre de 2023, del total de personas que presentaron algún problema de salud, el 55,0 por ciento no buscó atención; pero quienes sí lo hicieron (45,0 por ciento) buscaron como principal lugar de consulta o atención las farmacias o boticas (17,4 por ciento) y el segundo lugar fue los establecimientos del MINSA/GORE (14,5 por ciento) (INEI 2023b). La población que no buscó atención presenta un significativo aumento a partir de 2020, posiblemente asociado con las restricciones de atención y movilidad durante la pandemia. A su vez, para 2021, no existen diferencias entre la población que cuenta con seguro y la que no, en la relación para no acudir a consulta. En estos subgrupos (personas aseguradas y no asegurados) la principal diferencia se encuentra en que las personas sin seguro acuden en mayor proporción a la farmacia (28,4 por ciento y 21,2 por ciento respectivamente para 2021) (SUSALUD 2022a).

[230] Se considera que un establecimiento de salud presenta capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento de sus servicios de salud trazadores no se encuentran de acuerdo con lo establecido en las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento 113 (Norma Técnica de Salud 113-MINSA/DGIEM-V.01,) 110 (Norma Técnica de Salud 110-MINSA/DGIEM-V.01) y 119 (Norma Técnica de Salud 119-MINSA/DGIEM-V.01).

Un análisis para la población afiliada al SIS y a EsSalud da cuenta de que además de la atención buscada en farmacias, la población de cada aseguradora se atiende en las redes respectivas de su IAFAS. Una muy baja proporción de afiliados a EsSalud buscó atención en las redes del MINSA/GORE, 2,5 por ciento mientras que el porcentaje de afiliados al SIS que buscaron atención en las redes de EsSalud fue aún menor (0,7 por ciento).

La principal justificación para no buscar atención al presentar un problema de salud fue porque "la percepción de la gravedad del problema no ameritó una consulta de salud o no fue grave" con el 49,7 por ciento. En segundo lugar, las personas manifestaron haber resuelto la atención mediante el uso de remedios caseros, recetas previas o autorrecetas (39,8 por ciento); lo cual condice con que sean las farmacias los principales centros de atención que utilizan las personas. También guarda relación directa con que el principal gasto de bolsillo de la población sea en medicamentos. La tercera razón, fue la falta de tiempo y la demora en la atención (12,5 por ciento). Las demás razones consultadas (falta de dinero, lejanía, falta de confianza) presentan valores menores al 5 por ciento de las respuestas.

En relación con los medicamentos es relevante mencionar el déficit de dispensa que presentan las IAFAS con respecto a su prescripción. En 2021 el SIS entregó el 90,2 por ciento de los medicamentos prescriptos. Lamentablemente esta información no se encuentra disponible para EsSalud (SUSALUD 2022a).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

La Superintendencia de Salud es el ente responsable de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud. La ejecución de este mandato se encuentra a cargo de la Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de Derechos en Salud (SADERECHOS) en el ámbito nacional, que cuenta con el accionar de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud (IPROM) y la Intendencia de Protección de Derechos en Salud (IPROT). Existen otros mecanismos de protección de derechos en salud que brinda SUSALUD, como la supervisión de la atención de reclamos de los usuarios, presentados ante los agentes del Aseguramiento Universal en Salud: IAFAS, IPRESS y UGIPRESS (SUSALUD 2022b).

Mediante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Protección de Derechos en Salud, se realizan acciones de mejora continua de los servicios ofrecidos en beneficio de la población. El acceso al Sistema por parte de las personas usuarias consiste en una plataforma multicanal donde es posible presentar reclamos las 24 horas del día por vía telefónica o virtual, además de la tradicional atención presencial o por correo. Incluso dispone de una aplicación móvil llamada SUSALUD Contigo (SUSALUD 2022b).

De acuerdo con el Boletín Estadístico de la SUSALUD, al segundo trimestre de 2022, del total de casos atendidos sobre la protección del derecho a la salud, el 76,3 por ciento se originaron en las IPRESS/IAFAS del MINSA, que incluye al SIS, mientras que el 15,8 por ciento correspondieron a las IPRESS/IAFAS de EsSalud.

De acuerdo con la legislación actual (ley 29 414) las personas usuarias de los servicios de salud tienen 25 derechos agrupados en cinco principios; los que resultan prioritarios para las intervenciones de promoción y protección de derechos en salud. Estos son: el acceso a los servicios de salud; a la atención integral de la salud; el acceso a la información; el consentimiento informado y la protección de los derechos. En este sentido, para el segundo trimestre de 2022 los principales derechos vulnerados que motivaron intervención de SUSALUD fueron los relacionados con disconformidades al momento de acceder a la salud, con el 28,3 por ciento, seguido por atenciones por disconformidades sobre el acceso a la información con 26,1 por ciento, luego por reclamos sobre la atención y recuperación de la salud con 11,8 por ciento y 10,9 por ciento resultaron atenciones de casos por la protección de otros derechos. Por su parte, atenciones por vulneración del derecho al consentimiento informado resultó en un 0,04 por ciento. Las restantes resultaron consultas o atenciones que no implicaban la vulneración de un derecho. En lo que se refiere a reclamos presentados ante las IAFAS, el mayor volumen se presentó en EsSalud (32,2 por ciento) seguido del SIS (24,9 por ciento) y Oncosalud (16,7 por ciento), que es la IAFAS privada que registró el mayor porcentaje de reclamos.

En relación con los derechos vulnerados, el 28,4 por ciento de los presentados ante las IAFAS responde al derecho de acceso a los servicios de salud. Dentro de este, la causa específica más importante es negar o demorar la acreditación, con un peso de 9,3 por ciento del total de reclamos. Otra causa relevante en

relación con este derecho son los cobros indebidos (6,1 por ciento), seguida por negar o demorar en otorgar la cobertura de salud (3,7 por ciento) y la gestión de la carta de garantía (3,6 por ciento).

Según datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2016, el tiempo promedio de espera en el consultorio médico para la atención fue de 101 minutos; tiempo que aun es superior en los consultorios dependientes del MINSA/GORE, 135 minutos e inferior en las IPRESS de EsSalud, 80 minutos. A su vez, el 73,9 por ciento de los encuestados se mostró satisfecho con el servicio de consulta externa. Sin embargo, dicho porcentaje es menor cuando se trata de usuarios de la IPRESS estatales, con una satisfacción del 66,7 por ciento y mayor para EsSalud (74,9 por ciento) y clínicas privadas (89,7 por ciento) (INEI n.d.).

El porcentaje de usuarios de consulta externa que declararon haber tenido un problema durante su atención fue del 13,3 por ciento. Este porcentaje es mayor cuando de se trata de EsSalud (18,5 por ciento). De manera agregada, la principal causa registrada de problemas en la atención fue la demora en la atención (41,1 por ciento) y pocos turnos (22,4 por ciento). Si bien no existen diferencias significativas entre las instituciones del MINSA/GORE y la EsSalud en relación con la demora en la atención, sí las hay en relación con la segunda causa. En este sentido, el 26,6 por ciento de los usuarios del MINSA/GORE reportaron problemas de atención relacionados a la falta de medicamento, mientras que en el caso de la EsSalud fue del 14,8 por ciento. Por su parte, para los usuarios de EsSalud, el segundo problema más reportado fue la poca disponibilidad de turnos para la atención (28,2 por ciento); en tanto que para los usuarios de MINSA/GORE ocupó el cuarto lugar (18,5 por ciento).

En cuanto a la atención recibida por parte del médico tratante, el 91,6 por ciento calificó de bueno o muy bueno el respeto recibido y el 90,5 por ciento calificó de buena o muy buena la amabilidad. En el caso de otros profesionales de la salud, el trato respetuoso fue considerado bueno en el 79,4 por ciento de los usuarios y la amabilidad fue buena para el 77,6 por ciento.

El sistema de protección social en salud tiene que adaptarse al cambio demográfico. Perú para el año 2023 cuenta con una población total de 33,7 millones de habitantes, estimados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú (INEI) y un 80,3 por ciento de su población se encuentra en áreas urbanas (año 2020). La distribución por sexos resulta equitativa, con una razón de 102 mujeres por cada 100 hombres. Los mayores de 65 años representan el 8,3 por ciento de la población total, grupo que registra un aumento de 3,6 por ciento en relación con 2000. Al considerar este crecimiento, la necesidad por cuidados de largo plazo puede crecer. Frente a esta situación, el sistema de protección social tendrá que adaptarse del lado de servicios de salud, así como de prestaciones económicas. En efecto, la cobertura efectiva de protección social por viejez corresponde solo a un poco más de un tercio de la población en edad de jubilarse protegida (ILO 2021).

▶ 5. Desafíos

La configuración actual del sistema de salud bajo la ley de Aseguramiento Universal, pensada para resolver la fragmentación del sector, condujo a un sistema más complejo que continúa teniendo altos niveles de fragmentación. Existen diferentes entidades de administración de fondos y aseguramiento de la población (IAFAS) que manejan los recursos de manera independiente y que brindan planes diferenciados según la población que cubren. Si bien existe un plan mínimo de prestaciones (PEAS), en la práctica la población accede a planes más amplios, pero diferentes entre aseguradoras. En este sentido, por ejemplo, conviven en la esfera de aseguramiento del SIS diferentes planes según la situación económica y la capacidad de pago de la población que otorga acceso a prestaciones diferenciadas.

Es imprescindible el aumento del gasto destinado al financiamiento de la salud para avanzar en la resolución de los problemas de acceso que enfrenta la población y continuar con la disminución del gasto que sostienen las familias.

Un aumento de la inversión en salud por parte del estado permitirá avanzar en la reducción del déficit de infraestructura y de talento humano disponibles, lo cual redundará en una mayor capacidad de oferta en las IPRESS públicas. A su vez, al permitir un mejor acceso a la atención para la población debería reducirse el gran peso que significa el gasto de bolsillo en el financiamiento actual. Se debe tomar en consideración que tal gasto se concentra principalmente en medicamentos; es importante una respuesta del estado que garantice un mejor acceso.

Otra variable significativa en este proceso es mejorar la articulación entre las diferentes IAFAS y entre estas y las IPRESS, que son las encargadas de brindar las atenciones. La reglamentación aprobada en 2020 en relación con los mecanismos de pago podría ser una primera respuesta para mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos disponibles y un incentivo hacia el mejoramiento en los resultados de salud para las IPRESS, ante todo cuando los mecanismos de pago se encuentren asociados con mejoras de resultados.

También la estrategia de redes integradas reformada recientemente puede constituirse en un mecanismo para abordar la alta fragmentación del sistema. Si logra consolidarse en el marco de esta primera etapa que abarca a las atenciones del PEAS en el primer nivel de atención de la red pública, podría constituirse en el camino por seguir para el resto de las IPRESS que conforman el sistema.

Por último, Perú desarrolló durante 2020 un Plan Estratégico Multisectorial proyectado hasta el 2030 sobre la Política Nacional Multisectorial de Salud, denominado “Perú, País Saludable” con el objetivo de reducir en un 5 por ciento, para el 2030, los años de vida perdidos por causas evitables. El Plan se encuentra organizado alrededor del cumplimiento de tres objetivos prioritarios que servirán de guía para el desarrollo de la política de salud en los próximos 10 años. Los objetivos son “mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población”, “asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población” y “mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud”.

6. Principales lecciones aprendidas

- Un logro de las reformas sucedidas en los últimos años fue la ampliación progresiva de la cobertura de salud a gran parte de la población, mediante la promulgación de la ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29.334. Sin embargo, el sistema no ha logrado consolidarse como un sistema de salud integral debido a la fragmentación y segmentación que suponen sus diferentes fuentes de financiamiento y aseguramiento.
- El gasto en salud de Perú, medido en términos del PIB, es uno de los más bajos en América Latina. Ampliar la cobertura sin el adecuado aumento del gasto en salud no garantiza el acceso a los servicios para la nueva población cubierta.
- Si bien los datos del registro de afiliados muestran una cobertura casi universal (97,75 por ciento), los registros con base en la Encuesta de Hogares muestran que la realidad responde a un logro menor, cerca del 87,5 por ciento. Lo cual evidencia que aún existen barreras en el acceso a la salud que no logran ser resueltas solamente con la ampliación de la cobertura. Una muestra de ello resulta, por ejemplo, en el hecho de que el 55 por ciento de las personas que presentaron problemas de salud, no buscaron atención y el grupo que sí lo hizo, acudió principalmente a la farmacia para resolver su atención.
- En relación con lo anterior, el aumento en el aseguramiento resultó en una mejora en los indicadores de gasto de bolsillo, pasando de 39,5 por ciento del total del gasto en salud en 2010 a 22,8 por ciento en 2020. No obstante, continúa siendo muy elevado en relación conlos países de la región y uno de los principales gastos en salud que realizan los hogares (MINSA; 2021b). De esta manera se evidencia que la ampliación de la cobertura no es condición suficiente para resolver la carga económica que supone la atención de la salud.

Referencias

Banco Mundial. 2016. Financiamiento de la salud en el Perú: análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. https://documents1.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WPP151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf.

———. 2021. «Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19». *World Bank*. https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/financiamiento-para-la-cobertura-universal-de-salud-en-el-per-despu-s-de-la-COVID-19.

———. s. f. «PIB per cápita (US$ a precios actuales), Perú». Consultada el 22 de marzo de 2023. https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=PE.

Casalí, P., F. Bertranou y L. Casanova. 2013. *El Sistema de Salud de Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_213905/lang--es/index.htm.

CDC (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades). 2020. *Boletín Epidemiológico del Perú*. Volumen 28, SE 52. MINSA. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf.

———. 2023. Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 32, SE 18. MINSA. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202318_07_095847_3.pdf.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). s. f. «Programas de transferencias condicionadas, base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe». Consultada el 5 de abril de 2023. https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc?pais=pe.

Cosavalente-Vidarte, O., L. Zevallos, J. Fasanando y S. Cuba-Fuentes. 2019. «Proceso de transformación hacia las Redes Integradas de Salud en el Perú». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 36 (2): 319. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4623.

ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar). 2022. *Perú:* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. Nacional y departamental. INEI. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf.

EsSalud. 2021. Historia de la Seguridad Social en el Perú, 1936-2021. http://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/hist_del_seg_socia_SSE.pdf.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2023a. Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022. Informe técnico. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2022/Pobreza2022.pdf.

———. 2023b. Condiciones de Vida en el Perú: abril-mayo-junio 2023. https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4656653-condiciones-de-vida-en-el-peru-abril-mayo-junio-2023.

———. s. f. *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud. Enero-julio 2016. Resultados definitivos*.

Jeri-De-Pinho, M. 2018. «Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud en el Perú: conocimientos, percepciones y prácticas sobre la protección de sus derechos». *Anales de la Facultad de Medicina* 79 (1): 17. https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14587.

Jumpa-Armas, D. V. 2019. «Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación». *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 19 (3): 75-80. https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158.

MINSA (Ministerio de Salud). 2019. Análisis de Situación de Salud de Perú 2019. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf.

———. 2021a. Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud 2021. https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf.

———. 2023. Análisis de situación de salud de Perú, 2021. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf.

MINSA, D. G. de M. 2021b. Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Periodo 2012-2019. http://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/191.

OIT 2021. *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_817572.pdf.

OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f.-a. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

———. s. f.-b. «UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)». Consultada el 28 de enero de 2023. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2022. «Perfil de país—Perú». *Health in the Americas*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-peru.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Grupo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (UNIATF) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2021. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales en el Perú: el caso a favor de la inversión*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54414/9789275324011_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2022. *Human Development Report 2021/2022*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf.

SIS (Seguro Integral de Salud). 2021. Memoria anual del Seguro Integral de Salud 2020. MINSA. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1973096/ANEXO%20RJ%20077-2021-SIS%20Memoria%20Anual%202020.pdf.pdf.

SUSALUD. 2022a. «Anuario Estadístico 2021». https://www.gob.pe/institucion/susalud/informes-publicaciones/3329517-anuario-estadistico-2021.

———. 2022b. «Boletín Estadístico 2022». https://www.gob.pe/institucion/susalud/informes-publicaciones/3425959-boletin-estadistico-2022.

———. 2023. «Boletín Informativo SUSALUD - Registro Nominal de Afiliados (REGINA)».

Videnza Consultores. s. f. «Documento de investigación 2. Financiamiento en el sector salud». https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2020/10/Documento-de-investigacion-Financiamiento-en-el-sector-salud.pdf.

En camino hacia la cobertura universal en salud: la protección social en salud en República Dominicana

©Freepik

1. Introducción

República Dominicana es, en el contexto de América Latina y el Caribe, un país considerado con un nivel alto de desarrollo humano. En el año 2021, se ubicó en el puesto 80 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano (IDH). El valor del indicador corresponde a 0,767, por encima del promedio de América Latina y el Caribe (0,754). Su producto interno bruto (PIB) *per capita*, para ese mismo año, fue de US$ 8 476,8.

El sistema de protección social en salud brinda cobertura a la población nacional y extranjera residente en el país, mediante el Seguro Familiar de Salud (SFS). Al mes de octubre de 2023, contaba con una afiliación cercana al 97 por ciento de la población total del país (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales 2023).[231]

2. Contexto

La promulgación de la ley 87-01, creadora del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) instaura un nuevo sistema de seguridad social. Al tiempo que constituye un impulso a la reforma iniciada en la década de 1990 en el sector salud y contenida en la ley 42-01, General de Salud. La reforma se planteó ante un sistema con amplias brechas de cobertura, en particular limitaciones en el acceso de la población con menor capacidad económica, así como deficiencias en la atención y calidad de los servicios de salud.

Uno de los principales cambios de la ley 87-01 fue el establecimiento de tres regímenes de financiamiento, a saber: un régimen contributivo, dirigido a personas trabajadoras asalariadas, tanto del sector público como del privado, este régimen es financiado por las personas trabajadoras y por el ámbito de los empleadores, incluyendo al Estado como empleador; un régimen subsidiado, orientado a la protección de las personas trabajadoras por cuenta propia, con ingresos inestables o inferiores al salario mínimo nacional, así como a personas desempleadas, con discapacidad o indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado dominicano y un régimen contributivo-subsidiado, dirigido a personas profesionales y técnicos independientes y a personas trabajadoras por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional, se financia con aportes de la persona trabajadora y un subsidio estatal para suplir la falta del agente empleador (art. 7).

[231] Según cálculo realizado con base en el total de población registrada en el último Censo Nacional de Población en Vivienda de 2022.

Las reformas se implementaron en forma paulatina y al margen del calendario de implementación incluido en la propia ley. De hecho, seis años después de su promulgación; es decir, en el 2007, fue que se instauró el SFS para el régimen contributivo. La falta de mecanismos efectivos para la afiliación al régimen contributivo-subsidiado, en la práctica, ha devenido en la ampliación por defecto del régimen subsidiado. Adicionalmente, existen planes especiales de salud para personas jubiladas y pensionadas y un plan voluntario dirigido fundamentalmente a la diáspora dominicana y personas extranjeras.

3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

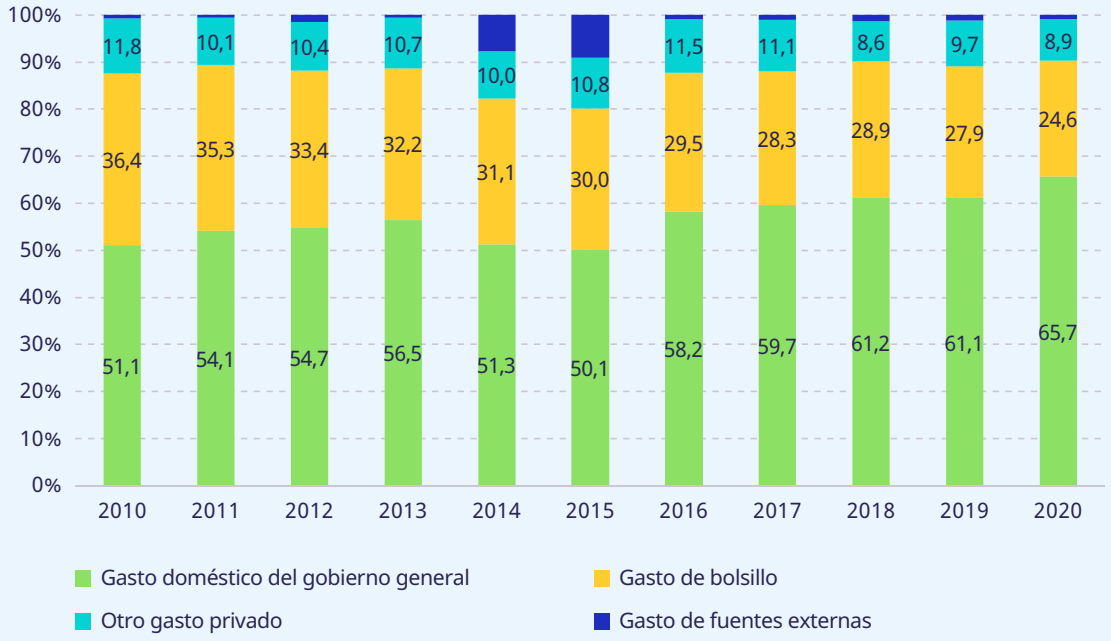
i) Distribución del gasto en salud

República Dominicana presenta un gasto corriente en salud relativamente bajo con respecto a otros países de la región. Aunque ha venido aumentando desde un 1,7 por ciento en el 2007 hasta 2,8 por ciento en el 2011, porcentaje que se sostiene hasta el 2019 y en el 2020 sube, con motivo de la pandemia de la enfermedad COVID-19, hasta alcanzar un 3,2 por ciento del PIB, para reducirse nuevamente en 2021, que recobra al mismo nivel que en 2015 (Rathe *et al.* 2022). Este nivel determina un gasto *per capita* de USD 354,1 (Banco Mundial 2020).

El gasto público corresponde al 65,7 por ciento del gasto total en salud, con un crecimiento de 14,5 puntos porcentuales en la última década (Banco Mundial 2020). No obstante, el crecimiento más importante se dio en los años previos, al pasar el gasto público del 26,7 por ciento del gasto total en 2004, al 51,1 por ciento en 2010. Este incremento obedece al hecho de que en el 2007, entró en funcionamiento el régimen contributivo del SFS, con lo cual la población afiliada a los seguros privados pasó a formar parte de las ARS, al tiempo que dejaron de denominarse fondos privados para ser considerados públicos (rathe 2018b).

La estructura del gasto muestra una participación similar entre el gobierno y los seguros de salud obligatorios; ambos representan el 33 por ciento del gasto total en salud (Banco Mundial 2020). El 25 por ciento corresponde a gasto directo de los hogares y el 10 por ciento restante a pagos de seguros de salud voluntarios. En la década comprendida entre 2010 y 2020, el financiamiento gubernamental y de los seguros obligatorios experimentó un crecimiento y su participación en el gasto total se incrementó en más de 5 puntos porcentuales en cada caso. Como resultado, el gasto de bolsillo presentó una disminución en el mismo periodo (gráfico 1).

▶ Gráfico 1. República Dominicana. Procedencia del gasto en Salud como porcentaje del gasto total, de 2010 a 2020

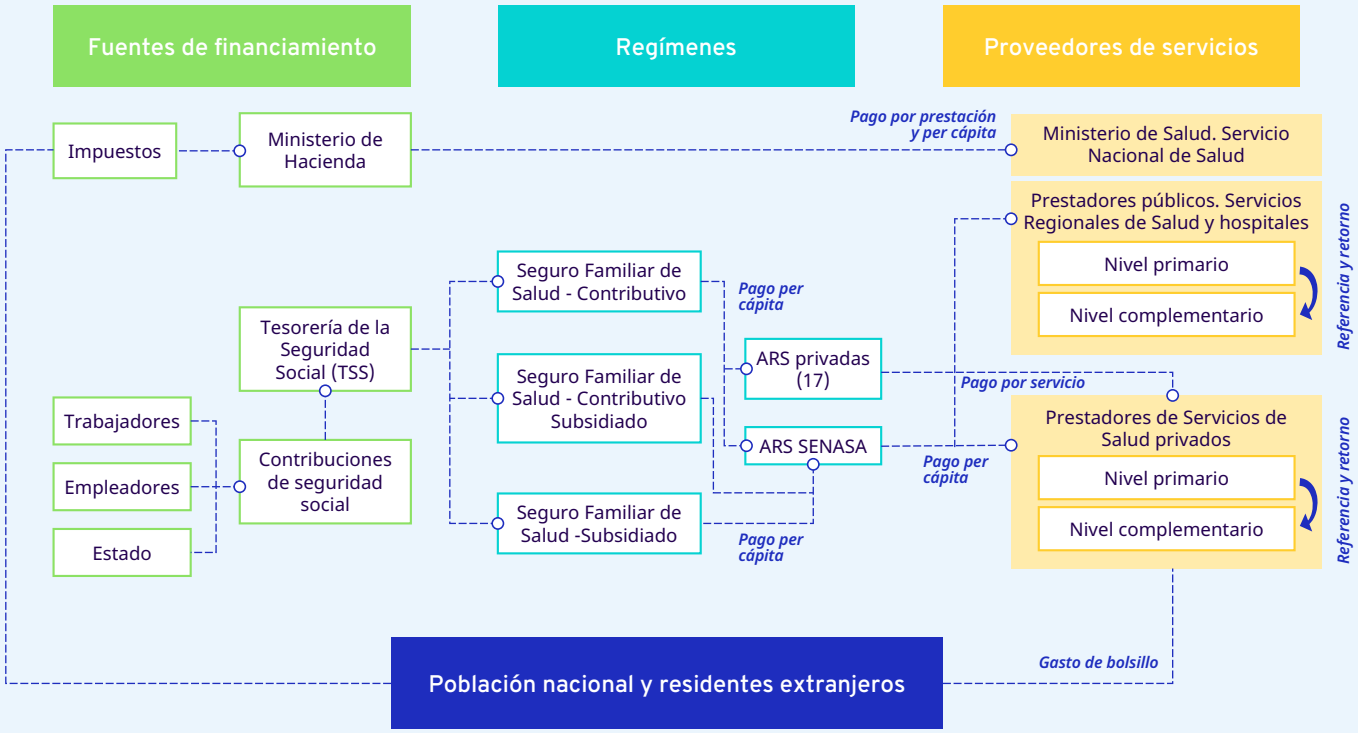


Fuente: Organización Mundial de la Salud (2022).

ii) Flujos financieros del sistema

El financiamiento de la prestación de servicios salud en República Dominicana tiene un alto grado de integración. Los recursos que provienen de las contribuciones sociales y las transferencias de gobierno son recaudados por el CNSS por medio de la TSS. Solo los fondos que el Ministerio de Hacienda transfiere al Ministerio de Salud se gestionan de manera independiente y no financian al Seguro Familiar de Salud (diagrama 1).

▶ **Diagrama 1. República Dominicana. Flujo de financiamiento de la prestación de servicios de salud**



Fuente: Elaboración propia.

iii) Fuentes de financiación

Las fuentes de financiamiento del SFS dependen del tipo de régimen. Así, el régimen contributivo se financia con las cotizaciones y contribuciones de las personas trabajadoras y el sector empleador. Actualmente, la cotización total es del 10,13 por ciento del salario cotizable, de los cuales la persona afiliada aporta el 3, 04 por ciento y el ente empleador el 7,09 por ciento (ley 188-07, que introduce modificaciones la ley 87-01 que crea el SDSS). Este esquema, además, se financia con los beneficios, intereses y rentas del Fondo de Solidaridad, de las multas impuestas por incumplimiento de la ley que crea el SDSS y por donaciones y adjudicaciones. El salario cotizable máximo es equivalente a 10 salarios mínimos nacional (ley 87-01, citada).

El régimen subsidiado se financia con los aportes estatales. Las fuentes de financiamiento incluyen las partidas del presupuesto destinadas al cuidado de la salud, a la asistencia social y a la contratación de seguros de salud, los impuestos especializados, los impuestos a premios mayores y juegos de azar, entre otros. Adicionalmente, la cobertura brindada a la población no asegurada se financia con recursos transferidos por el Ministerio de Hacienda.

3.2. Gobernanza

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), antes Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, es el ente rector del Sistema Nacional de Salud (ley 42-01, General de Salud). Como tal, es responsable de regular al sector y de conducir políticas y acciones en materia de salud, coordinar acciones interinstitucionales en el ámbito sanitario, realizar vigilancia de la salud y gestionar recursos del sector.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es la instancia de cogestión de la salud pública, presidida por la personas que ocupe el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y conformada por personas representantes

de los ministerios de la presidencia, trabajo, educación y medio ambiente; así como otras organizaciones públicas y gremiales. Entre sus funciones destacan crear mecanismos de coordinación y comunicación entre las instituciones del sector, brindar asesoría al ejecutivo, coordinar la elaboración de propuestas de reglamentos (ley 42-01, General de Salud).

En 2015, se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) como una dirección central adscrita al MSP, con sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado, responsable de la gestión de los Servicios Regionales de Salud (ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud).

El sistema maneja en forma separada el aseguramiento de la prestación de servicios de salud. La afiliación y recaudación al SFS corresponden al SDSS (ley 87-01). El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) es el ente de dirección y conducción. Como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones; así como garantizar la extensión de cobertura, entre otras funciones. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) tiene a cargo el sistema único de información y el proceso de recaudo, distribución y pago; cubre un valor *per capita* por persona asegurada a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Estas a su vez, son las responsables de retribuir a las prestadoras de servicios de salud (PSS). En la actualidad, existen 17 ARS privados y una púbica, que es el Seguro Nacional de Salud (SENASA). La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARFIL) es la responsable de la supervisión y regulación del SFS.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

La ley 42-01 establece que todas las personas nacionales o residentes en el territorio dominicano "son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna" (art. 3).

En ese mismo sentido, la ley 87.01, establece como beneficiarios del SFS del régimen contributivo, al cónyuge de la persona afiliada o pensionada, así como a su compañero o compañera de vida con quien haya mantenido una relación marital durante los últimos tres años anteriores a la inscripción o haya procreado hijos o hijas, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio; a los hijos e hijas menores de 18 años o hasta los 21 años cuando sean estudiantes e hijos o hijas con discapacidad, independientemente de su edad, dependientes de la persona afiliada o pensionada (art. 123).

3.4. Beneficios

El SFS comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales[232] (art. 119).

La población afiliada en el SFS bajo el régimen contributivo cuenta con prestaciones en especie (Plan Básico de Salud) y en dinero (subsidios por enfermedad y maternidad). Mientras que, el régimen subsidiado solamente ofrece las prestaciones contempladas en el Plan Básico de Salud.

El Plan Básico de Salud (PBS), definido mediante el Decreto del Poder Ejecutivo 74-03 donde se establece el Reglamento sobre el SFS y el PBS, indica que se brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales para el régimen contributivo y genérico para el subsidiado (art. 11) — Se excluyen tratamientos cosméticos y suntuarios detallados en el reglamento (art. 17).

[232] Tales riesgos están cubiertos por la ley 4117, sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y el por el Seguro de Riesgos Laborales establecido por la misma ley 87-01.

El Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) contiene el detalle de actividades del PBS y rige para todas las ARS. Es administrado por el CNSS y se debe actualizar cada dos años. Entre las actividades de prevención constan la asistencia prenatal, la prevención de la fiebre reumática, el cáncer cérvico uterino; la prevención y el tratamiento de la tuberculosis y la diabetes, el tratamiento integral de niños y niñas, la planificación familiar, la vacunación, entre otras.

La atención ambulatoria corresponde a consultas de medicina general y especialidades médicas en consultorio y domiciliarias, controles por grupos de edades y salud mental. Además, el plan cubre servicio odontológico, oftalmología, rehabilitación, emergencias, atención de parto y diferentes medios de diagnóstico, hospitalización, cirugía y medicamentos que consten en el PDSS. La población del régimen contributivo puede adquirir coberturas complementarias con su ARS para ampliar los servicios del plan básico, tales como cobertura del 100 por ciento en hospitalización y cesárea u otras prestaciones en las que el PDSS no tiene cobertura total. Por otro lado, la oferta de seguros privados se enfoca en seguros de salud internacionales, de vida, de protección de bienes y otros, ya que las ARS concentran la oferta de aseguramiento en salud en el PBS y servicios complementarios o mejoras de este plan.

El Reglamento del SFS y el PBDS establece los pagos por parte de la persona afiliada en el régimen contributivo, según se detallan en el cuadro 1.

▶ Cuadro 1. Pagos de la persona afiliada al SFS en el régimen contributivo

Tipo	Detalle
Copago	30 por ciento en medicamentos
Cuota Moderadora Fija	Consultas
Cuota Moderadora Variable	▶ Coberturas entre el 80-90 por ciento con techos en hospitalización, cirugía, cesárea, atenciones de alto costo, trasplantes, entre otros. ▶ Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatoria ▶ Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad ▶ Cirugía ▶ Hemoterapia ▶ Hospitalización ▶ Partos (cesáreas) ▶ Rehabilitación ▶ Servicios Odontológicos

Nota: El régimen subsidiado no está sujeto al pago de copago y cuotas moderadoras.
Fuente: Elaborado a partir de Seguro Nacional de Salud, 2021.

Ante la falta de decisión para brindar los servicios de salud a personas pensionadas y jubiladas, mediante el Decreto del Poder Ejecutivo 18-19 se creó un Plan Especial Transitorio de Servicios de Salud para personas pensionadas y jubiladas del Estado y sus dependientes directas, que se encuentren oficialmente inscritas en la base de Datos de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones del Estado del Ministerio de Hacienda. Su vigencia está definida hasta la incorporación definitiva de esta población al SFS. Se encuentra bajo la administración de SENASA y tiene cobertura del PBS o del PDSS y de accidentes de tránsito.

3.5. Provisión de servicios

La población afiliada al SFS por medio del régimen contributivo cuenta con libre elección y, por tanto, puede escoger afiliarse a una de las 17 administradoras privadas o bien a la ARS pública. La provisión de servicios se realiza a través de las PSS, personas o entidades públicas, privadas o mixtas que proveen servicios de salud y que son habilitadas por la SESPAS. Cada ARS debe asegurar una red de prestadores que, de forma conjunta, articule la prestación en niveles de atención. Mientras que, la población del régimen subsidiado solamente puede estar afiliada a la ARS pública.

De acuerdo con el modelo de gestión del Servicio Nacional de Salud, la provisión de servicios está organizada en dos niveles de atención. Un nivel de atención primaria, como puerta de entrada al sistema y un nivel complementario de atención especializada de hospitalización tanto general como compleja. El primer nivel principalmente realiza acciones preventivas de carácter general y cumple con la cartera de servicios del PBDS y el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General. Cada persona beneficiaria, indistintamente de su aseguradora, debe registrarse en una Unidad Nacional de Atención Primaria (UNAP) perteneciente a su red de prestadores y cercana a su domicilio, lo que determinará la red complementaria o especializada a la cual se realizarán las referencias. Cada unidad tiene una población de referencia con una cifra máxima es de 2 500 habitantes en un territorio determinado. Adicionalmente, existen las zonas de salud que agrupan a varias UNAP (en municipios) y tienen una cobertura que oscila entre 5 000 y 25 000 habitantes. Para el 2022 se registran 1 348 centros de primer nivel.[233]

El nivel complementario lo conforman el segundo nivel que realiza atención ambulatoria y hospitalaria de las especialidades básicas y el tercer nivel que cuenta establecimientos de alta complejidad. La red complementaria la conforman 189 hospitales y busca la mayor fluidez entre niveles a través de un expediente único y establecimiento de criterios homogéneos (PLANDES 2030).

El régimen contributivo prioriza el principio de libre elección, tanto de la UNAP como de la red complementaria, dentro de la red de servicios de la ARS a la cual se encuentre la persona afiliada. Sin embargo, a pesar de que en el modelo de gestión se señala que las ARS privadas deben cumplir con la inscripción en un establecimiento de primer nivel dentro de su oferta de servicios, existe una ausencia de la puerta de entrada a través del primer nivel de atención y, por consiguiente, un sistema de referencia y contrarreferencia poco efectivo (Lizardo 2022).

El SENASA realiza la provisión de servicios de salud a través de la red pública o entidades privadas bajo contrato cuando no cuenta con los servicios en la red pública (Rathe y Moliné 2011). Existe un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre establecimientos de salud de la red a la que pertenecen.

Las ARS privadas únicamente compran servicios a los prestadores privados mediante un pago por prestación el SENASA paga a los prestadores públicos mediante pagos *per capita* y por servicios, igualmente paga a los prestadores privados por medio pago por servicios. (Rathe 2018a).

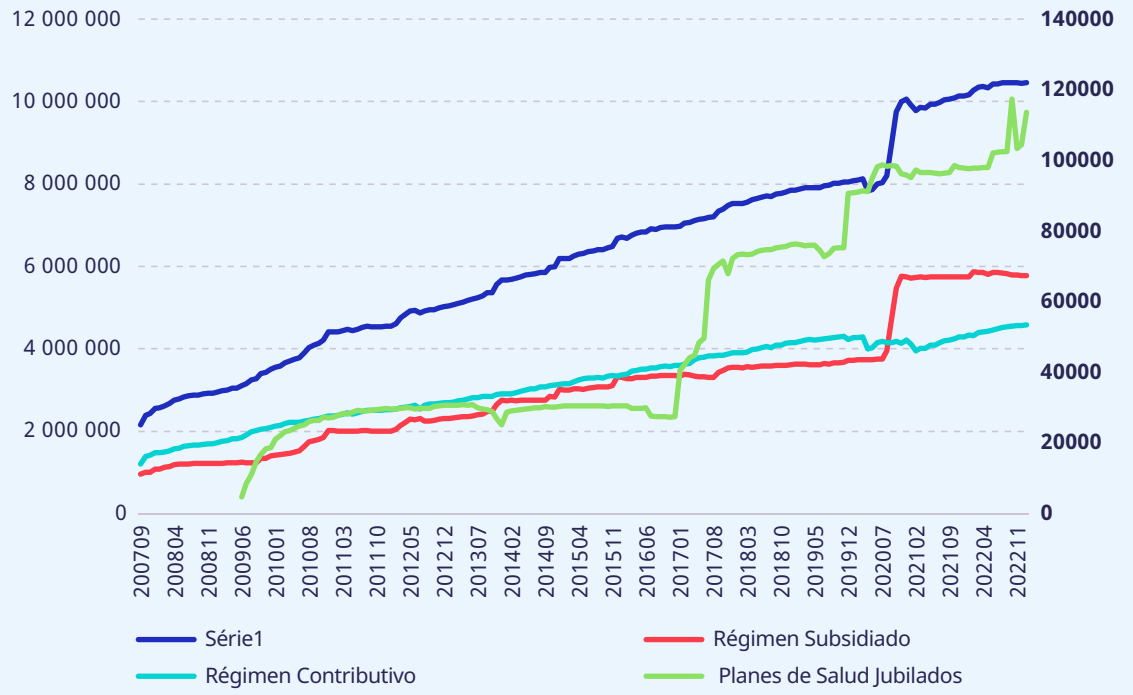
▶ 4. Resultados

4.1.Cobertura efectiva de la protección social en salud

Desde la implementación del SFS la cobertura de salud de la población ha tenido una tendencia creciente. En 2007, alrededor del 27 por ciento de la población estaba cubierta por el SFS[234]. Esto es 2,6 millones de personas En el 2020 se dio un incremento de alrededor de 2 millones de personas en el régimen subsidiado. Para octubre de 2023, aproximadamente el 97 por ciento de la población pertenece al sistema de seguridad social en salud. Es decir, 10,4 millones de personas; el 55 por ciento forma parte del régimen subsidiado, el 44 por ciento del contributivo y un 1 por ciento es cubierto por planes especiales de salud de pensionados y jubilados (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales 2023) (gráfico 2).

[233] Según el levantamiento del estatus operativo realizado por el MSP. Citado en PLANDES 2030.
[234] Con base en la población del año 2007 reportada en el Banco Mundial, 9,4 millones de personas.

▶ Gráfico 2. República Domicana. Población afiliada en el Seguro Familiar de Salud y en Planes Especiales de Salud para Pensionados y Jubilados



Fuente: Elaborado a partir de información de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2022).

En el régimen contributivo, la ARS SENASA y la ARS Primera son las principales, con aproximadamente un 30 por ciento de afiliación cada una. Otras 15 ARS privadas concentran el 40 por ciento de afiliación en dicho régimen (Tesorería de la Seguridad Social 2022). Si se toma en cuenta la afiliación en ambos regímenes (es decir, contributivo y subsidiado) la ARS SENASA brinda cobertura a cerca del 70 por ciento de la población que cuenta con SFS.

4.2. Utilización de los servicios de salud

República Dominicana presenta un índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de 0,66, y se encuentra bajo el promedio de la región. Históricamente, la cobertura de servicios ha sido baja, en el año 2000 el índice era de 0, 45 y se ha incrementado en un 47 por ciento en los últimos 20 años. El mejor resultado corresponde a las prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, mientras que el índice más bajo se registra en las prestaciones de enfermedades no transmisibles y en las capacidades del servicio.

La atención de la salud materna e infantil evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. En el año 2021, el 99,9 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud y en establecimientos de salud, además la cobertura de cuidado prenatal fue del 98 por ciento en el año 2019.

El moderado envejecimiento de la población, con la prolongación de la expectativa de vida al nacer y el cambio demográfico hacia un predominio del grupo poblacional de personas en edad adulta genera demandas de servicios de salud importantes, así como, servicios de cuidados a largo plazo. Actualmente, el porcentaje de personas mayores de 65 años supera ligeramente el 7 por ciento de la población total; se proyecta que para el año 2050 sea del 16 por ciento. De acuerdo con datos del año 2013, el 10 por ciento de las personas mayores de 65 años y el 27 por ciento de las personas mayores de 80 años tienen dependencia funcional en cuando menos una de sus actividades básicas; sin embargo, el cuidado a largo plazo sigue siendo responsabilidad de las familias, ya que el Estado brinda estos servicios a personas mayores

en situación de pobreza extrema o cuyas familias no puedan proporcionar esta atención (Redondo 2021). Adicionalmente, solo el 11,3 por ciento de la población adulta mayor cuenta cobertura efectiva de protección social por vejez (OIT 2023).

Las enfermedades no transmisibles han sido la principal causa de mortalidad desde el año 2000; sin embargo, su importancia se ha incrementado en los últimos 20 años, pasando de ocupar el 51 por ciento de las causas en el año 2000 a casi un 80 por ciento en el año 2019. Asimismo, en el año 2019, las causas externas representaron el 15,5 por ciento de las causas de muerte y las enfermedades transmisibles, maternas perinatales y nutricionales cubrieron el 12,6 por ciento. Destaca en la tasa de mortalidad ajustada por edad por causas externas, los accidentes de tránsito (67, 2 por 100 000 habitantes) (PLANDES 2030).

Dentro de las 10 causas de muerte en el año 2021 se observa que, con excepción de la enfermedad COVID-19, las enfermedades isquémicas del corazón, la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades crónicas no trasmisibles, junto con los accidentes de transporte terrestre continúan siendo las principales causantes de mortalidad (PLANDES 2030).

Cabe indicar que en el 2009, el VIH/SIDA era parte de las 10 principales causas y en el 2019 se encuentra en el puesto 15 (Institute for Health Metrics and Evaluation 2015). Además, el 40 por ciento de los fallecimientos corresponden a personas mayores de 75 años (Redondo 2021).

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en República Dominicana se situó en 2020 en el 24,6 por ciento del gasto total en salud. Para los hogares, este nivel supone un riesgo de tener gastos catastróficos; sin embargo, ha evidenciado una importante tendencia a la baja. En el año 2004, el gasto de bolsillo representaba el 62,25 por ciento del gasto en salud, a partir de lo cual comenzó un descenso marcado hasta representar una cuarta parte del gasto en salud. Sin embargo, existen copagos y cuotas moderadoras para algunos servicios en el plan de beneficios que inciden en el nivel de gasto de los hogares (Oficina Nacional de Estadística 2020).

La proporción de los hogares con grandes gastos sanitarios (ODS 3.8.2) ha tenido una evolución favorable. En 2018, el 0,9 por ciento de la población tenía gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar. Esta medida está por debajo de la media de América Latina y el Caribe que promedia 1,6 por ciento. En línea con la disminución del gasto directo de los hogares, este indicador tuvo una importante tendencia a la baja, pues en 2007 se ubicaba en 4,7 por ciento (Naciones Unidas 2023).

El gasto directo en salud afecta en mayor medida a los hogares con menores ingresos. En 2018, el gasto en salud representó el 8,8 por ciento del gasto total de los hogares del quintil 1, mientras que para el quintil 5 esta proporción alcanzó el 6,7 por ciento. La participación del gasto de los hogares es también mayor en el área rural, en donde el 7,4 por ciento de los presupuesto familiares se destina a salud, frente al 6,71 por ciento en el área urbana (Oficina Nacional de Estadística 2020).

El 68,4 por ciento del gasto de los hogares en salud corresponde a productos farmacéuticos, seguido de servicios paramédicos (10,5 por ciento), servicios hospitalarios (9,1 por ciento) y servicios médicos (7,8 por ciento). Entre 2007 y 2018, el gasto en medicamento registró un incremento en la participación en más de 20 puntos porcentuales (Rathe, 2022). El gasto en medicamentos se produce en distintos grupos de fármacos, incluyendo aquellos que están incluidos en el paquete de beneficios. Así por ejemplo, el 66 por ciento de las insulinas y el 79 por ciento de otros medicamentos para la diabetes se financian con el gasto de los hogares (Oficina Nacional de Estadística 2020).

Las personas afiliadas al régimen subsidiado realizan la mayor contribución financiera con respecto a otros regímenes (medida de la capacidad de pago destinado al gasto en salud). Debe considerarse que en este régimen no hay copagos, este resultado se asocia con la canasta de bienes de plan de beneficios, con los mecanismos de acceso y con la capacidad de resolución de los prestadores que atienden a este grupo. Sin embargo, la población que pertenece a este régimen tiene un menor gasto de bolsillo y los egresos que realiza se deben principalmente a que algunos bienes y servicios no están en su plan de beneficios y tienen limitación de acceso solo a la red pública de establecimientos de salud. Por el contrario, las personas afiliadas al régimen contributivo tienen copagos y cuotas moderadoras e incurren en gastos por prestaciones no cubiertas por su plan y por el acceso a servicios con nuevas técnicas y poco invasivas (Oficina Nacional de Estadística 2020).

4.4. Disponibilidad y Accesibilidad

El acceso a los servicios de salud se ve afectado por las brechas existentes en los recursos disponibles. Existen falencias en la disponibilidad de personal médico, pues el país cuenta con 1,5 profesionales en medicina por cada 1 000 habitantes (2019), nivel que corresponde al promedio de los países de América Latina y el Caribe.[235] En el ámbito público, la cifra pasó de 1,5 en el 2019 a 1,9 en el 2021. La brecha es más amplia para el número de profesionales en enfermería, pues en República Dominicana existen 1,5 profesionales en enfermería por cada 1 000 habitantes (2019); mientras que en la región el promedio es de 4,5 profesionales y en los países de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) existen más de 10 profesionales en enfermería por cada 1 000 habitantes (Banco Mundial 2022).

La dotación de camas se acerca más al promedio de la región. En 2017 existían 1,6 camas por cada 1 000 habitantes. Sin embargo, en el primer nivel de atención existen debilidades asociadas con la falta de personal, equipamiento y capacidad de gestión (Rathe 2018a).

El acceso a los servicios de salud se realiza principalmente a través de los establecimientos hospitalarios. La debilidad en la capacidad de los establecimientos de primer nivel público y la organización de la provisión para la población perteneciente al régimen contributivo incide en un mayor nivel de desarrollo de la atención especializada con respecto a la preventiva (Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo *et al.* 2019; Rathe 2018a).

En relación con el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante, el aseguramiento bajo el régimen contributivo cubre a quienes tengan un estatus legal para trabajar. En consecuencia, el grupo poblacional inmigrante que no cumple esta condición paga de forma directa las prestaciones o acude a los servicios de emergencia de los establecimientos públicos. En el año 2017, la Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes señaló que el 12 por ciento de inmigrantes cuenta con algún seguro de salud.

4.5. Aceptabilidad y Calidad

En el 2018, el Ministerio de Administración Pública (MAP) realizó un sondeo que evidenció que el 52 por ciento de los usuarios de los hospitales públicos se encuentra satisfecho o muy satisfecho, mientras que el 87 por ciento opinó que los servicios recibidos fueron mejores o mucho mejores que sus expectativas (Ministerio de Administración Pública 2018).

Por otro lado, un estudio realizado en 2019 a las ARS pertenecientes a la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS) señaló que el 90,7 por ciento de afiliados del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud se encuentra satisfecho con los servicios de salud recibidos a través de la red de servicios disponibles para sus afiliados y el 88,1 por ciento de ellos recomendaría la ARS a la que se encuentra afiliada (ADARS 2019).

Institucionalmente, el Ministerio de Salud a través del Viceministerio de Garantía de la Calidad tiene entre sus principales funciones el establecimiento de criterios de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud; desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos de gestión de calidad para la atención y protección a los usuarios; entre otras.

Una de las iniciativas para la medición de la calidad de la gestión hospitalaria, es el Sistema de Monitoreo de la Gestión Hospitalaria a cargo del MAP, que mide la prestación de los servicios, la administración institucional y la rendición de cuentas, mediante indicadores. Esta información es evaluada por un comité para establecer un ranking hospitalario y un programa de reconocimiento anual. Otro avance es la implementación de la evaluación de tecnologías sanitarias como un instrumento para la definición de las prestaciones de salud por ser cubiertas; aunque su uso es reciente y limitada a la SISALRIL, cuenta con instrumentos técnicos — manuales metodológicos y de priorización — que facilitan su aplicación.

La Dirección de Habilitación y Acreditación del Ministerio de Salud es responsable por la regulación de los establecimientos y servicios de salud, y el cumplimiento de requisitos mínimos para el aseguramiento de

[235] La línea base del PLANDES 2030 consigna, al 2022, una razón de 15 profesionales en medicina por 10 000 habitantes y una razón de profesionales en enfermería de 3,6 por 1 000 habitantes.

la calidad en la prestación de los servicios de salud a través de instrumentos técnicos y normativos. Los proveedores de servicios de salud deben cumplir varios requisitos en su funcionamiento y operación para contar con la licencia de habilitación para poder operar.

5. Desafíos

Los resultados en términos del gasto directo de los hogares sugieren que el plan básico de beneficios resulta insuficiente para atender las necesidades de la población; ello conlleva a un gasto directo de los hogares para acceder a los servicios no cubiertos. A esto se suma la existencia de copagos y cuotas moderadoras en el régimen contributivo que se convierten en una barrera de acceso a los servicios de salud principalmente para los hogares de menores ingresos.

La provisión de servicios de salud se centra en la atención hospitalaria, con menos énfasis en la preventiva, tanto en las prestaciones otorgadas como en los recursos utilizados (Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo *et al.* 2019); lo cual se refleja en las debilidades que presenta el primer nivel de atención en términos de infraestructura, personal y equipamiento. Situación que genera mayores costos y riesgos para el sistema y afecta su sostenibilidad financiera.

La oferta de servicios es diferenciada para la población según el régimen al que pertenece, principalmente por la red de prestadores que atiende a cada grupo poblacional, lo que facilita los problemas de equidad en el acceso y la calidad de la atención, así como mayores gastos de los hogares. Ello supone retos para mejorar la provisión de servicios en los prestadores públicos de salud.

6. Principales lecciones aprendidas

- La definición de mecanismos para identificar a la población sin cobertura de aseguramiento y su incorporación al sistema de protección social en salud es un elemento importante para mejorar la cobertura de la salud en general. Este escenario es especialmente importante para atender a la población en condición de vulnerabilidad y a las personas trabajadoras del sector informal. República Dominicana es un caso exitoso de identificación de población e incorporación al sistema, lo que permitió sumar alrededor de 2 millones de personas a la cobertura de la seguridad social en un periodo corto de tiempo.
- La separación de las funciones de aseguramiento y provisión de servicios de salud, así como la función de rectoría permiten una clara definición de funciones y responsabilidades entre los actores del sistema. Esta es una lección aprendida del caso dominicano. Con ello se crean espacios para el mejoramiento de la rectoría del sistema de salud, la regulación y su funcionamiento.
- La reforma al sistema de protección social en salud en República Dominicana brinda lecciones sobre mecanismos para ampliar la cobertura de salud a través de una mayor integración del sistema. Antes de la reforma, la población estaba cubierta por distintos regímenes que operaban de manera poco articulada, con deficiencias en términos de calidad y acceso, lo que motivaba a la población a contar con doble cobertura en seguros privados o prepagos para suplir las deficiencias de los servicios.
- La voluntad política es un factor necesario para ampliar la cobertura de afiliación; pero no suficiente para asumir los desafíos en la atención, integralidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud. Se requiere el desarrollo de capacidades nacionales y estrategias de comunicación e información mediante canales virtuales. El expediente clínico y digital podría aportar en esa dirección para disminuir los tiempos de operación y de respuesta.

Referencias

ADARS (Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud). 2019. «Gallup revela 90.7% de afiliados a ARS de ADARS está satisfecha con los servicios que recibe». http://adars.org.do/index.php/2019/12/08/gallup-revela-90-7-de-afiliados-a-ars-de-adars-estasatisfecha-con-los-servicios-que-recibe/.

———. 2022. «Estadísticas del Seguro Familiar de Salud 2022». http://adars.org.do/wp-content/uploads/2022/12/Estadi%CC%81sticas-del-Seguro-Familiar-de-Salud-2022-11-ADARS-1.pdf.

Banco Mundial. 2022. «DataBank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo. 2019. *Situación del sistema de salud dominicano: desafíos para la integración y la calidad de la atención*. Año 3, núm. 8. http://www.opsd.gob.do/media/28817/boletin32-situacion-del-sistema-de-salud_p2.pdf.

Institute for Health Metrics and Evaluation. 2015. «Country profiles Dominican Republic». Institute for Health Metrics and Evaluation. https://www.healthdata.org/dominican-republic.

Ley 42-01, General de Salud. 2001. https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/DOR%20Ley%20General%20Salud%2042-01.pdf.

Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. 2001. https://dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/Leyes%20de%20Instituciones%20y%20Fondos%20de%20Terceros/87-01.pdf.

Ley 123-15, Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado. 2015. https://msp.gob.do/web/Transparencia/base-legal-leyes/#24-leyes-p3.

Ley 188-07, que introduce modificaciones a la ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. 2007. https://dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/Otras%20Leyes%20de%20Inter%C3%A9s/188-07.pdf.

Lizardo, J. 2022. «Las ARS en nuestra seguridad social en Salud». ADARS. https://adars.org.do/index.php/2022/10/13/las-ars-en-nuestra-seguridad-social-en-salud/.

Ministerio de Administración Pública (MAP). 2018. «El 52% de pacientes está satisfecho con servicios recibidos en hospitales públicos». *Gobierno de la República Dominicana*. https://map.gob.do/2018/11/01/el-52-de-pacientes-esta-satisfecho-con-servicios-recibidos-en-hospitales-publicos-y-87-considera-superan-expectativas/.

Ministerio de Salud Pública (MSP). 2023. *Plan Estratégico Nacional de Salud 2030*. Impresión de Amigos del Hogar.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). 2020. Análisis del gasto de bolsillo en salud de los hogares en República Dominicana: a partir de datos de la ENGIH-2018. https://www.one.gob.do/media/pjnafpmk/analisis-del-gasto-de-bolsillo-en-salud-de-los-hogares-en-rd-enesim-2018-web.pdf.

OIT. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la protección social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2022. *Informe sobre Desarrollo Humano. Tiempos inciertos, vidas inestables: configurar nuestro futuro en un mundo de transformación*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22sp1pdf.pdf.

Rathe, M. 2018a. «Dominican Republic: Implementing a Health Protection System That Leaves No One Behind». *Universal Health Coverage Study Series* 30. World Bank Group. https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2020/04/122808-WP-RDC-DR-case-study-pages-fixed-PUBLCI.pdf.

———. 2018b. Financiamiento a la salud en la República Dominicana. Una estimación del período 2007-2017 utilizando las categorías del SHA 2011. Fundación Plenitud. https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2020/04/Financiamiento-del-sistema-dominicano-de-salud.pdf.

———. 2022. Estimación del Gasto de Bolsillo en Salud en la República Dominicana. Fundación Plenitud. https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2022/09/Estimacion-Gasto-de-Bolsillo-en-Salud.pdf.

Rathe, M. y A. Moliné. 2011. «Sistema de salud de República Dominicana». *Salud Pública de México* 53. https://scielosp.org/pdf/spm/v53s2/20.pdf.

Rathe, M., A. Moliné y P. Ramírez. 2022. Estimación preliminar del costo de fortalecer el primer nivel de atención en la red pública. Fundación Plenitud y UNICEF. Coordinación técnica Laura Rathe. https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/6916/file/Estimaci%C3%B3n%20preliminar%20del%20costo%20de%20fortalecer%20el%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20la%20red%20p%C3%BAblica%20-%20PUBLICACION.pdf.

Redondo, N. 2021. Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana. Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0003583.

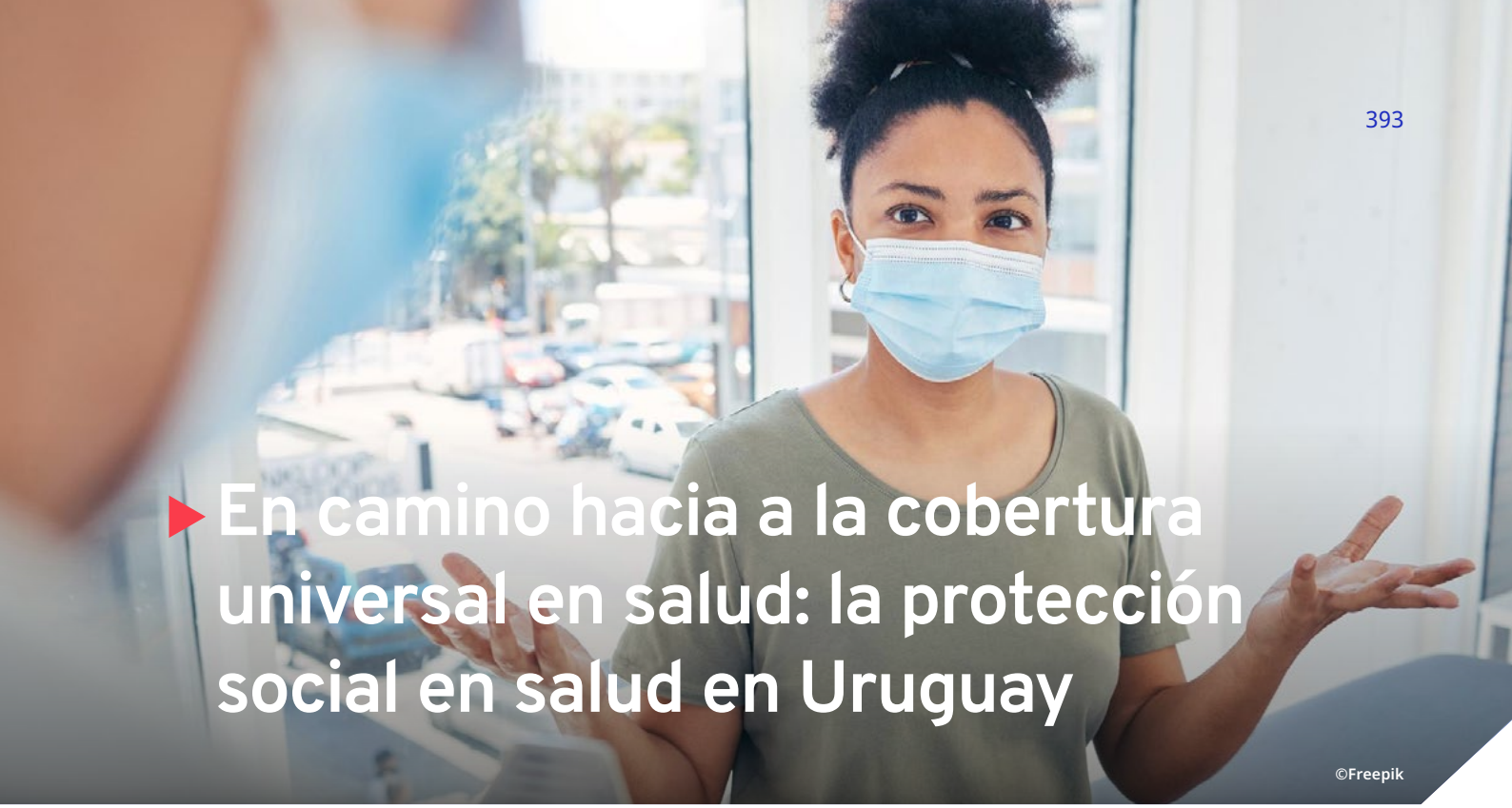
SISALRIL (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales). 2021. Descripción del Catálogo de Prestaciones de Servicios de Salud. https://www.sisalril.gob.do/phocadownload/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf.

———. 2022. «Resolución núm. 551-08». https://oig.cepal.org/sites/default/files/2022_rescnss_551_dom.pdf.

———. 2023. «Estadísticas». https://www.sisalril.gob.do/index.php/informaciones/estadisticas.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS). 2022. Informe estadístico sobre la cobertura de salud del SDSS. https://www.tss.gob.do/transparencia/assets/inf_stats_cobsalud_sdss_abril2022.pdf.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Arlette Pichardo. Con el beneficio de los aportes de Fabio Durán y Lou Tessier.



En camino hacia a la cobertura universal en salud: la protección social en salud en Uruguay

©Freepik

1. Introducción

Uruguay es uno de los países latinoamericanos con mayor nivel de desarrollo e ingresos de la población. El producto interno bruto *per capita* fue de 17 020 dólares en 2021, un nivel que supera en más del doble al indicador de América Latina (Banco Mundial 2022b). En 2021, se ubicó en el puesto 58 de 191 países en el Índice de Desarrollo Humano, con un valor de 0.809 supera al promedio de América Latina y el Caribe (0,754), por lo que se clasifica como una nación con un desarrollo humano muy alto (United Nations 2022).

El sistema de protección social en salud brinda cobertura a toda la población residente. El esquema contributivo de seguridad social es el Seguro Nacional de Salud que atiende a las personas trabajadoras del sector formal y sus dependientes, y a las personas jubiladas. La población afiliada a este régimen representa el 73,2 por ciento de la población total. Las personas que no cotizan a la seguridad social reciben cobertura de la asistencia social a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se relaciona con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. La población con cobertura estatal a través de ASSE no FONASA representa el 27,7 por ciento. El resto, se distribuye entre personas afiliadas voluntarias (individuales o colectivas) al subsector privado (IAMC y seguros privados), a ASSE y a otros regímenes integrales de carácter público, como son la sanidad policial y militar.

2. Contexto

El sistema de salud uruguayo existente en la actualidad es el resultado de un proceso de reforma que inició en el año 2007 con la creación del el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el objetivo de integrar a distintos actores del sector y superar la fragmentación del sistema. Con ello se creó también el Seguro Nacional de Salud y el financiamiento a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuyo inicio se dio en los meses previos. El FONASA es un fondo único para el financiamiento de las prestaciones de salud. Antes de la creación del SNIS se llevó a cabo la descentralización de la ASSE, prestadora de servicios públicos de salud, con ello se separaron las funciones de rectoría y provisión de servicios del Ministerio de Salud.

El escenario previo al proceso de reforma estuvo marcado por condiciones particulares del sistema de salud uruguayo. Existía una fuerte participación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que brindaban la mayoría de los servicios de salud privados. Las IAMC ofrecen una atención integral, no persiguen fines de lucro y actúan de manera conjunta, como aseguradores y prestadores de salud (Bugli-oli *et al.* 2002). Estas instituciones estaban altamente vinculadas con la seguridad social, otorgaban cobertura únicamente a las personas trabajadoras del sector privado formal y, además brindaban prestaciones

de salud bajo un esquema de prepago. El sistema era altamente fragmentado, con distintos fondos para grupos específicos de personas, conjugados con la seguridad social que cubría a un limitado porcentaje de la población (Arbulo *et al*. 2012). Además existía alta disparidad de inversión por persona usuaria entre los regímenes; en 2018, el ASSE realizó un gasto por persona usuaria del 75 por ciento con respecto al que realizaron las IAMC; mientras que en 2004 era del 30 por ciento (Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay 2019); adicionalmente se registraban problemas en la provisión de servicios, altos precios de órdenes y cuotas mutuales, entre otros.

La reforma se llevó a cabo como una propuesta de gobierno que consideraba los planteamientos del Sindicato Médico de Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la central sindical de trabajadores (PIT-CNT). La participación de actores relevantes en los cambios del sistema incidieron de manera positiva en la implementación de la nueva institucionalidad del sistema (Oreggioni 2012).

El Seguro Nacional de Salud brinda cobertura a personas trabajadoras en empleos formales y a jubilados y pensionistas. Adicionalmente, estos beneficiarios pueden brindar cobertura de salud, con la realización de un aporte adicional, a sus hijos e hijas dependientes menores de 18 años de edad o mayores con discapacidad, así como a cónyuges o concubinos.

Los recursos provenientes de cotizaciones personales y patronales sobre la nómina se mancomunan en el FONASA, gestionado por el Banco de Previsión Social (BPS), que es el principal instituto público de seguridad social uruguayo. Los prestadores de salud son la ASSE, principal prestador público de salud e instituciones privadas (IAMC y seguros privados, abonando un complemento). La población que no cuenta con cobertura del Seguro Nacional de Salud y tiene ingresos inferiores a 62 Unidades Reajustables (UR) recibe atención gratuita de los establecimientos de ASSE, cuyas prestaciones se financian directamente de las rentas generales. La población, además, puede afiliarse de manera particular a las IAMC, a ASSE o a los seguros privados, de forma individual, a través del pago de una cuota de bolsillo o bajo convenios colectivos. Existen otros fondos, con una participación reducida, que integran el SNIS, dando cobertura a grupos específicos de la población, como son policías y militares.

▶ 3. Diseño del sistema de Protección Social en Salud

3.1. Financiamiento

i) Distribución del gasto en salud

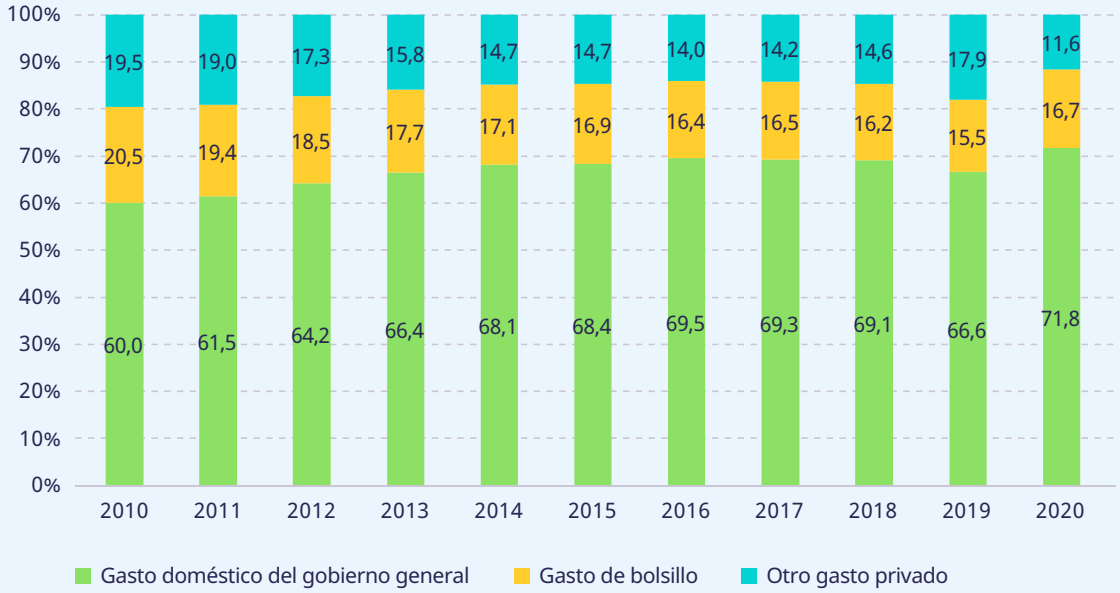
El gasto en salud en Uruguay representó el 9,5 por ciento del PIB en 2020, lo que refleja un elevado nivel para este rubro, por encima de la media de la región, aunque en línea con otros países con similar perfil demográfico y epidemiológico. El esfuerzo país en financiamiento de la salud se ha incrementado paulatinamente en los últimos años; en 2010, el gasto en salud representaba el 7,9 por ciento del PIB. El 72 por ciento del gasto es público (presupuesto nacional y contribuciones a la seguridad social), mientras que el restante 28 por ciento es gasto privado. Por su parte, el gasto privado de bolsillo que realizan los hogares representó el 16,7 por ciento del gasto total en salud en 2020 OMS (2022).. Desde la implementación de la Reforma de Salud en 2007, se ha producido un crecimiento en la participación del financiamiento del sector público (gráfico 1).

El financiamiento de la salud proviene principalmente del gasto público, con dos componentes: i) el régimen de seguridad social obligatorio, que concentró el 52 por ciento del gasto corriente en salud en 2020 y el resto del gasto público, con una participación del 19 por ciento.[236] Esta proporción se ha modificado en la última década. En 2010, el gasto de gobierno era el principal esquema de financiamiento en Uruguay, con una participación del 33 por ciento del gasto corriente, mientras que los seguros obligatorios alcanzaban el 27 por ciento (OMS 2022).

[236] La suma de estos dos componentes son los que en el Gráfico 1, se agrupa bajo el rótulo de “Gasto doméstico del gobierno general”.

El gasto público *per capita* en 2020 fue de 1 025,8 dólares y ha mostrado una tendencia creciente en los últimos años (OMS 2022). Este comportamiento del indicador está en línea con la disminución del gasto de los hogares.

▶ Gráfico 1. Uruguay. Gasto en salud. Porcentaje del gasto corriente en salud

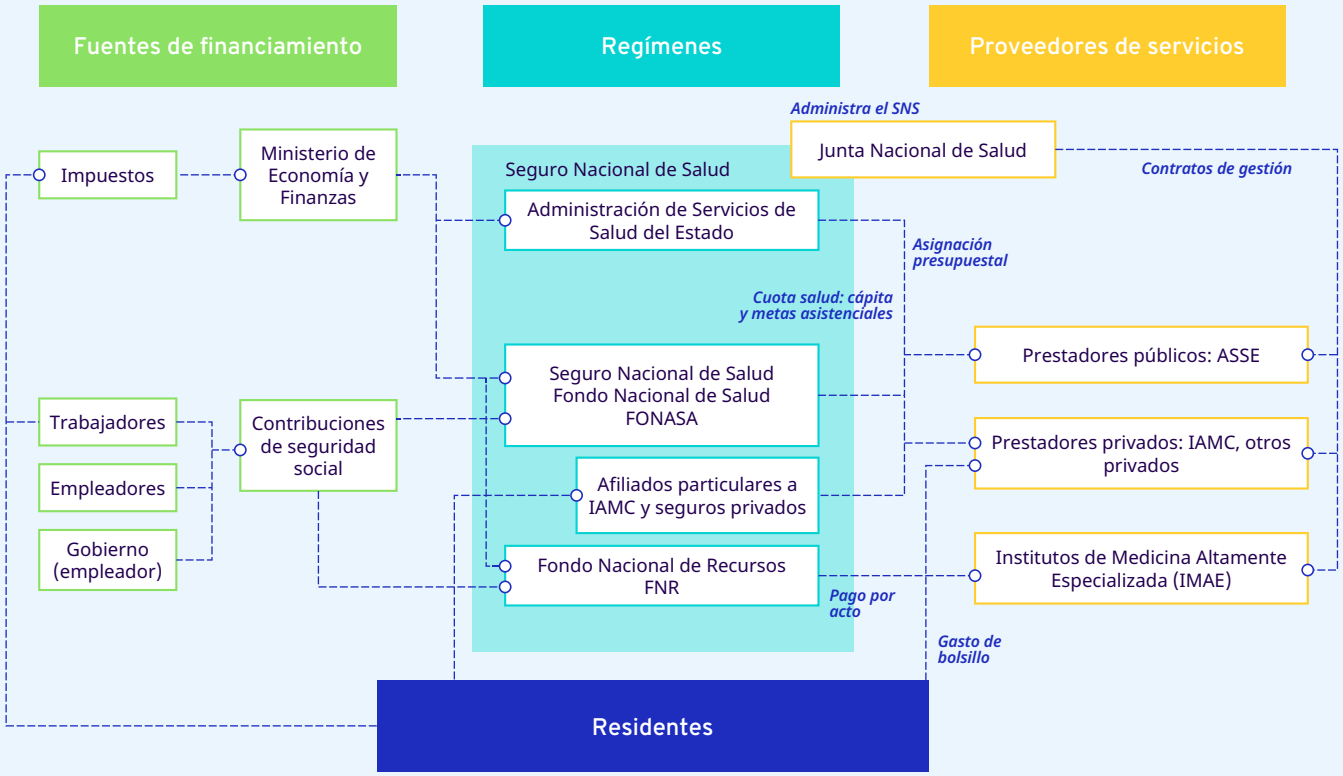


Fuente: OMS (2022)

ii) Flujos financieros del sistema

En el marco de la reforma del sector sanitario, se creó el FONASA, un fondo único, público y de aportación obligatoria que financia al Seguro Nacional de Salud (diagrama 1). La integración del financiamiento de salud supuso un avance importante del país para eliminar la fragmentación en el sistema y reducir las brechas de acceso a la salud y calidad de la atención recibida, entre la población afiliada a los sistemas contributivos de seguridad social y el resto de la población (Organización Internacional del Trabajo 2021).

▶ Diagrama 1. Flujo de financiamiento del sistema de PSS de Uruguay



Nota: ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado. IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
Fuente: Elaboración propia.

iii) Fuentes de financiamiento

El FONASA se financia con los aportes obligatorios de las personas trabajadoras de la economía formal, el aporte patronal realizado por empresas del sector privado, el Estado y las empresas públicas no estatales en su calidad de empleadores, así como con aportes de pasivos. Además, de ser necesario, el FONASA contará con la asistencia financiera del Estado proveniente de Rentas Generales (ley 18 211. Sistema Nacional Integrado de Salud 2007). Los aportes patronales corresponden al 5 por ciento del salario nominal (OPS 2021a). Las personas trabajadoras aportan el 3 por ciento de su salario, siempre que este no supere 2,5 bases de prestaciones y contribuciones (BPC),[237] lo que incluye la afiliación de su núcleo familiar, si corresponde. Los trabajadores cuyo ingreso supere dicho umbral aportan el 4,5 por ciento de su salario, el 6 por ciento si tienen a su cargo hijas o hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad, o el 8 por ciento si, además de los menores a cargo, extienden la cobertura a sus cónyuges o concubinos (OPS 2021a; Ley 18 211. Sistema Nacional Integrado de Salud 2007). Los aportes del Estado, para financiar la brecha de ingresos y egresos del FONASA, provienen de la recaudación de impuestos generales.

El Estado financia de forma íntegra las prestaciones de salud de la población que carece de cobertura al SNS y tiene derecho a la afiliación gratuita a ASSE; el financiamiento se realiza con recursos de las rentas generales que se destinan a la ASSE, organismo descentralizado, que gestiona a los establecimientos públicos de salud. ASSE también recibe las cuotas salud por sus afiliados FONASA y recursos (de los hogares) por la afiliación de la población que no cuenta con cobertura de la seguridad social, dispone de medios y eligen a ASSE como su prestador de salud.

[237] Este valor asciende a 14 150 pesos uruguayos mensuales a valores de 2023, aproximadamente 380 dólares americanos. Se trata de un monto bajo para el contexto del mercado laboral uruguayo.

Adicionalmente, militares y policías cuentan con un régimen de cobertura de salud específico. En ambos casos, estos regímenes cubren al personal activo y en situación de retiro, a la esposa o cónyuge y a los hijos e hijas a cargo hasta los 21 años y sin límite de edad en caso de discapacidad. En el caso de la sanidad policial, además se incluyen los padres a cargo.

Adicionalmente, existe el Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1980, que financia las prestaciones de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad, atención especializada y dispositivos y medicamentos de alto precio (OPS 2019). El FNR tiene un financiamiento solidario. Los recursos provienen en su mayoría del FONASA, quien transfiere una cuota fija por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud. El Ministerio de Finanzas también transfiere recursos al FNR por las prestaciones dadas a la población no afiliada al FONASA; de forma similar el Ministerio de Defensa Nacional paga por los beneficiarios de la sanidad militar (Fondo Nacional de Recursos s. f.; ley 18 211. Sistema Nacional Integrado de Salud 2007). Además, el FNR recibe aportes de las personas que se afilian a una IAMC o Seguro Integral de manera particular, un gravamen del 5 por ciento sobre juegos de azar[238] y aportes de los seguros parciales (ley 16 343, 1992).

3.2. Gobernanza

La rectoría del sistema de salud está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud. La Junta Nacional de Salud (JUNASA), que administra el Seguro Nacional de Salud y de la Dirección General de Salud, estos organismos tienen responsabilidades asociadas con la rectoría del sistema. La JUNASA está conformada por representantes de gobierno (Ministerio de Salud y Ministerio de Finanzas), del Banco de Previsión Social y de los actores sociales de la salud: personas trabajadoras, prestadoras y usuarias. Además, cuenta con la participación de consejos asesores honorarios (ley 18 211. Sistema Nacional Integrado de Salud 2007). La Dirección General de Salud es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud que, además de la regulación sanitaria y la vigilancia epidemiológica, tiene asignadas tareas administrativas y financieras.

3.3. Cobertura legal y elegibilidad

El SNIS asegura "el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país" (ley 18 211. Sistema Nacional Integrado de Salud 2007, p. 18). La población debe registrarse en alguna de las entidades prestadoras de servicios de salud para acceder a la atención médica.

El Seguro Nacional de Salud brinda cobertura a personas trabajadoras del sector formal cotizantes que aportan al FONASA. Además, se puede extender la cobertura a los hijos e hijas menores de 18 años y mayores de edad con discapacidad y al cónyuge o concubino. Son beneficiarios de este régimen también las personas jubiladas y las pensionistas, sus hijos menores de 18 años y mayores con discapacidad, sus cónyuges y concubinos. Las personas que no aportan a la seguridad social tienen cobertura y reciben prestaciones de salud de forma gratuita por parte de ASSE, siempre que cumplan requisitos establecidos en la normativa (OPS 2021a). La población con capacidad de pago puede afiliarse de forma particular a una IAMC, a ASSE pagando una cuota o a un seguro privado.

3.4. Beneficios

La ley 18 211 que creó el SNIS definió que las instituciones que integren el Seguro Nacional de Salud (SNS) deben brindar planes integrales de atención sanitaria. Todos los beneficiarios al SNS tienen derecho al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), un catálogo de prestaciones y programas definidos por el Ministerio de Salud Pública; el plan es igual para todos los usuarios y obligatorio para todos los prestadores del SNIS.

El PIAS es un catálogo de las prestaciones y programas de salud que brinda el SNS, cuyo objetivo es brindar una atención integral a toda la población, evitando la fragmentación del sistema. Contiene, según lo establece el marco legal, actividades de promoción, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, prestaciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, medicamentos y recursos tecnológicos, así como prestaciones de emergencia. Incluye un alto número de prestaciones para diferentes diagnósticos y

[238] Sobre los premios por abonar a consecuencia de los aciertos producidos en el juego denominado "Cinco de Oro".

tratamientos. El PIAS contempla dentro de sus prestaciones los cuidados asistenciales permanentes en el domicilio del paciente. Los cuidados de largo plazo a domicilio consideran el financiamiento estatal dentro del paquete de beneficios definidos por el Ministerio de Salud (Oddone s. f.).

El marco normativo establece que las prestaciones del plan de atención pueden requerir tasas moderadoras autorizadas por el Poder Ejecutivo. En la práctica, las tasas moderadoras (tickets y órdenes) se cobran a los usuarios que están afiliados a las IAMC. Los estudios paraclínicos para el control del embarazo de bajo riesgo están exonerados del pago de tasa moderadora. Los valores máximos son autorizados para cada institución, por lo que existe una heterogeneidad importante. Por ejemplo, el valor máximo autorizado para el *ticket* de medicamentos varía entre 3,6 y 6,7 dólares. En el caso de los prestadores públicos, no existen pagos directos de las personas usuarias en el punto de atención.

Las personas trabajadoras cotizantes además cuentan con subsidios por maternidad, por paternidad y por enfermedad, financiados por el BPS. La prestación económica por maternidad es un sustitutivo del salario durante 98 días de licencia antes y después del parto. Para los padres, el subsidio cubre al trabajador que se encuentre en periodo de paternidad. En el caso de los trabajadores dependientes, el subsidio por paternidad da cobertura por 13 días continuos de licencia, iniciando el día del parto (3 días a cargo de la empresa y 10 por el BPS). Otras prestaciones económicas se dan para el cuidado del recién nacido y para cuidados por adopción. Por otra parte, el subsidio por enfermedad cubre a ls peronas trabajadoras que por motivos de enfermedad no pueden desarrollar sus actividades. En Uruguay existe un marco normativo que regula el subsidio por maternidad y establece que tienen derecho a este beneficio las trabajadoras dependientes, las independientes amparadas por el Banco de Previsión Social, las titulares de empresas monotributistas y las mujeres cubiertas por el seguro de desempleo. De forma similar se define a los sujetos de derecho del subsidio de paternidad y del subsidio parental para cuidados (ley 19 161, 2013).

3.5. Provisión de servicios

La provisión de servicios se realiza a través de los prestadores privados de salud (IAMC o seguros privados) o de los prestadores públicos coordinados por la ASSE. Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud tienen derecho a la libre elección del prestador, para lo cual disponen de un periodo de 180 días para registrarse en la institución de salud pública o privada que deseen, de lo contrario -pasado el plazo- el BPS le asignará una institución de oficio. Los usuarios deberán permanecer en la institución seleccionada por un lapso mínimo de dos *años*; luego podrán cambiar de prestador.

ASSE es el principal prestador del subsector público de salud, les proporciona cobertura a las personas del FONASA, gratuitos y a quienes pagan cuotas de bolsillo. Administra una red pública de servicios sanitarios que cuenta con 826 unidades de primer nivel y 39 hospitales de segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública Uruguay 2019). El subsector IAMC se compone de 34 prestadores integrales de salud, 10 de ellos se sitúan en Montevideo y 24 en el interior del país.

El FONASA paga a los prestadores públicos y privados a partir de una cuota salud por cada persona afiliada a SNS, el cual se compone de un pago capitado (cápitas) y un pago variable asociado a metas asistenciales. Las cápitas se ajustan por riesgos demográficos (8 tramos en función del sexo y la edad) como forma de aproximarse al costo esperado de la prestación de los servicios de atención médica que tiene cada persona. Las cápitas son definidas por el Ministerio de Economía y Finanzas en conjunto con el Ministerio de Salud y su valor es ajustado de forma periódica, con base en una paramétrica de costos del sector. La cuota salud tiene además un componente de resultados (alrededor del 8 por ciento de la cuota salud) que se paga por el cumplimiento de metas asistenciales (OPS 2021a). Este mecanismo de pago se introdujo en el marco de la reforma y su implementación produjo cambios en el financiamiento de las instituciones del sistema, particularmente de las IAMC, que tuvieron una mayor participación del pago del FONASA (IECON-UdelaR s. f.). El nuevo pago mejoró la cobertura de riesgo de las instituciones y contribuyó a evitar que estas realizaran una selección de riesgos al recibir ingresos en función del costo esperado del individuo.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben suscribir un contrato de gestión con la JUNASA en el que se definen los criterios de cumplimiento y la obligatoriedad del plan de beneficios establecido en el PIAS. La JUNASA es la instancia responsable de establecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia en los niveles de atención y de fomentar el funcionamiento en redes.

Existen también proveedores específicos de la sanidad policial y militar, dependientes del Ministerio de Defensa Nacional y del Ministerio del Interior, respectivamente (Aran & Laca 2011).

En la prestación privada de servicios de salud destacan las IAMC, que corresponden a prestadores privados sin fines de lucro (asociaciones asistenciales, cooperativas de profesionales y servicios de asistencia). Brindan servicios integrales de atención a los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. El subsector privado del SNS también lo integran los seguros privados integrales de salud.

4. Resultados

4.1. Cobertura efectiva de la protección social en salud

Toda la población residente de Uruguay cuenta con cobertura de salud en alguno de los regímenes que existen en el país. En total, existen 3,8 millones de afiliaciones a prestadores integrales de salud, para un país con una población de aproximadamente 3,5 millones de personas, lo que da cuenta de la existencia de personas afiliadas con múltiple cobertura en salud.[239] El 68,4 por ciento de la población está a través del FONASA, mientras que un 31,6 por ciento se trata de afiliaciones no FONASA[240] (tabla 2).

De acuerdo con los prestadores de salud, el 57,7 por ciento de la población está afiliada a las IAMC, el 39,4 por ciento a la ASSE y el 2,9 por ciento restante a los seguros privados integrales. Desde la implementación de la reforma, las IAMC han concentrado el mayor número de afiliados. En cada uno de los grupos una proporción de la población está asociada a la cobertura del FONASA y otro grupo incluye población con afiliaciones particulares; es decir, que pagan una cuota individual o forman parte de un convenio colectivo (cuadro 1).

Cuadro 1. Uruguay: Población afiliada por tipo de afiliación. 2021

	FONASA	Sin FONASA	Total	
IAMC	2 004 284	180 380	2 184 664	57,7 por ciento
ASSE	513 650	979 881	1 493 531	39,4 por ciento
Seguros privados integrales	73 336	37 832	111 168	2,9 por ciento
Sin datos	2		2	0,0 por ciento
TOTAL	2 591 272	1 198 093	3 789 365	100,0 por ciento

* Datos no incluyen a otros prestadores integrales de salud del subsector público (sanidad militar y policial), ni al Hospital de Clínicas (Udelar).

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

La población afiliada al FONASA ha mantenido una continua tendencia al alza. Entre 2010 y 2021, las personas afiliadas al Seguro Nacional de Salud crecieron 67,9 por ciento (acumulado), pasando de 1,5 a 2,6 millones de personas. Este crecimiento se relaciona con la incorporación progresiva de distintos grupos a la cobertura FONASA, proceso que culminó en 2016, según lo establece la normativa. Así, en 2011 se incorporó la cobertura de cónyuges y concubinos de beneficiarios FONASA y desde 2012 se registró un aumento importante de la cobertura de beneficiarios pasivos. El incremento se puede relacionar también con los esfuerzos realizados desde la política pública en la disminución de la informalidad del empleo y una mayor vinculación con la seguridad social. La tasa de informalidad pasó de 40,7 por ciento en 2004 a 23,5 por ciento en 2014 (Amarante y Gómez 2016).

[239] Una persona puede estar afiliada a través del FONASA a una institución y pagar la cuota individual en otra o estar afiliada a través de un convenio colectivo a otro prestador. La única doble cobertura que está prohibida dentro del SNIS es la asociada al FONASA.

[240] Estas cifras no incluyen a otros prestadores integrales de salud del subsector público (sanidad militar y policial), ni al Hospital de Clínicas (Udelar). Afiliados no FONASA comprenden a afiliados gratuitos y que pagan cuota de bolsillo.

4.2. Utilización de los servicios de salud

El índice de cobertura de servicios esenciales (ODS 3.8.1) de Uruguay es elevado (0,77), se encuentra muy cercano al promedio de la región y similar el grupo de países con ingresos medios y altos. Los beneficiarios se han incrementado en los últimos años, lo cual evidencia una en la cobertura de los servicios. Los mejores resultados se presentan en la cobertura de prestaciones de salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil y de enfermedades infecciosas, así como en las capacidades del servicio.

La atención de la salud materna e infantil es prioritaria para el sistema y el país evidencia indicadores adecuados que refieren a los niveles de utilización de los servicios. Es así como en Uruguay prácticamente la totalidad de los nacimientos son atendidos por profesionales de la salud, lo que es indicador de los buenos niveles de utilización de servicios en el país.

El perfil epidemiológico de la población está marcado por el elevado nivel de envejecimiento de la población. Las enfermedades crónicas no transmisibles forman parte de las principales causas de mortalidad en el país, tendencia que se ha mantenido en los últimos años. Las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, tumores, enfermedades respiratorias y causas externas. El plan de beneficios está orientado a cubrir las necesidades de salud de la población; se actualiza de forma periódica tomando como criterio la situación demográfica y epidemiológica, así como en un sustento técnico a partir de la evidencia científica y estudios de costos.

Además es importante resaltar que en Uruguay, la totalidad de la población mayor de 65 años tiene cobertura efectiva de la protección social a la vejez (OIT 2023). Esta situación es relevante considerando los niveles de envejecimiento de la población, lo que contribuye además a abordar de forma más efectiva los determinantes sociales de la salud de este grupo poblacional. Más allá, el país realizó esfuerzos para extender la cobertura en protección social para beneficios de maternidad y de discapacidad de manera universal, lo que también contribuye a abordar los determinantes sociales de la salud de estos grupos vulnerables a riesgos de salud (OIT 2023).

En 2019, la mortalidad por enfermedades transmisibles fue de 40,1 por 100 000 personas, mientras que por enfermedades no transmisibles fue de 445,6 por 100 000 habitantes. La evolución de los indicadores de mortalidad refleja la relevancia que tienen las enfermedades no transmisibles en la población. Esta situación, además, se relaciona con el proceso de envejecimiento de la población que se presenta desde hace varios años; según el censo de 2011, el 14 por ciento de la población tiene más de 64 años.

4.3. Protección financiera

El gasto de bolsillo en Uruguay muestra niveles que cumplen la recomendación internacional.[241] En 2020, el 17 por ciento del gasto total en salud correspondió a gastos de bolsillo. Este componente se ha mantenido a la baja en los últimos años, con una reducción de 3 puntos porcentuales entre 2010 y 2020.

El gasto de bolsillo se divide en gastos directos y costos compartidos con el prestador de salud. En promedio, los pagos directos que realizaron los hogares uruguayos a particulares, como consultorios, farmacias, etc., representó el 77 por ciento del gasto de bolsillo hasta 2019. Dentro de estos últimos, el 96 por ciento de los gastos directos responde a rubros como la compra de medicamentos, compra de lentes, equipamiento médico, consultas en clínicas privadas, etc. Por otra parte, el restante 23 por ciento del gasto de bolsillo corresponde a los costos generados por el financiamiento compartido –mediante copagos y tasas moderadoras- de las prestaciones de salud (Jorcin *et al*. 2021).

En Uruguay existe un mecanismo de costos compartidos en salud a través de tasas moderadoras y *tickets* que se cobran a los usuarios de los prestadores privados. Los precios de las prestaciones del PIAS son regulados por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas. En el marco de la reforma, el objetivo de las tasas moderadoras fue la racionalización y disminución del consumo excesivo de prestaciones. En los años iniciales de la reforma, estas tasas disminuyeron progresivamente, lo cual ha mejorado la protección financiera de la población (carrasco 2013).

[241] De acuerdo con la OPS, el gasto de bolsillo debe estar por debajo del 20 por ciento.

En Uruguay el 0,2 por ciento (2016) de la población tiene gastos sanitarios por encima del 25 por ciento del total de ingresos o gastos del hogar (ODS 3.8.2). Este indicador tiene un porcentaje que se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (1,6 por ciento). Asimismo, cuando se considera como umbral el 10 por ciento de los ingresos familiares, el 2,3 por ciento de los hogares ecuatorianos tienen un gasto en salud que supera ese porcentaje, nivel que está por debajo de la media regional (Naciones Unidas 2023).

4.4. Disponibilidad y accesibilidad

La cobertura de salud de toda la población permite a todos los habitantes acceder a servicios de salud. Sin embargo, la existencia de copagos en los prestadores privados puede constituirse en una barrera económica para el acceso de la población.

La disponibilidad de recursos para la salud es alta. En el país existe 4,9 profesionales médicos por cada 1 000 personas (2017), *ratio* que supera de forma amplia la recomendación de la OMS, la cual señala que los países deben contar con cuando menos 2,3 profesionales médicos por cada 1 000 habitantes. La dotación de médicos se encuentra por encima del promedio de América Latina y el Caribe (3 por cada 1 000 personas) y de los países de la OCDE (3.8). Uruguay cuenta,ademá,s con 2,4 camas y 7,2 profesionale en enfermería y parteras por cada 1 000 personas (2019); en ambos casos las tasas superan a la media regional, pero están por debajo de los países de la OCDE que tienen 5,1 camas y 10,4 enfermeras por cada 1 000 personas (Banco Mundial 2022a).

Los datos de la Encuesta de Nacional de Salud (2014) muestran que un 28 por ciento de la población que requirió prestaciones de salud presentó problemas para el acceso; de ese 28 por ciento, el 10 por ciento tuvo dificultades en más de una ocasión. Los principales problemas se presentaron para acceder a los servicios de consulta médica y odontológica. Las principales causas registradas fueron de tipo organizativo y funcional (52,3 por ciento) que incluyen dificultades para obtener citas, problemas por el horario de atención, de tipo administrativo y por la afiliación, altos tiempos de espera, etc. y motivos económicos (35,2 por ciento) por los gastos de bolsillos o los costos de traslado hasta el establecimiento. Las mujeres (32,2 por ciento), la población con ascendencia afro (38,2 por ciento) y prestadores públicos (35,1 por ciento) tienen mayores problemas de accesibilidad, con porcentajes que superan la media nacional (Ministerio de Salud 2016).

4.5. Aceptabilidad y Calidad

La población residente en Uruguay que aporta al FONASA tiene libre elección de los prestadores de salud. El Ministerio de Salud Pública registra y habilita a los prestadores integrales de servicios que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. La posibilidad de seleccionar al prestador se puede relacionar con el nivel de satisfacción de los usuarios. Los prestadores de salud en Uruguay deben firmar acuerdos de gestión con la JUNASA, con los que se comprometen a brindar los servicios del PIAS y cumplir las regulaciones del ente rector.

En el marco del cumplimiento de los acuerdos de gestión, los prestadores deben llevar a cabo encuestas de satisfacción de los servicios prestados en forma periódica.[242] En 2017, el nivel de satisfacción global de los servicios de primer nivel de atención alcanzó un índice de 8,2 (sobre 10 puntos), con similar valoración para ASSE y las IAMC, y un mayor nivel de satisfacción de los seguros privados. Los usuarios valoran de forma positiva la disponibilidad de agenda con profesionales de la salud, el tiempo de espera para acceder a los servicios y la facilidad para realizar trámites en la institución. El nivel de aceptabilidad de los servicios se ha mantenido estable comparado con los años 2010 y 2014 (Ministerio de Salud 2018).

La calidad percibida de los servicios de salud en Uruguay se traduce también en indicadores adecuados de la calidad de las prestaciones. La tasa de mortalidad neonatal en Uruguay en 2021 fue de 4,00 muertes por 1 000 nacidos vivos, la más baja entre los países de América Latina. Mantiene también una de las tasas más bajas de muerte materna, con una razón de 17 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2017 (OPS 2021b).

[242] Sin embargo, existen algunas limitaciones en los datos disponibles.

Para la prestación de servicios y la definición del catálogo de prestaciones que se constituye en el PIAS,

Uruguay utiliza la evaluación de tecnologías sanitarias y la priorización de prestaciones como las herramientas para la incorporación de nuevas prestaciones al plan de beneficios. Particularmente, se definió un formulario de priorización para la selección de las tecnologías por ser evaluadas (Ministerio de Salud Pública Uruguay 2019) .

5. Desafíos

El sistema de salud uruguayo ha llevado a cabo acciones que propiciaron importantes niveles de cobertura de salud de la población. Estos cambios han permitido al país realizar avances importantes para superar la fragmentación del sistema y para alcanzar la cobertura universal. Sin embargo, dadas las características demográficas de su población, entre ellas los niveles de envejecimiento, resulta necesario una revisión y adecuación permanente del catálogo de prestaciones.

En este mismo escenario, las necesidades de salud se incrementan a medida que envejece la población. Esto supone un reto en términos de la sostenibilidad del sistema de salud, principalmente en el componente financiado con recursos fiscales. Esta es una cuestión por ser abordada y que se correlaciona con la implementación de medidas que propicien mayores niveles de eficiencia en el uso de los recursos.

La provisión de servicios se concentra mayoritariamente en las instituciones privadas, en particular en las IAMC. Esta situación se presenta pese a que la valoración de satisfacción de los usuarios en los prestadores públicos y privados no presenta diferencias, aunque sí son disímiles en términos de accesibilidad, con mayores barreras en el ámbito público. Si se considera que existe libre elección de los prestadores, la provisión pública tiene un desafío importante para la captación de la población que acude a sus servicios y la mejora para facilitar el acceso a ellos.

6. Principales lecciones aprendidas

- La incorporación de instrumentos que generen incentivos para el cumplimiento de las regulaciones para el sector contribuye a mejores resultados en la articulación de los prestadores. Los acuerdos de gestión implementados en Uruguay en los prestadores de servicios son un ejemplo de ello.
- La participación de los principales actores en el diseño e implementación de los procesos de reforma es necesaria para facilitar la adopción de los cambios propuestos. Se requiere continuo diálogo y participación de las personas usuarias de los servicios, trabajadoras, empleadoras, profesionales de la salud, entre otros.
- La implementación de cambios en el sistema, que tomen en cuenta las características de los actores clave y se centren en incorporar mejoras a su funcionamiento, contribuye a los procesos de reforma. Un ejemplo fue la continuidad de las IAMC, instituciones con participación histórica en el sistema. Las IAMC fueron integradas al SNIS con regulaciones respecto a la cobertura del plan de beneficios, rebaja y control de precios de las tasas moderadoras, entre otros elementos y continúan teniendo un rol relevante en el sistema.
- La integración del financiamiento es un mecanismo que impulsa los procesos de reforma tendientes a superar la fragmentación y segmentación de los sistemas y la mejora en el acceso. La creación del FONASA como un fondo único, permitió, además de un ordenamiento del financiamiento, una adecuada distribución de riesgos de la población, la incorporación de criterios de eficiencia en la gestión de los recursos y la compra de servicios; además, contribuyó con la integración del sistema.
- La gradualidad en la incorporación de distintos grupos poblacionales al FONASA combinada con una formalización del empleo, propiciaron en Uruguay una mayor participación de la afiliación al régimen contributivo.

Referencias

Amarante, V. y M. Gómez. 2016. El proceso de formalización en el mercado laboral uruguayo. Estudios y perspectivas. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39859/1/S1501264_es-.pdf.

Aran, D. y H. Laca. 2011. «Sistema de salud de Uruguay». *Salud Pública de México* 53(10).

Arbulo, V., J. P. Pagano, G. Rak, L. Rivas y G. Jorcin. 2012. «Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo**»**. *El camino hacia la cobertura universal en Uruguay* 56.

Banco Mundial. 2022a. «DataBank». https://databank.worldbank.org/home.aspx.

———. 2022b. «PIB per cápita (US$ a precios actuales)». https://datos.bancomundial.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD.

Buglioli, M., C. Grau, L. Lazarov y G. Mieres. 2002. «Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: impacto de la regulación**»**. *Gaceta Sanitaria* 16 (1): 63-69.

Carrasco, P. 2013. «Capítulo 5. Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera». https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Capitulo_5.pdf.

Fondo Nacional de Recursos. s. f. «¿Qué es el Fondo Nacional de Recursos?». http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr.

IECON-UdelaR. s. f. «Impacto de la reforma de la salud sobre la asignación y distribución de recursos. Primer informe IECON-UdelaR». https://www.paho.org/uru/dmdocuments/IECON%20Primer%20Informe.pdf.

Jorcin, G., V. Arbulo, C. Artagaveytia, C. Boulay, M. I. Castro, M. Chávez, N. Minchilli y M. Saravia. 2021. *Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019. Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay* 52.

Ley 16.343. 1992. *Registro Nacional de Códigos y Decretos*. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16343-1992.

Ley 18.211. 2007. *Sistema Nacional Integrado de Salud*. https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Ley18.211SNIS.pdf.

Ley 19.161. 2013. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013.

Ministerio de Economía y Finanzas de Uruguay. 2019. Rendición de Cuentas 2018 y Balance de Ejecución Presupuestal. Informe económico y financiero. Exposición de motivos 151. https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/sites/ministerio-economia-finanzas/files/documentos/publicaciones/Exposici%C3%B3n_de_Motivos%20RRCC2018.pdf.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. 2016. Primer Informe Encuesta Nacional de Salud. Uruguay. Área de Economía de la Salud. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf.

———. 2018. «Encuestas de satisfacción de usuarios». https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/encuestas-satisfaccion-usuarios.

———. 2019. Avances en la consolidación del SNIS. https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Avances%20en%20la%20consolidacion%20del%20SNIS%20baja.pdf.

Naciones Unidas. 2023. «Los ODS en América Latina y el Caribe: centro de gestión del conocimiento estadístico. Datos, estadísticas y recursos institucionales para el seguimiento de la Agenda 2030». https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es.

Oddone, M. J. s. f. El sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores. Comisión Americana del Adulto Mayor. https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/CASS_El_sistema_de_cuidados_a_largo_plazo_para_personas_mayores.pdf.

OIT. 2021. *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*. http://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_768040/lang--es/index.htm.

———. 2023. «Tableros mundiales de datos sobre la protección social». https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2022. «Global Health Expenditure Database». https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2019. Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. https://www.paho.org/es/documentos/avances-consolidacion-sistema-nacional-integrado-salud.

———. 2021a. Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay. Principios, modelo de financiamiento, gestión y atención. https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay.

———. 2021b. «Tablero de los indicadores básicos». *PAHO/EIH Open Data*. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos.

Oreggioni, I. 2012. «Capítulo 2. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud». https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Capitulo_2.pdf.

United Nations. 2022. *Human Development Report 2021-22. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping Our Future in a Transforming World*. *Human Development Reports*. United Nations. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22.

Este perfil fue preparado por Ana Cristina Mena y revisado por Braulio Zelko Giorello. Con el beneficio de los aportes de Guillermo Montt y Lou Tessier.

Protección social en salud en América Latina: hacia la cobertura universal

International Labour Organization
Social Protection Department
Route des Morillons 4
CH-1211 Geneva 22
Switzerland

T: +41 22 799 7239
E: socpro@ilo.org
W: www.ilo.org/asia
www.social-protection.org

9789220423592 (impreso)
9789220423608 (web PDF)