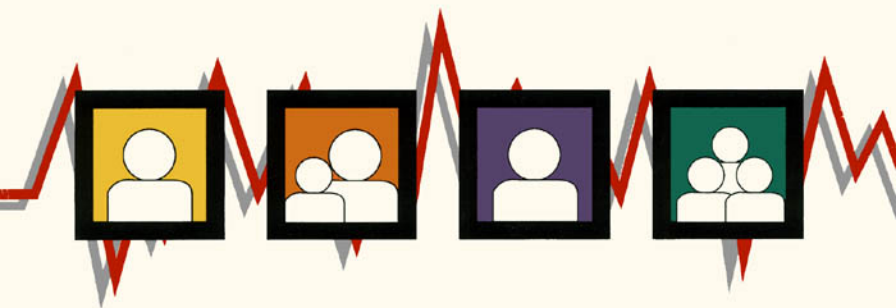


Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe



Carmelo Mesa-Lago

Copublicación

**Organización Panamericana de la Salud
Fundación Interamericana**

ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS POBRES EN LA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Dr. Carmelo Mesa-Lago

Profesor Distinguido

de Economía

y Estudios Latinoamericanos

Universidad de Pittsburgh, EUA

Copublicación



 **INTER-AMERICAN FOUNDATION**
FUNDACION INTERAMERICANA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA

Inter-American Foundation
901 N. Stuart Street
Arlington, Virginia 22203, EUA

Publicación Científica No. 539

1992

Se publica también en inglés (1992) con el título:
Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean
ISBN 92 75 11539 7

Library of Congress Cataloging-in Publication Data No. 85229

Las opiniones expresadas en la presente publicación
son únicamente del autor y no representan
necesariamente los criterios ni la política
de la Organización Panamericana de la Salud.

ISBN 92 75 31539 6

CONTENIDO

PREFACIO	v
1. INTRODUCCION	3
2. QUIENES SON LOS POBRES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	7
Magnitud, tendencias e incidencia de la pobreza	7
Características de los pobres	10
Acceso de los pobres a los servicios sociales	12
3. EVALUACION GENERAL DE LA ATENCION DE SALUD Y DEL ACCESO POR LOS POBRES	15
Administración de la atención de salud: tendencias y problemas	15
Acceso de los pobres a la atención de salud	20
Normas e instalaciones de salud y sus desigualdades	32
Financiamiento de la atención de salud	39
Los costos crecientes de la atención de salud	50
4. CINCO ESTUDIOS DE CASO	63
La selección de los países	63
Uruguay	66
Costa Rica	89
México	111
Perú	141
República Dominicana	165
5. RESULTADOS, LECCIONES Y RECOMENDACIONES NORMATIVAS	201
Pobreza: dimensión, tendencias y características	201
Cobertura de atención de salud de los pobres	203
Razones para la baja o alta cobertura de los pobres	212
Efecto de la cobertura deficiente sobre los niveles de salud y la distribución en general	216
Viabilidad financiera del seguro social y del sector público para proteger a los pobres	220
Alternativas privadas para ampliar la cobertura de atención de salud de los pobres y mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios	226
Recomendaciones normativas finales	231
BIBLIOGRAFIA Y LECTURAS RECOMENDADAS	239

Esta página dejada en blanco al propósito.

PREFACIO

La falta de acceso de los pobres a la atención de salud es parte de la enorme deuda social que se ha acumulado por generaciones en los países de América Latina y el Caribe. La crisis económica de los años ochenta agravó esa deuda al sumergir a más gente en la pobreza y limitar, al mismo tiempo, los recursos a disposición de los sectores sociales. La situación parece ser un círculo vicioso: los problemas económicos persistentes causan una escasez de servicios que afecta adversamente la salud de la población, pero los países necesitan una población sana para poder participar en el desarrollo económico y social. La salud es no solo un producto derivado del desarrollo sino un requisito esencial sin el cual la población no puede llevar una vida normal, mucho menos trabajar y producir en la debida forma. En consecuencia, se debe considerar como un objetivo prioritario que se aborda por medio de políticas concretas y exige voluntad política por parte de los países.

Una clave para resolver ese dilema está en aprender a hacer más con los recursos disponibles. Una mayor eficiencia es la meta de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud con sus Gobiernos Miembros en el desarrollo de servicios de salud. La Organización insta también a los países de la Región a compartir experiencias en ese campo porque, si bien existen marcadas diferencias entre sus respectivas sociedades dada la diversidad de sus condiciones históricas, herencia cultural y sistemas políticos y económicos, muchas de las cuestiones básicas que deben abordar —como la forma de mejorar el acceso, incrementar la eficiencia y garantizar la igualdad— son idénticas, y las respuestas acertadas en un lugar pueden ser instructivas en otro.

El notable estudio del Dr. Carmelo Mesa Lago, comisionado y apoyado por la Fundación Interamericana, representa un gran aporte al intercambio de información. Al fijar la atención en los segmentos de la población más vulnerables en su aspecto social, ofrece una visión panorámica del grado de cobertura que reciben de los sistemas de atención de salud de la Región y de las razones de las deficiencias en ese sentido. Los detallados análisis de la atención de salud prestada a los pobres por el sector público, el sector privado y el seguro social en cinco países ofrecen lecciones y una base comparativa para formular recomendaciones en materia de política.

La Organización Panamericana de la Salud se complace en presentar, junto con la Fundación Interamericana, los resultados del importante trabajo del Dr. Mesa Lago, y abraza la esperanza de que no solo estimulará el examen más profundo de este tema, sino que llevará a las autoridades encargadas de formular las políticas a buscar soluciones innovadoras a fin de que la atención de salud sea más accesible para los grupos menos atendidos hoy en día.

Carlyle Guerra de Macedo
Oficina Sanitaria Panamericana

Esta página dejada en blanco al propósito.

1.

INTRODUCCIÓN

Esta página dejada en blanco al propósito.

En 1989 se estimó que había 183 millones de pobres en América Latina, cifra que corresponde al 44% de su población total (CEPALC, 1990). No hay datos agregados sobre los pobres existentes en el Caribe no latino, pero si se aplica el porcentaje que antecede a la población de esta subregión (6,5 millones), habría otros 3 millones de pobres, lo que arroja un total impresionante de 186 millones en toda la Región. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que aproximadamente 130 millones de pobres (un 70% del total) no tienen acceso a la atención de salud en América Latina y el Caribe. Si la grave crisis económica de la década de 1980 prosigue en la de 1990, el número de pobres no protegidos aumentará espectacularmente. Al mismo tiempo, la OPS considera que actualmente se desperdicia un 30% de los recursos de salud disponibles pero que, si se utilizaran con eficacia, estos podrían ayudar a los pobres. Es evidente que la meta de salud para todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud, formulada en Alma-Ata, no se cumplirá en la mayor parte de la Región (Carlyle Guerra de Macedo, 1990). Y, sin embargo, varios países han sido capaces de proporcionar cobertura de atención de salud para los pobres.

El presente estudio tiene varios objetivos: estudiar los problemas que enfrentaron los sistemas de atención de salud en América Latina y el Caribe a finales de la década de 1980, analizar su capacidad actual y potencial para proporcionar atención de salud adecuada a los pobres, evaluar las actividades (públicas y privadas) de cinco países para alcanzar dicha meta y ofrecer recomendaciones para la Región.

Dentro del sistema de salud, pueden distinguirse tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está representado principalmente por el Ministerio de Salud Pública, que es responsable legalmente de atender las necesidades de los pobres; en muchos países, los recursos de este sector son totalmente insuficientes por lo que, en la práctica, los pobres quedan sin

protección. El programa de enfermedad-maternidad del seguro social no ofrece normalmente servicios de salud a los pobres pero, en unos cuantos países, se protege a los "indigentes" a través de la asistencia social y de otros programas especiales administrados por el seguro social. (En el presente estudio, el término seguridad social se utiliza en sentido integral e incluye todos los programas de seguros sociales que dan cobertura a eventualidades tales como edad avanzada, incapacitación y muerte, enfermedad-maternidad, incapacitación en el empleo y/o desempleo). El sector privado incluye: planes pagados por anticipado; programas de los empleadores, las cooperativas y la comunidad; hospitales, clínicas y personal médico privado, y organizaciones no gubernamentales.

Este estudio se realizó en un período de dos años, de agosto de 1988 a octubre de 1990. Está dividido en cuatro capítulos. El primero identifica quiénes son los pobres en América Latina y el Caribe y analiza la magnitud general de la pobreza en la región y sus tendencias; la incidencia urbana-rural de la pobreza; y las características de los pobres, tales como la situación geográfica, el empleo, el ingreso y el acceso a los servicios sociales. Esta sección no pretende realizar una labor pionera en este campo sino más bien resumir e integrar la información existente a fin de proporcionar una base para el resto del estudio.

En el segundo capítulo se analizan los sistemas de atención de salud en la Región—su progreso y problemas—y el acceso de los pobres a dichos sistemas. Se da información sistemática sobre los 20 países latinoamericanos y, ocasionalmente, sobre 14 países del Caribe no latino (se proporcionan sistemáticamente datos sobre Bahamas, Barbados y Jamaica). Este capítulo incluye un análisis general de la administración de los sistemas de atención de salud, así como de sus normas, instalaciones, desigualdades, financiamiento y costos crecientes. Se ha prestado una atención especial a evaluar la protección actual de los pobres, así como a los obstáculos que se inter-

ponen a su cobertura y los costos posibles para alcanzar esa meta con el modelo actualmente predominante de atención de salud.

En el tercer capítulo se analizan a fondo los casos de cinco países: Costa Rica, México, Perú, la República Dominicana y Uruguay. Estos países se seleccionaron como ejemplo representativo de la Región, tomando como base su extensión y situación geográfica, el nivel de desarrollo económico y social, la incidencia de la pobreza y el tamaño de los sectores rurales tradicional e informal, la cobertura de salud del seguro social y la existencia o inexistencia de programas especiales para proteger a los pobres. En cada país, analizamos la situación de la pobreza, la cobertura actual de atención de salud de los pobres en las zonas urbanas y rurales, así como las razones para la baja o alta cobertura, la viabilidad financiera del seguro social y el sector público para dar cobertura a los pobres, y las alternativas privadas que tienen los pobres para obtener protección. Además, en cada país nos concentramos en un programa de salud que es beneficioso, o que pudiera serlo, para los pobres: en Costa Rica, el seguro social y los programas del Ministerio de Salud que proporcionan atención de salud a los pobres de las zonas urbanas y rurales; en la República Dominicana, las ventajas y desventajas para los pobres de los pagos por los usuarios en el sector de la salud pública y las organizaciones de mantenimiento de la salud del sector privado; en México, el programa de atención de salud del seguro social para los pobres de las zonas rurales (COPLAMAR); en Perú, la organización comunal de los servicios de salud para proteger a los pobres en una localidad marginal; y, en Uruguay, el papel del sistema mixto del seguro social, el Ministerio de Salud Pública y organizaciones colectivas para proporcionar atención de salud para los pobres. Los programas que atienden a los pobres y son financiados por la Fundación Interamericana se evalúan en México, Perú y Uruguay.

El autor realizó investigación de campo en los cinco países entre 1986 y 1989 y contó con la ayuda de dos investigadores, Gerard M. La Forgia, que evaluó los pagos por los usuarios en la República Dominicana en 1989, y Margaret S. Sherraden, que evaluó a COPLAMAR de México en 1988-1989.

En el cuarto capítulo se resumen los resultados

y lecciones de los estudios de caso y la posibilidad de duplicar en otros lugares los programas que han tenido éxito. También se formulan recomendaciones normativas para la reforma de la atención de salud en América Latina y el Caribe a fin de proporcionar protección a los pobres.

Este estudio fue encomendado y financiado básicamente por la Fundación Interamericana (FI). Estoy agradecido por la oportunidad, guía y apoyo proporcionados por Charlie Reilly, Patrick Breslin y Bob Sogge, así como por la ayuda proporcionada por varios de los representantes de la Fundación en los países.

La Organización Panamericana de la Salud acogió con entusiasmo este proyecto y decidió publicar el trabajo, en inglés y en español, junto con la FI. Estoy muy agradecido a su Director por su apoyo.

Debido al hecho de que el estudio requirió tres veces más esfuerzo que el previsto, acaparé todo mi tiempo de investigación en la Universidad de Pittsburg en los veranos de 1989 y 1990 y parte del otoño de 1990, con apoyo de Burkart Holzner, Director del Centro de Estudios Internacionales de la Universidad y un permiso sabático otorgado por Peter Koehler, Decano de la Facultad de Artes y Ciencias y Kevin Sontheimer, Presidente del Departamento de Economía. El estudio también se benefició de la investigación previa que yo realicé en cuatro de los cinco países seleccionados, para el Programa Regional sobre Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), el Banco Mundial y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID). Ninguna de estas instituciones e individuos es responsable de lo que se dice en el documento. También debo expresar mi reconocimiento a las numerosas personas en América Latina y el Caribe que generosamente proporcionaron datos o aceptaron ser entrevistadas para este estudio, así como a mi secretaria, Mimi Rinaldo, que mecanografió eficientemente varias versiones del manuscrito, y a mi ayudante de investigación, Sarah Wheeler, que comprobó la versión final del manuscrito y ayudó a preparar la bibliografía. Este estudio está dedicado a los pobres de la Región en la esperanza de que contribuya a mejorar la protección de atención de salud que reciben.

2.

**QUIÉNES SON LOS POBRES EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Esta página dejada en blanco al propósito.

El presente capítulo, en vez de avanzar el conocimiento sobre el tema de la pobreza en América Latina y el Caribe, trata de consolidar la literatura existente, a fin de proporcionar una base para el análisis posterior de la protección de atención de salud para los segmentos pobres de la población.

La pobreza se ha definido como la incapacidad de alcanzar un nivel mínimo de vida o de comprar la cesta mínima de bienes y servicios requeridos para satisfacer necesidades básicas; los pobres, pues, son aquéllos que caen dentro de dicho nivel mínimo o "línea de pobreza". Esta línea podría establecerse uniformemente para todo el mundo (o para una región), estableciendo así una "línea de pobreza universal (o regional)" de "pobreza absoluta"; la línea podría establecerse también dentro de un país, de acuerdo con sus niveles específicos de vida o ingresos, es decir, una "línea de pobreza específica para un país" de "pobreza relativa".

Entre los pobres, podemos identificar un grupo más pobre de "pobreza extrema" o "pobreza crítica" o "indigencia" o "desvalimiento". Este grupo carece incluso de los medios para comprar los alimentos que les permitirían tener una dieta mínimamente adecuada, y mucho menos para adquirir otros bienes y servicios. La "incidencia de la pobreza" es la proporción de pobres (independientemente de la forma en que se definan) en relación con la población total del mundo o dentro de una región o país dado (Piñera, 1978, 1978a; Altimir, 1982; Banco Mundial, 1990; CEPALC, 1990).

MAGNITUD, TENDENCIAS E INCIDENCIA DE LA POBREZA

Los indicadores de la pobreza pueden ser directos o indirectos; los primeros guardan relación con las mediciones del poder adquisitivo y

el ingreso, y se utilizarán en este capítulo; los indicadores indirectos son representativos, tales como la mortalidad infantil o la expectativa de vida, y se utilizarán en capítulos posteriores.

La medición de la pobreza en los países en desarrollo (incluida América Latina) la han emprendido ocasionalmente la Organización Internacional del Trabajo y el Banco Mundial (Psacharopoulos, 1989; Banco Mundial, 1990) y sistemáticamente para América Latina (excluyendo el Caribe no latino), la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe—CEPALC (Piñera, 1978, 1978a; Molina, 1980; NU/CEPALC/PNUD, 1980; Altimir, 1982; CEPALC, 1990).

El estudio pionero destinado a medir la pobreza en América Latina fue realizado por la CEPALC utilizando datos de 1970 y criterios uniformes para once países; el estudio abarcó 70% de la población y el PIB en la región. Fundamentalmente, empleó los gastos de los consumidores para medir la pobreza absoluta y la indigencia en la región, así como el ingreso por persona (la mitad del ingreso nacional promedio por persona) para determinar la pobreza relativa en cada uno de esos países. Aproximadamente, la línea de indigencia (en dólares) fue la mitad de la línea de pobreza general y hubo dos veces más indigentes que pobres en conjunto. Fundamentalmente, la CEPALC ha aplicado la misma metodología retrospectivamente hasta 1960 y, posteriormente, hasta 1980 y 1990; también existe una proyección para 1989. La encuesta de la CEPALC para la década de 1980 incluyó diez países que, combinados, representan 91% del PIB y 85% de la población de la Región. Todas las estimaciones guardan relación con la pobreza absoluta: la determinación de la línea de pobreza general se basó en el costo de una cesta de bienes, más necesidades básicas no alimentarias adicionales; la línea de indigencia se estableció tomando en cuenta los costos de una cesta básica de alimentos. En todos los estudios de la CEPALC, los cálculos de la pobreza se efec-

Cuadro 1. Estimaciones de la CEPALC de la pobreza absoluta y la incidencia nacional/urbana/rural de la pobreza en América Latina, 1970-1989.

	Familias			Población total			
	1980	1986	1989 ^a	1970	1980	1986	1989 ^a
Población (en millones)	69	87	94	283	331	396	416
Pobres (en millones)	24	32	35	113	136	170	183
Incidencia de la pobreza (%) ^b							
Nacional	35	37	37	40	41	43	44
Urbana	25	30	31	26	30	36	36
Rural	54	53	54	62	60	60	61
Distribución de la pobreza (%) ^c							
Nacional	100	100	100	100	100	100	100
Urbana	49	58	59	37	46	55	57
Rural	51	42	41	63	54	45	43

Fuentes: Altimir, 1982; CEPALC, 1990.

^aProyección.

^bPorcentajes de las poblaciones nacional, urbana y rural que se encuentran bajo la línea de pobreza absoluta.

^cPorcentajes de los pobres a nivel urbano y rural sobre la población pobre nacional.

tuaron para las familias y para la población en total (CEPALC, 1990). A fin de simplificar el análisis, posteriormente nos concentraremos en el concepto y la medición de la pobreza absoluta.

En el Cuadro 1 se presentan, en forma resumida, las series de la CEPALC que muestran la magnitud, tendencias e incidencia (a nivel nacional, urbano y rural) de la pobreza absoluta en América Latina en 1970, 1980 y 1986, así como la proyección para 1989. El número de pobres (población total) aumentó de 110 millones en 1960 (no se presenta en el cuadro) a 170 millones en 1986. La tasa anual promedio de incremento en el número de pobres fue de 0,3% en 1960-1970, de 2% en 1970-1980 y de 3,6% en 1980-1986. La incidencia de la pobreza nacional (familias) descendió de 51% en 1960 (no se presenta en el cuadro) a 40% en 1970, y a 35% en 1980, pero, debido a la crisis económica de la década de 1980, aumentó a 37% en 1986. Cuando se utilizaron las cifras totales de población, la incidencia nacional de la pobreza aumentó constantemente en 1970-1986, de 40 a 43%.

El Banco Mundial ha estimado que, en 1985, había 70 millones de pobres en América Latina y el Caribe (aproximadamente 100 millones menos que en la encuesta de la CEPALC) y una incidencia de pobreza de 19% (en comparación con 43% en la encuesta de la CEPALC). La razón para las cifras más bajas es que el Banco utilizó una "línea de pobreza universal" muy baja (\$US370) a fin de facilitar las comparaciones de América Latina y el Caribe con regiones más pobres en el mundo en desarrollo. La porción de la Región de los pobres del mundo es de 6% y, sin embargo, el Banco advirtió que el ingreso promedio por persona en América Latina y el Caribe está muy por encima del de los "países de ingresos medios" y es de cinco a seis veces el

ingreso por persona de otras regiones en desarrollo. Aún así, una quinta parte de la población de la Región vive en la pobreza, debido en parte, de acuerdo con el Banco Mundial, al grado excepcionalmente elevado de desigualdad en el ingreso existente en la Región (Banco Mundial, 1990).

De acuerdo con el Cuadro 1, la porción de los pobres urbanos en la población total de pobres aumentó constantemente de 37 a 55% entre 1970 y 1986 (junto con el incremento en la urbanización), mientras que, en el mismo período, la porción de pobres rurales descendió de 63 a 45%. Así pues, si bien en 1970 la gran mayoría de los pobres eran rurales, en 1986 eran urbanos. Sin embargo, debido al descenso relativo en la población rural de la Región, la incidencia de la pobreza en las zonas rurales es aún mucho más elevada (60% en 1986) que en las zonas urbanas (36%). En 1970-1986, la incidencia de la pobreza descendió ligeramente en las zonas rurales (de 62 a 60%), pero aumentó notablemente en las zonas urbanas (de 26 a 36%). Por consiguiente, el incremento general en la pobreza en la década de 1980 se ha concentrado en las zonas urbanas que han sufrido la crisis económica con más intensidad que las zonas rurales. Y con todo, la población rural aún se ve considerablemente más afectada por la pobreza que la población urbana; además, la pobreza crítica (incidencia de la indigencia) es dos veces más elevada en las zonas rurales que en las urbanas (CEPALC, 1990).

Las cifras del Cuadro 1 son promedios regionales, pero las variaciones entre los países son significativas, tal como indica el Cuadro 2. En seis de los diez países, la incidencia nacional de la pobreza (familias) descendió en 1970-1980, pero en cuatro de esos países aumentó en 1980-1986; en dos países para los que carecemos

Cuadro 2. Estimaciones de la CEPALC de la incidencia de la pobreza absoluta (nacional/urbana/rural) en determinados países de América Latina^a, 1970-1988 (en porcentaje).

	Familias			Población total		
	Nacionales	Urbanas	Rurales	Nacional	Urbana	Rural
Argentina						
1970	8	5	19	n.d.	n.d.	n.d.
1980	9	7	16	10	9	19
1986	13	12	17	16	15	20
Brasil						
1970	49	35	73	n.d.	n.d.	n.d.
1979	39	30	62	45	34	68
1987	40	34	60	45	38	66
Colombia						
1970	45	38	54	n.d.	n.d.	n.d.
1980	39	36	45	42	40	48
1986	38	36	42	42	40	45
Costa Rica						
1970	24	15	30	n.d.	n.d.	n.d.
1981	22	16	28	24	18	28
1988	25	21	28	27	24	30
Guatemala						
1970	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1980	65	41	79	71	47	84
1986	68	54	75	73	60	80
México						
1970	34	20	49	n.d.	n.d.	n.d.
1977	32	n.d.	n.d.	40	n.d.	n.d.
1984	30	23	43	37	30	51
Panamá						
1970	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1979	36	31	45	42	36	50
1986	34	30	43	41	36	52
Perú						
1970	50	28	68	n.d.	n.d.	n.d.
1979	46	35	65	53	38	80
1986	52	45	64	60	52	72
Uruguay						
1970	n.d.	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1981	11	9	21	15	13	27
1986	15	14	23	20	19	29
Venezuela						
1970	25	20	36	n.d.	n.d.	n.d.
1981	22	18	35	25	20	43
1986	27	25	34	32	30	42

Fuente: CEPALC, 1990.

^aLa encuesta de 1970 también incluyó a Chile y Honduras pero estos países quedaron excluidos de la encuesta de la década de 1980, la cual añadió a Guatemala y Panamá.

de datos para 1970, la incidencia de la pobreza aumentó en 1980-1986; y en un país, dicha incidencia aumentó constantemente en 1970-1986. Solo en tres países descendió la incidencia de la pobreza en 1980-1986. La incidencia nacional de la pobreza en 1986 (población total) osciló entre 16% en Argentina y 73% en Guatemala, lo que indica que el nivel de desarrollo (medido aproximadamente por el PIB por persona) está inversamente correlacionado con la incidencia de la pobreza (CEPALC, 1990). Como se constata en el Cuadro 1, la incidencia de la pobreza rural es

sustancialmente más elevada (en 1986 osciló entre 20% en Argentina y 80% en Guatemala) que la incidencia urbana (que osciló entre 15 y 60% en los mismos países). La incidencia de la pobreza entre las familias es notablemente más baja que entre los individuos en la población total.

Los diez países encuestados por la CEPALC figuran entre los más desarrollados de América Latina, con la excepción de Guatemala. De los diez países excluidos, Cuba y Chile están bastante desarrollados, pero los ocho restantes—

Bolivia, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y la República Dominicana—se hallan entre los menos desarrollados de la Región. Por tanto, la CEPALC indica que la incidencia de la pobreza en estos ocho países debería ser más elevada que la de los incluidos en el Cuadro 2. Lamentablemente, carecemos de datos exactos sobre estos ocho países, por lo que la evaluación de la pobreza en la República Dominicana (uno de nuestros cinco casos estudiados) será sumamente difícil.

En un reciente estudio sobre la pobreza, el Banco Mundial (1990) proporciona algunos datos sobre cinco de los mismos países estudiados por la CEPALC (no son comparables, ya que el Banco utiliza líneas de pobreza relativas, mientras que la encuesta de la CEPALC se basa en líneas absolutas), pero nada sobre los ocho países excluidos. Las cifras sobre 14 países latinoamericanos (incluyendo los ocho no encuestados por la CEPALC) se proporcionan en un estudio previo del Banco sobre la pobreza en el mundo; lamentablemente, ese estudio no contiene información sobre definiciones, método de cálculo, fuentes, fechas exactas e incidencia nacional de la pobreza; tampoco se proporciona la incidencia rural para varios países (Psacharopoulos, 1989). Los datos proporcionados por ese estudio sobre la República Dominicana muestran una incidencia urbana de 45% (en algún punto entre 1977 y 1986) que concuerda con los indicadores de desarrollo de ese país y su clasificación en la América Latina. Sin embargo, la incidencia rural de la pobreza en la República Dominicana se da como 43%, que es más baja que la incidencia rural que da la CEPALC para cinco países que están más desarrollados que la República Dominicana.

Una proyección de la CEPALC para 1989 (Cuadro 1) indica que la incidencia nacional de la pobreza en América Latina habría aumentado en un punto porcentual desde 1986, alcanzando la cifra de 44%; tomando como base los datos sobre las familias, la incidencia siguió siendo la misma. Por el contrario, el Banco Mundial ha proyectado para el año 2000 un descenso de 8 puntos porcentuales en la incidencia de la pobreza en la Región, de 19% en 1985 a 11% en el año 2000. Esta predicción se basa en hipótesis optimistas: que el PIB regional aumentará en 4,2% anualmente (ya que el Banco pronostica que la carga de la deuda en América Latina y el Caribe dejará de ser una limitación grave sobre la inversión en los últimos cinco años del siglo) y el PIB en los países industriales aumentará en un 3% anualmente, incrementando así la demanda y los precios de las exportaciones de la

Región. Sin embargo, si no se cumplen estas hipótesis, el Banco proyecta un incremento de 5 puntos porcentuales en la incidencia de la pobreza, alcanzándose una tasa regional de 24% en el año 2000 (Banco Mundial, 1990). Cabe recordar que todas las cifras del Banco Mundial son más bajas que las de la CEPALC.

En resumen, desde 1980, tanto el número de pobres como la incidencia de la pobreza han aumentado rápidamente en América Latina. Aunque el número de pobres en las zonas urbanas aumenta con más rapidez que el de los pobres en las zonas rurales, la incidencia general de la pobreza entre estos últimos es aproximadamente 70% más elevada que entre los primeros, y la incidencia de la indigencia es dos veces más alta entre los pobres de las zonas rurales que entre los de las urbanas. La pobreza está inversamente correlacionada con el nivel de desarrollo: es más baja en la mayoría de los países latinoamericanos desarrollados (incluyendo tres de nuestros estudios de caso, Costa Rica, México y Uruguay) y más alta en los países menos desarrollados (incluyendo el Perú y, probablemente, la República Dominicana).

CARACTERÍSTICAS DE LOS POBRES

Las encuestas iniciales de la CEPALC formularon un "perfil de pobreza" para América Latina que describió las características de los pobres en términos de situación geográfica, demografía, nivel educativo, empleo, ingreso, acceso a los servicios públicos y mercados, y grado de organización y participación. El Banco Mundial ha recopilado información más reciente sobre algunos de estos indicadores. Los pobres están concentrados en las zonas urbanas y en las regiones menos desarrolladas (principalmente en zonas rurales con un alto porcentaje de población autóctona). Los pobres de las zonas urbanas viven a menudo en barrios marginales y en asentamientos espontáneos ilegales. Los pobres tienen un nivel muy bajo de educación, sufren una elevada tasa de mortalidad, tienen familias más numerosas, perciben un ingreso muy bajo, tienen poco o ningún acceso a los servicios sociales, y a menudo carecen de mecanismos de organización y participación política y social activa. Las mujeres y los niños se ven especialmente afectados por la pobreza (Piñera, 1978, 1978a; Molina, 1980; Banco Mundial, 1990).

Los pobres de las zonas urbanas son víctimas

de un desempleo manifiesto, y aún más, del subempleo que afecta a 70% de ellos. La mayoría de los pobres de las zonas urbanas son trabajadores manuales asalariados empleados en pequeñas empresas o autónomos, o trabajadores familiares no remunerados o en el servicio doméstico,¹ todas las cuales son categorías laborales típicas del llamado sector informal. Aunque no todos los trabajadores del sector informal son pobres, la información disponible indica que la mayoría de ellos sí lo son, en particular si se excluyen los propietarios de empresas del sector informal así como los profesionales autónomos. En 1970, 34% del empleo urbano en once países latinoamericanos pertenecía al sector informal y de 70 a 80% de los pobres en las zonas urbanas se hallaban comprendidos en dicho sector: 38% trabajaban en el ramo de los servicios (principalmente personales), 20% en el comercio, 19% en las manufacturas (principalmente pequeñas empresas, a menudo clandestinas o ilegales) y el 24% restante en la construcción, el transporte o en puestos de trabajo no especificados.

La mayoría de los pobres de las zonas urbanas trabajan pero perciben un ingreso bajo. En 1970, entre 19 y 50% de los ingresos de los trabajadores urbanos en trece países latinoamericanos estaban por debajo del salario mínimo (los más bajos en Argentina y los más altos en Paraguay) y, en siete ciudades principales, entre 73 y 93% de quienes percibían menos del salario mínimo estaban empleados en el sector informal (los más bajos en Ciudad de México y los más altos en Ciudad de Panamá). En 1980, el ingreso promedio de un trabajador del sector informal frente a uno del sector formal en ocho ciudades capitales de América Latina era el siguiente: 28% en Perú; 36 a 40% en Colombia, Chile, El Salvador y Paraguay; y de 47 a 51% en Costa Rica, México y la República Dominicana. Los datos procedentes de unos cuantos países denotan que, entre los trabajadores del sector informal, por tipo de ocupación, los trabajadores familiares no remunerados y los trabajadores autónomos reciben el ingreso más bajo, seguidos de los trabajadores asalariados; los propietarios reciben los ingresos más elevados. Por

¹Los datos sobre la distribución del sector informal por categorías de la fuerza de trabajo, procedentes de nueve países de América Latina y el Caribe al final de la década de 1970, indican que: de 54 a 80% eran asalariados; de 1 a 10%, trabajadores familiares no remunerados; de 1 a 9%, trabajadores en el servicio doméstico y de 1 a 6%, empleadores. Debido a que estos datos se recopilaban en la zona metropolitana de las ciudades más importantes, el porcentaje de trabajadores asalariados quizás fuese mayor que si se hubiera utilizado todo el sector urbano del país (Mesa-Lago, 1990a).

rama económica, el ingreso más bajo lo reciben los empleados del servicio doméstico y los vendedores ambulantes, seguidos de los trabajadores en talleres de reparación.

Debido a la crisis económica, en 1980-1985, el empleo no agrícola en el sector formal descendió en casi 8%, mientras que el empleo en el sector informal aumentó en casi 4%; así, pues, el empleo urbano total descendió en 4% y el desempleo urbano manifiesto aumentó en la misma proporción. Los grupos urbanos más afectados por la crisis son quienes sufren desempleo manifiesto y los trabajadores en el sector informal; 57% del incremento en la incidencia de la pobreza se concentra en los primeros y 39% en los últimos (Tokman, 1980, 1987; PREALC, 1988).

Hemos visto que la incidencia general de la pobreza y la indigencia en las zonas rurales es mucho más elevada que en las zonas urbanas. El ingreso rural promedio, el estado de salud, la educación y la vivienda se hallan siempre por debajo de los promedios nacionales y son considerablemente más bajos que los promedios urbanos. La pobreza crítica en América Latina y el Caribe se halla concentrada de ordinario en zonas áridas o en zonas de pendientes pronunciadas que sufren degradación ambiental y que son económicamente vulnerables y están física y culturalmente aisladas. En estas zonas, escasea la tierra cultivable, la demanda de mano de obra es muy estacional y la productividad de la mano de obra es sumamente baja. Los campesinos sin tierra y la pobreza están muy relacionados en las zonas rurales de América Latina y el Caribe y, cuando los pobres tienen tierras, estas son normalmente improductivas o de una fertilidad muy baja, o están organizadas en fincas comunales ineficaces. La pobreza también está correlacionada con la raza y los antecedentes étnicos: en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, la población autóctona está desproporcionadamente representada entre los pobres.

Las condiciones de salud entre los pobres de las zonas rurales son mucho peores que entre los pobres de las zonas urbanas. Los datos sobre cinco países de América Latina y el Caribe para mediados de la década de 1980 indican que las tasas de mortalidad infantil en las zonas rurales de Panamá y México fueron de 27 a 172% más elevadas, respectivamente, que en las zonas urbanas. La falta de acceso a agua segura en zonas rurales fue de 37 a 207% más elevada en Panamá y Perú, respectivamente, que en las zonas urbanas. De acuerdo con otros datos, las relaciones de servicios urbanos a rurales son: médicos, cinco a uno; camas de hospital, cuatro a

una; y alcantarillado, de cinco a veinte a uno (Banco Mundial, 1990; La Forgia, 1990).

En las zonas rurales, la mayoría de los pobres trabajan en la agricultura, principalmente en la agricultura en pequeña escala; el empleo rural no agrícola corresponde a industrias familiares, servicios y comercio. En el sector rural, los trabajadores autónomos y los trabajadores familiares no remunerados representan las proporciones más elevadas entre los trabajadores agrícolas (y entre los pobres). Los datos procedentes de unos cuantos países latinoamericanos en 1972 indican que, entre los cabezas de familia pobres, de 46 a 60% eran trabajadores autónomos. Sin embargo, a menudo los trabajadores autónomos y los familiares no remunerados trabajan parcialmente en empleos asalariados como trabajadores temporeros o estacionales. Los aumentos en el trabajo asalariado en las empresas agrícolas se producen principalmente mediante la contratación de mano de obra temporera o eventual. Una porción importante de los pobres en las zonas rurales está desempleada: en los cuatro meses de menos empleo, de 25 a 60% de la fuerza laboral agrícola está desempleada. El número de familiares a cargo por trabajador activo en las familias rurales es mucho más elevado que en las familias urbanas, y esto por tanto agrava la pobreza (León, 1980; Banco Mundial, 1990).

Este estudio se concentrará en los dos grupos principales de pobres:

- En las zonas urbanas, nos concentraremos en el sector informal, en particular en los trabajadores autónomos, trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del servicio doméstico. Se considerarán los trabajadores asalariados en el sector informal de las pequeñas empresas pero, debido a falta de datos, es casi imposible desagregar este subgrupo de los trabajadores asalariados en su conjunto. Los pequeños empleadores del sector informal tienen a menudo ingresos más elevados que otros subgrupos y la mayoría de ellos no son pobres; los datos sobre este grupo también son muy escasos.

- En las zonas rurales, la mayoría de los pobres son campesinos sin tierras, pequeños agricultores, trabajadores autónomos y trabajadores temporeros/eventuales/estacionales. Los datos desagregados sobre estos subgrupos son sumamente difíciles de obtener, por lo que normalmente trataremos de los pobres en las zonas rurales de forma agregada.

Finalmente, cada vez que sea posible, consideraremos a los desempleados, bien residan en las zonas urbanas o en las rurales.

ACCESO DE LOS POBRES A LOS SERVICIOS SOCIALES

De acuerdo con Altimir (1982), la asistencia social de los grupos de bajos ingresos depende mucho del hecho de si tienen o no acceso a servicios sociales gratuitos o muy subvencionados tales como educación, atención de salud, etc. En la práctica, las desigualdades en el acceso a estos servicios en la población agravan la incidencia de la pobreza. En un intento aproximado por medir las diferencias en la probabilidad de acceso en la población, argumentó que: "los grupos de ingresos más bajos experimentan las mayores dificultades de acceso a servicios sociales disponibles y, por tanto, su probabilidad de acceso está por debajo del promedio [nacional]. . . Esa probabilidad disminuye aún más cuanto menos extenso sea un servicio en particular, puesto que las condiciones restringidas de suministro tienden a favorecer el acceso por los grupos medios y superiores de la población" (pág. 68).

Refiriéndose específicamente a la atención de salud, Altimir argumenta que si la cobertura nacional promedio de la población es de 60%, los pobres tienen aproximadamente un 40% de probabilidad de no tener cobertura. Comparando las instalaciones de salud entre los diferentes países, se llega a una probabilidad aproximada de acceso por los pobres a los servicios; por ejemplo, la relación de camas de hospital por mil habitantes es de 5,5 y 6,0 en el Uruguay y la Argentina, pero de 1,0 y 1,3 en Paraguay, Honduras, El Salvador y México, lo que significa que los pobres tienen tres veces más probabilidad de acceso en el primer grupo de países que en el segundo.

El Banco Mundial (1990), en su reciente estudio sobre la pobreza, afirma que ninguna tarea debería merecer una prioridad más alta para los órganos normativos del mundo que la de reducir la pobreza. Para combatir la pobreza, el Banco recomienda una estrategia que combina un crecimiento eficaz de alta densidad de mano de obra con una provisión adecuada de servicios sociales básicos entre los cuales la atención de salud desempeña un papel fundamental. El presente estudio está dedicado a analizar la falta de acceso de los pobres a tales servicios y las posibles formas de resolver ese problema vital.

3.

**EVALUACIÓN GENERAL DE LA
ATENCIÓN DE SALUD Y DEL
ACCESO POR LOS POBRES**

Esta página dejada en blanco al propósito.

En primer lugar, este capítulo describe brevemente los sistemas de atención de salud en América Latina y el Caribe, identifica sus tres sectores principales (público, seguro social y privado) y analiza la insuficiencia de los recursos asignados al sector público, que por lo general es responsable de atender a los pobres. Segundo, proporciona estimaciones de la cobertura de atención de salud de la población y sus desigualdades, así como un análisis de la cobertura actual de los pobres, los obstáculos que se interponen al logro de la protección de los pobres y el costo elevado de proporcionar esa protección con el modelo predominante de atención de salud. Tercero, evalúa las normas e instalaciones de salud en la Región, así como sus desigualdades y el efecto redistributivo de los programas de salud. Cuarto, analiza los éxitos del financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe (tanto en el sector público como en el del seguro social), y evalúa el efecto de la crisis económica en la atención de salud, en particular entre los pobres. Por último, el capítulo proporciona datos sobre la dimensión, distribución y tendencias crecientes de los gastos en atención de salud en la Región, así como las causas para el aumento de los costos de salud y los obstáculos que este incremento presenta para la ampliación de la cobertura a los pobres. Cada una de las cinco secciones del capítulo termina con un resumen de los resultados principales, subrayando la relación con la pobreza.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: TENDENCIAS Y PROBLEMAS

En América Latina y el Caribe proporcionan atención de salud muchos proveedores, entre ellos los ministerios de salud, instituciones del

seguro social, las fuerzas armadas, los sindicatos, las sociedades de ayuda mutua y las cooperativas, instituciones caritativas (beneficencias, empleadores, compañías de seguros, organizaciones de mantenimiento de la salud y organizaciones no gubernamentales). Estos proveedores pueden agruparse en los tres sectores principales siguientes: público, del seguro social y privado.

El sector público, el seguro social y el sector privado

El proveedor más importante en el sector público es el ministerio de salud, que tiene a su cargo dos funciones principales: la prevención y el saneamiento (por ejemplo, inmunización, saneamiento ambiental, control de enfermedades endémicas y epidémicas, educación para la salud, supervisión de toda la atención de salud, etc.) y los servicios curativos. En algunos países, tales como la Argentina, las provincias, los estados, los departamentos y los municipios también tienen sus propios servicios de salud independientes de los del gobierno federal o central. En toda la América Latina (con excepción de Costa Rica, que no tiene ejército), las fuerzas armadas también tienen sus propios servicios de salud y en algunos países también los tienen ciertas instituciones públicas autónomas. Las instituciones benéficas pueden estar dentro del sector público o del sector privado.

En 20 de 28 de los países de la Región para los que contamos con información, la mayoría de los servicios de salud son proporcionados por el sector público, principalmente por el ministerio de salud. El segmento más pobre de la población de ordinario solo tiene acceso a los servicios proporcionados por el ministerio de salud (bajo el concepto de la asistencia social), debido a que este grupo no reúne las condiciones necesarias para recibir el seguro social y no puede sufragar

los gastos de la medicina privada. Sin embargo, las instalaciones del ministerio por lo general son insuficientes para proporcionar una atención eficaz a la población que les ha sido asignada, y sus servicios son a menudo de la peor calidad.

El seguro social se ha convertido en el segundo proveedor de atención de salud en la Región (fundamentalmente en servicios curativos), principalmente a través del programa de enfermedad-maternidad y, en menor grado, de los programas para atender las lesiones en el empleo y las asignaciones familiares. En algunos países, el programa de enfermedad-maternidad no está unificado, sino dividido por categorías laborales u ocupaciones (por ejemplo, trabajadores privados de la categoría manual y trabajadores de oficina, empleados del servicio civil, trabajadores ferroviarios, trabajadores del petróleo, trabajadores del ramo de la electricidad, empleados de bancos). En ocho países latinoamericanos el seguro social abarca a una población más amplia que la del ministerio de salud. Dicha cobertura se concentra en grupos de ingresos medios de la población, y en algunos países se les añaden los grupos de ingresos bajos más altos y elevados más bajos (los que cuentan con esta cobertura reivindican un "derecho" a la atención). En consecuencia, los pobres se ven de ordinario excluidos, salvo en unos cuantos países donde el seguro social proporciona atención de salud a los "indigentes". Las instalaciones del seguro social son por lo general mejores y más numerosas que las del ministerio de salud.

El sector privado se dedica esencialmente a la medicina curativa con fines de lucro o sin fines de lucro y constituye el menor de los tres sectores, con la posible excepción del Brasil, aunque está experimentando una rápida expansión en muchos países. Los planes pagados por anticipado se hallan aún en un estado incipiente de desarrollo e incluyen el seguro (pólizas individuales y en grupo), así como planes de los empleadores, cooperativas y la comunidad. La mayoría de estos planes funcionan en las zonas urbanas extensas, pero algunos se encuentran en las ciudades pequeñas y zonas de agroexportación (Gwynne y Zschock, 1989). Además, hay hospitales, clínicas y personal médico privado que atienden a los individuos no amparados por un plan, así como los practicantes de la medicina tradicional (curanderos, parteras, etc.). Finalmente, tenemos las organizaciones no gubernamentales (ONG), que proporcionan algunos servicios de salud. Excepto en lo que respecta a las ONG sin fines de lucro, el sector privado con

fines de lucro proporciona cobertura al grupo de ingresos elevados y parte del grupo de ingresos medios, obviamente excluyendo a los pobres. En general, el acceso a los servicios privados está inversamente correlacionado con su complejidad y costo: hay un mayor acceso a los servicios de costos más bajos, tales como las consultas ambulatorias y los servicios de parto y medicinas, pero un acceso considerablemente menor a servicios diagnósticos y de hospitalización, en particular la medicina de alta tecnología (OPS, 1989). Aunque la calidad de los servicios privados varía mucho entre los distintos países, estos tienden a ser los mejores, excepto en el caso de algún equipo sumamente técnico y especialistas.

Los datos sobre la distribución de los servicios de atención de salud entre los tres sectores son escasos y a menudo poco fiables. De acuerdo con el Cuadro 3, en cinco de 12 países de América Latina —Colombia, Cuba, Ecuador, Perú y la República Dominicana— la mayor parte de la población está amparada por el ministerio de salud; esto también ocurre en el Caribe no latino, aunque no se muestra en el cuadro. En cuatro países —Argentina, Costa Rica, México y Panamá— la mayor parte de la población cuenta con cobertura del seguro social. En un país, Uruguay, los porcentajes de población amparada por el ministerio y por el seguro (incluidas las instituciones de ayuda mutua) son casi iguales; en Brasil y Chile es difícil separar los

Cuadro 3. Distribución porcentual de la cobertura de la población para atención de salud por sector en determinados países de América Latina, alrededor de 1985.

País	Ministerio de salud y otros ^a	Seguro social	Privado	Total
Argentina	23	74 ^b	3	100
Brasil	-----87-----	-----	13	100
Colombia	74	16	10	100
Costa Rica	14	81	5	100
Cuba	100	0	0	100
Chile	----- 85-90 ^c -----	-----	10-15	100
Ecuador	83	11	6	100
México	30	60	10	100
Panamá	42	58	n.d.	100
Perú	55	17	28	100
República Dominicana	64	6	30	100
Uruguay	43	53 ^b	4	100

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^aIncluye a las Fuerzas Armadas, otras instituciones públicas y, en algunos países, a las instituciones de beneficencia.

^bIncluye a las sociedades de ayuda mutua, cooperativas y servicios sindicales.

^cFONASA es una institución que recauda todas las contribuciones de los asegurados.

dos sectores. Aunque no existe información sobre los ocho países latinoamericanos restantes, todos ellos (salvo Venezuela) son los menos desarrollados y tienen una cobertura del seguro social muy reducida, dejando al sector público responsable de proporcionar cobertura a la mayor parte de la población en ellos.

Tipos de organización y sistemas de servicios de atención de salud

Los servicios médicos-hospitalarios en la Región se proporcionan a través de sistemas directos e indirectos. Con el sistema directo, el más común, la institución administrativa tiene en propiedad los hospitales y otras instalaciones y contrata a los médicos. Ese sistema requiere una inversión inicial más elevada, pero otorga más control a la institución administrativa y, en teoría, reduce los costos de operación. Con el sistema indirecto (que rara vez se encuentra en forma pura en la América Latina), la agencia contrata a otros proveedores, a quienes los usuarios pagan directamente y, luego, son reembolsados por la agencia, o a quienes la agencia puede pagar de acuerdo con un baremo previamente establecido para servicios o por usuario. Este sistema no requiere una inversión sustancial, pero proporciona poco control a la agencia administrativa y sus costos pudieran ser más elevados (AISS, 1982; Gwynne y Zschock, 1989, argumentan que los costos son más bajos). Muchos países combinan los sistemas directo e indirecto, debido a que los propios servicios de la agencia administrativa son insuficientes.

La considerable variedad de organización de servicios de salud en América Latina y el Caribe hace difícil elaborar una clasificación estricta, pero pueden identificarse los tres tipos principales siguientes (Castellanos, 1985): países con un sistema de salud nacional que es operado fundamentalmente por el ministerio de salud con sus propias instalaciones (Caribe no latino, salvo Bermuda, así como Cuba y Nicaragua); países donde el seguro social (bien una agencia única o varias agencias) proporciona cobertura a la mayor parte de la población mediante sistemas directos o indirectos, mientras que el ministerio de salud proporciona cobertura a los no asegurados y facilita otros servicios, tales como los de prevención y supervisión (Argentina, Brasil —donde el sistema indirecto a través de las instalaciones privadas representa una mayoría—, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela; sin embargo, solo en Costa

Rica y México la institución del seguro social proporciona la mayoría de los servicios directamente); y países en los que el ministerio de salud (que cuenta con instalaciones insuficientes para dichas áreas) se espera que proporcione cobertura a la gran mayoría de la población, mientras que el seguro social proporciona cobertura a menos de una cuarta parte de la población, bien directa o indirectamente (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Perú). Haití no tiene seguro social de enfermedad-maternidad y su ministerio de salud es muy inadecuado para proporcionar cobertura a la población.

Insuficiencia de los recursos del sector público

Como se ha dicho, en la mayor parte de la América Latina, los únicos servicios de salud disponibles para el grueso de la población (incluidos los pobres) son los proporcionados por el ministerio de salud más que por el seguro social, pero el ministerio recibe un porcentaje considerablemente menor de los fondos nacionales asignados a la atención de salud. El Cuadro 4 presenta, solo para seis países, datos escasos que contrastan con las distribuciones porcentuales de la población amparadas por la atención de salud y los ingresos nacionales para dicho concepto en el ministerio de salud y en el seguro social en 1980, así como la relación de ingresos/cobertura.

Por ejemplo, en la República Dominicana, 91% de la población (fuera del sector privado) es atendido por el ministerio y 9% por el seguro social, pero las proporciones respectivas de ingresos para cada institución son 53 y 47%, respectivamente, lo que resulta en razones de 0,58 para el ministerio y 5,22 para el seguro social. Análogamente, se muestran razones desiguales para Colombia, Ecuador y Perú (parece haber una brecha creciente en la planta física y la calidad de la atención entre los dos sectores). A la inversa, las relaciones más equitativas se registran en Costa Rica y Panamá. La mayoría de los países del Caribe no latino han evitado completamente la desigualdad debido a que por lo general tienen un solo sistema nacional de salud.

Dada la desigualdad arriba citada, el ministerio de salud no tiene los recursos mínimos necesarios para proporcionar atención de salud a la mayor parte de la población, especialmente a los

Cuadro 4. Comparación de las distribuciones porcentuales de la cobertura de atención de salud de la población e ingresos, entre el ministerio de salud y el seguro social, en determinados países de América Latina, 1980^a.

País	Ministerio de salud			Seguro social		
	Cobertura	Ingreso	Razón	Cobertura	Ingreso	Razón
Colombia	82	38	0,46	18	62	3,44
Costa Rica	15	22	1,47	85	78	0,92
Ecuador	89	59	0,66	11	41	3,72
Panamá	45	34	0,76	55	65	1,18
Perú	76	50	0,66	24	50	2,08
República Dominicana	91	53	0,58	9	47	5,22

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^aExcluye al sector privado; las distribuciones porcentuales se basan en los datos de cobertura e ingresos para el ministerio y el seguro solamente; por lo tanto, los datos de cobertura en este cuadro difieren de los del Cuadro 3.

pobres. Además, la asignación desigual de recursos produce una distorsión negativa, debido a que el ministerio se concentra de ordinario en la atención primaria de salud (por ejemplo, prevención, nutrición, saneamiento, educación para la salud, atención maternoinfantil), mientras que la atención de salud del seguro social es típicamente curativa y orientada a los grupos de edad productiva de la población (que tienen una incidencia más baja de enfermedad que los lactantes y las embarazadas) y los jubilados (que tienen una alta incidencia de enfermedad y requieren atención compleja y costosa).

En los países menos desarrollados de América Latina y el Caribe, las tasas de mortalidad infantil son muy elevadas y las causas principales de mortalidad son las enfermedades digestivas y respiratorias que a menudo afectan a lactantes de familias de bajos ingresos. Estas enfermedades (y la mortalidad infantil) pueden reducirse de forma pronunciada con un desvío de los recursos de salud del seguro social al ministerio (y de los grupos de la población productiva y jubilada a los grupos de la población infantil y materna), pero la separación de estos sectores en el presupuesto hace que esta meta sea difícil de alcanzar (se hablará más al respecto en la sección sobre "Predominio de la medicina curativa", página 53).

Integración o coordinación de los servicios

Uno de los problemas más importantes en este campo es la falta de coordinación entre los proveedores múltiples de la atención de salud (particularmente en el sector público y en el del seguro social), así como la separación entre los servicios preventivos y curativos (OPS, 1981; McGreevey y colaboradores, 1984; Mesa-Lago, 1985a; Ugalde, 1985a). En las tres últimas décadas, este problema ha sido debatido por enti-

dades regionales e internacionales y por asociaciones relacionadas con el seguro social y la salud pública —la OIT, la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), la OEA, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), la OPS y la OMS— que han recomendado la coordinación o integración de los servicios de salud.

Hay tres niveles de integración. El más alto está representado por países con sistemas nacionales de salud unificados. El nivel intermedio está constituido por países que tienen un alto grado de coordinación entre el ministerio de salud y el seguro social, en los que se han integrado algunos servicios y en los que existe una clara división de la mano de obra entre las dos instituciones (Costa Rica es un buen ejemplo). El nivel más bajo es típico de los países que utilizan sistemas normalizados de planificación y normativos en todas las instituciones.

Para que sea eficaz, la integración ha de ir acompañada de un cambio de énfasis hacia la atención primaria de salud y una mayor eficiencia (Ugalde, 1985a). Se ha dicho que, en la década de 1970, la preferencia cambió de la integración hacia la coordinación y que, desde principios de la década de 1980, se ha seguido un nuevo enfoque que se concentra en los resultados (cobertura universal), más que en el método para lograrlos (Castellanos, 1985).

A pesar de la importancia de este tema, se dispone de pocos estudios serios sobre experiencias concretas de integración en América Latina y el Caribe, salvo un estudio reciente en Panamá. Dicho estudio indica que la integración ha llevado a una reducción importante en las disparidades entre las zonas urbanas y las rurales en el acceso a la atención de salud, pero que no se ha logrado reducir los sesgos curativos y urbanos del sistema o aumentar la eficiencia (La Forgia, 1990).

Desde la década de 1980, el acercamiento en-

tre la OIT y la OMS (que se refleja también en las instituciones nacionales del seguro social y el ministerio de salud) ha tendido a coordinar sus iniciativas y promover una estrategia coherente para la atención de salud, especialmente a nivel primario (OPS/OIT/CISS, 1986). Sin embargo, a pesar de los adelantos logrados, muchos problemas siguen sin solucionarse. Aunque la mayoría de los países cuentan con leyes que establecen sistemas nacionales de salud (por ejemplo, México y Perú), el progreso real ha sido lento, y la coordinación entre las dos instituciones principales, salvo unas cuantas excepciones, es incipiente y continúa siendo tema de debate y de fricción. Las políticas de coordinación no han logrado aún incorporar ambas instituciones en el proceso de toma de decisiones y provisión de servicios. Además, siguen en pie barreras persistentes al proceso de coordinación, tales como clientelas separadas, diferentes medios de financiamiento y resistencia en el seno de las dos burocracias (Castellanos, 1985). En una reunión de la OPS celebrada en 1987, se confirmaron estos problemas y se reconoció que, a pesar de que había consenso con respecto a los beneficios de la coordinación, no había acuerdo en relación con los métodos adecuados para lograrla: el quién, qué y cómo (OPS, 1987).

En 1990, la OPS designó expertos en seguro social y salud a un comité asesor que proporcionaría asesoramiento sobre los temas de la coordinación/integración y la expansión de la cobertura a la población. En un documento del comité se reconoció que había que aceptar la existencia de instituciones múltiples y diversas, y se expresó una preferencia por una integración funcional en vez de estructural o administrativa (unificación). Además, se reconocieron tanto las posibilidades de la *seguridad* social (no el *seguro* social) como sus ventajas frente a la asistencia pública para ampliar la cobertura de salud. Finalmente, el documento subrayó la necesidad de definir las responsabilidades y áreas de actividad del sector público y el de la seguridad social y la importancia de fortalecer la autoridad política y la función coordinadora del ministerio de salud (OPS, 1989).

Este documento sugiere que, en vista de las importantes restricciones financieras que se interponen al logro de la meta de salud para todos, la OPS ha decidido adoptar un compromiso con las instituciones del seguro social en América Latina y el Caribe fundamentándose en las tres premisas siguientes: el ministerio de salud mantendrá y aumentará su facultad coordinadora general; el seguro social evolucionará gradualmente hasta convertirse en seguridad

social, con la ampliación de la cobertura a los grupos actualmente excluidos como elemento clave de dicha transformación; y ambas instituciones mantendrán sus identidades separadas pero promoverán la integración funcional en condiciones mutuamente aceptables.

Resumen de las tendencias y problemas de organización

Cada vez más se espera que el sector público (principalmente el ministerio de salud) proporcione atención preventiva y curativa para los no asegurados (principalmente indigentes y otros grupos de bajos ingresos) bajo el concepto de la asistencia social. Los escasos datos disponibles indican que el ministerio de salud, aunque proporciona cobertura a la mayor parte de la población en casi todos los países, recibe una proporción considerablemente más baja de los fondos nacionales de salud y tiene instalaciones más deficientes que el seguro social. Los países que tienen sistemas nacionales de salud (la mayoría en el Caribe no latino) son excepciones a esta situación.

El sector del seguro social, el segundo proveedor de atención de salud en la Región, proporciona cobertura a la mayor parte de la población solo en una minoría de los países y únicamente en dos por medio de un sistema directo de provisión de servicios, aunque la tendencia parece estar cambiando de la provisión directa a indirecta. Este sector creciente proporciona cobertura principalmente al segmento de ingresos medios de la población que tienen un "derecho legal" a la atención de salud y recibe una proporción mayor de los fondos nacionales de salud que el ministerio de salud —su planta física y la calidad de sus servicios son mejores que las del ministerio y esta brecha parece estar creciendo—. Las excepciones a esta regla la constituyen los países que han podido lograr una integración justa entre los dos sectores, tal como Costa Rica.

El sector privado es el menor de los tres y proporciona cobertura principalmente a los grupos de ingresos altos y medios más altos de la población. Este sector es cada vez mayor (en parte debido a contratación con el seguro social), y sus instalaciones de salud y la calidad de los servicios que proporciona probablemente sean las mejores en la mayoría de los países.

Sin duda, hay necesidad de integrar o coordinar eficientemente los servicios de salud públicos y los del seguro social. Sin embargo, a

pesar de que hay acuerdo en cuanto a los beneficios de dicho proceso entre las organizaciones internacionales/regionales especializadas y de la legislación que a ese respecto ha sido aprobada en varios países, no existe consenso en cuanto a los medios para lograr esa meta, el progreso ha sido lento y siguen en pie barreras importantes.

ACCESO DE LOS POBRES A LA ATENCIÓN DE SALUD

En América Latina, la cobertura del riesgo social ha seguido un ritmo más acelerado que el de la cobertura de la población, debido a que se ha dado prioridad a la extensión vertical (riesgos cubiertos), más que a la extensión horizontal (población protegida). El seguro social ha ampliado paulatinamente la cobertura del riesgo (tales como accidentes y enfermedades ocupacionales, edad avanzada, incapacitación y muerte, enfermedades no ocupacionales y maternidad, desempleo) bien a una minoría de la población o a una mayoría de los trabajadores urbanos asalariados, casi siempre excluyendo a los pobres. Los pobres, incluso en el mejor de los casos, solo tienen acceso a los servicios de asistencia social proporcionados por el ministerio de salud y otras instituciones del gobierno.

Cobertura de atención de salud de la población

Al hablar de la cobertura de atención de salud de la población, debería distinguirse entre la cobertura legal y la estadística. La primera es prescrita por ley, pero no siempre está en efecto; la segunda proviene de las estimaciones de la población protegida, que se aproximan más a la realidad, aunque no sean siempre fidedignas. También podríamos referirnos a la cobertura "real", pero lamentablemente carecemos de datos exactos y comparativos para medir el acceso efectivo de la población a los servicios de salud en la Región.

Cobertura legal

En el Cuadro 5 se ofrece una visión comparativa de cuándo comenzó la cobertura legal en los países de América Latina y el Caribe y su alcance actual (personas con derecho a cobertura legal). El cuadro separa los países con seguro

social de los que tienen sistemas nacionales de salud: en los primeros, el seguro social otorga beneficios en efectivo (pagos para compensar la pérdida de ingreso o gastos adicionales) y en especie (servicios médicos y hospitalarios, medicinas); en los segundos, el sistema nacional de salud proporciona beneficios en especie y el seguro social concede beneficios en efectivo. El cuadro excluye la cobertura del sector público (ministerio de salud) en los países sin un sistema nacional de salud ya que ninguno otorga un "derecho" a los beneficios en especie (excepto en unos casos muy limitados) ni beneficios en efectivo en absoluto.

Tomando como base la primera columna del Cuadro 5, podemos distinguir tres grupos de países de acuerdo con la fecha en que se introdujo la cobertura legal. Primero, influidos por la ley de enfermedad del seguro social de 1883 promulgada en Alemania con el Canciller Bismarck, siete países latinoamericanos promulgaron leyes similares a principios del Siglo XX: en la década de 1920 en Chile (seguro de enfermedad-maternidad para trabajadores manuales) y Brasil (seguro de maternidad para trabajadoras de los ferrocarriles), y en la década de 1930 en Ecuador y Perú (seguro de enfermedad para los trabajadores manuales) y en Argentina, Colombia y Cuba (maternidad para las trabajadoras). Segundo, motivados en parte por el ejemplo que dieron estos siete países pioneros, pero también influenciados por la OIT y el informe Beveridge, once países latinoamericanos promulgaron leyes del seguro de enfermedad y/o de maternidad en la década de 1940 (Venezuela, Costa Rica, Panamá, México, Paraguay, Argentina, Colombia, Guatemala, la República Dominicana, El Salvador y Bolivia), seguidos de tres países más en la década siguiente (Honduras, Nicaragua y Uruguay, ley promulgada en la década de 1960). Finalmente, en las décadas de 1960 y de 1970, los países del Caribe no latino, que acababan de obtener su independencia, principalmente del Reino Unido, promulgaron leyes que otorgaron beneficios en efectivo al amparo del seguro social, pero habían adoptado con anterioridad el modelo británico de un sistema nacional de salud. En el grupo final, Haití en 1967 fue el último país latinoamericano que promulgó una ley sobre seguro de enfermedad, pero esta no ha sido puesta en práctica aún.

Con unas cuantas excepciones, los países más desarrollados y urbanizados que tenían sindicatos poderosos (los "pioneros"), fueron los primeros en promulgar dichas leyes, mientras que los países menos desarrollados y urbanizados fueron los últimos. En la Argentina, Cuba

Cuadro 5. Cobertura legal de los beneficios de atención de salud por los sistemas nacionales de salud y/o el seguro social en América Latina y el Caribe, 1987-1988.^a

Países	Ley inicial	Todos los residentes	Empleados asalariados		Grupos de pobres		
			Todos ^b	Parte ^c	Trabajadores autónomos	Trabajadores domésticos	Trabajadores rurales ^d
Seguro social							
Argentina	1934 ^M , 1944 ^E		X		X ^f	X	X
Bolivia	1949			X	X		
Brasil	1923 ^E , 1931 ^E			X	X ^f	X ⁱ	X
Colombia	1938 ^M , 1946 ^E			X	X ^f	X ^f	X
Costa Rica	1941		X		X ^f	X	X
Chile	1924		X		X ^f	X	X
Ecuador	1935			X		X	
El Salvador	1949			X	X		
Guatemala	1946 ^E , 1953 ^M			X ^e			
Haití	1967						
Honduras	1952			X ^e	X ^f		
México	1943			X	X ^f	X ^f	X
Panamá	1941		X		X ^f	X	X
Paraguay	1943		X		X ^f	X	
República Dominicana	1947			X		j	
Perú	1936		X			X	
Uruguay	1958 ^M , 1960 ^E		X			X	X
Venezuela	1940		X ^e			X	
Sistema nacional de salud							
Antigua y Barbuda	1973	X	X		X		X
Bahamas	1972	X	X		X	X	X
Barbados	1966	X	X		X ^h	X	X
Belice	1979	X	X				X
Bermuda	1970	X					
Cuba	1934 ^M , 1963 ^E	X	X				X
Dominica	1975	X	X				X
Grenada	1983	X	X		X		X
Guyana	1969	X	X			X	X
Jamaica	1979 ^M	X			X	X ^g	
Nicaragua	1955	X	X		X ^f		X
San Kitts y Nevis	1971	X	X				X
Santa Lucía	1978	X	X				X
San Vicente	1978	X	X				X
Suriname		X					
Trinidad y Tabago	1971	X	X			X	X

Fuentes: Basado en la Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos de América, 1987, y en información adicional recopilada por el autor.

^M = maternidad ^E = enfermedad.

^aEn el Caribe no latino, Cuba y Nicaragua, existe un sistema nacional de salud (salvo en Bermuda que cuenta con un seguro privado de hospitalización obligatorio) y la cobertura de todos los residentes, como indica este cuadro, se refiere a los beneficios en especie. Además, estos países cuentan de ordinario con un seguro social que otorga beneficios en efectivo (estos aparecen en el cuadro para los trabajadores asalariados, autónomos, domésticos y rurales). En el resto de los países, la cobertura se refiere al seguro social para los beneficios tanto en efectivo como en especie.

^bPrácticamente todos los países excluyen a los trabajadores familiares no remunerados y ocho países excluyen también a los trabajadores temporeros.

^cAbarca comúnmente a los empleados permanentes de los sectores industrial, comercial, minero, de transportes, de comunicaciones, de la administración pública y de los servicios públicos. Excluye habitualmente al sector agrícola y al servicio doméstico, como también a los trabajadores temporeros, domésticos y familiares no asalariados.

^dSe refiere al trabajo asalariado y, en algunos países, a las cooperativas; en Uruguay incluye también a los pequeños productores; con respecto a los trabajadores autónomos del sector agrícola, véase la columna de los trabajadores autónomos. En Brasil, los trabajadores rurales están protegidos por un programa especial; en Colombia, solo algunas regiones tienen cobertura; en México, la cobertura está siendo ampliada gradualmente a los trabajadores asalariados, cooperativas y fincas pequeñas y comunales; en Panamá, excluye a los empleados por menos de seis meses; en Cuba, excluye a los agricultores privados.

^eLa cobertura se limita geográficamente a la ciudad capital y a las grandes zonas urbanas.

^fCobertura voluntaria; en Panamá, la cobertura es obligatoria para los miembros sindicales; en Brasil, Chile y Nicaragua, los trabajadores autónomos del sector agrícola carecen de cobertura.

^gSolo en caso de maternidad.

^hLos trabajadores asalariados que pasan a ser autónomos disponen de una prolongación voluntaria de la cobertura.

ⁱEn caso de beneficios en especie solamente.

^jSolo quienes trabajan en un negocio, no en la casa.

y Uruguay, la introducción del seguro de enfermedad fue retrasada debido al desarrollo inicial de la atención de salud mediante sociedades de ayuda mutua, cooperativas y sindicatos.

La columnas restantes del Cuadro 5 identi-

can de forma aproximada el segmento de la población con cobertura legal. En los 16 países con un sistema nacional de salud (todo el Caribe no latino, más Cuba y Nicaragua), todos los residentes gozan de cobertura para beneficios en

especie. Además, en 13 de estos países, el seguro social abarca a todos los empleados asalariados con beneficios en efectivo (al menos tres países excluyen a los trabajadores temporeros y familiares no remunerados); en Jamaica, solo los empleados del servicio doméstico pueden acogerse a una subvención de enfermedad; Bermuda y Suriname no proporcionan beneficios en especie.

Entre los 17 países latinoamericanos con un sistema de seguro social en vigor (excluido Haití), ocho tienen leyes que abarcan a todos los empleados asalariados (tanto para beneficios en especie como en efectivo), pero varios países excluyen a los trabajadores temporeros. En Venezuela, la cobertura geográfica está limitada a la ciudad capital y las principales zonas urbanas, y en Paraguay y Perú, las zonas rurales no tienen cobertura en la práctica. En los nueve países restantes, la cobertura legal está limitada a una porción de los empleados asalariados, excluyendo generalmente a los trabajadores agrícolas, los empleados del servicio doméstico y los trabajadores temporeros. En Guatemala y Honduras la cobertura se limita a la capital y las zonas urbanas, aunque la primera está ampliando la cobertura a las zonas rurales.

En todos los países (salvo Ecuador) la ley abarca a los familiares a cargo del asegurado (cónyuge e hijos menores de edad) para beneficios en especie, pero al menos seis países tienen limitaciones (por ejemplo, solo se concede maternidad en beneficios en especie para la esposa o la atención pediátrica de los niños).

En el Cuadro 6 se presenta un resumen de la información de cobertura legal por tipo de trabajo donde están concentrados por lo general los pobres. En el Caribe no latino, así como en Cuba y Nicaragua, los pobres (en todas las categorías indicadas) tienen derecho legalmente a

los beneficios en especie en virtud del sistema nacional de salud; de ahí que la información del cuadro se refiera exclusivamente a los beneficios en especie. En América Latina, la cobertura se refiere tanto a beneficios en especie como en efectivo, pero en Chile y Costa Rica, los pobres tienen derecho legal solo a beneficios en especie. En casi todos los países, ni los trabajadores familiares no remunerados ni los desempleados tienen cobertura. Aproximadamente en la mitad de los países, los trabajadores autónomos, los empleados en el servicio doméstico y los trabajadores temporeros/eventuales/estacionales están legalmente excluidos; si también se excluye la afiliación voluntaria de los trabajadores autónomos, la falta de cobertura de este grupo aumenta a 82%.

Más de una tercera parte de los trabajadores asalariados no tienen cobertura legal, pero hay importantes exclusiones en cuatro países. Cabe advertir, sin embargo, que la mayor parte del trabajo agrícola no es asalariado y permanente, sino más bien lo realizan trabajadores autónomos, temporeros/estacionales y pequeños agricultores independientes, o se realiza bajo arreglos de aparcería o similares; ninguna de estas actividades está cubierta, de ordinario, en la mayoría de los países. En todos los casos precedentes, cuando se excluye de la cobertura a los trabajadores, las personas a su cargo también son excluidas lógicamente, y entre los pobres, el número de personas a cargo es de ordinario más elevado que entre las familias de ingresos medios y altos.

En un estudio anterior (Mesa-Lago, 1978) he demostrado que, en la mayor parte de la América Latina, la cobertura del seguro social evolucionó en forma paulatina y estratificada, principalmente como resultado de las presiones de los grupos ocupacionales más poderosos (por ejem-

Cuadro 6. Tipo de trabajo (donde están concentrados los pobres) no abarcado legalmente por el seguro social en América Latina y el Caribe, 1987-1988 (número de países).

Tipo de trabajo	Cobertura legal ^a			Exclusión legal ^b	Total
	Obligatoria	Voluntaria	Total		
Autónomo	6	11	17	17	34
Rural	21 ^d	0	21 ^d	13 ^d	34
Doméstico	14 ^c	2	16	18	34
Temporero/ocasional	16	0	16	18	34
Familiar no remunerado	0	1	1	33	34
Desempleo	0	0	0	34	34

Fuente: Cuadro 5 y otra información de carácter jurídico recopilada por el autor.

^aCobertura de beneficios en efectivo en los países con sistemas nacionales de salud (todos los tipos de trabajo cuentan con cobertura de beneficios en especie) y beneficios tanto en efectivo como en especie en los países con sistemas de seguro social.

^bEn tres países de América Latina, los indigentes tienen derecho a beneficios en especie de la asistencia social.

^cSolamente en dos para maternidad.

^dEmpleo asalariado; otras formas de trabajo agrícola (trabajadores autónomos, pequeños terratenientes, aparcería, trabajadores estacionales) están comúnmente excluidas.

plo, las fuerzas armadas, los empleados del servicio civil y la "aristocracia laboral"), que fueron capaces de obtener cobertura antes, mejores beneficios y contribuciones proporcionalmente más bajas. A la inversa, los grupos menos poderosos (los trabajadores autónomos, los empleados del servicio doméstico y los trabajadores del agro, donde está concentrada la pobreza) fueron los últimos en obtener cobertura o aún carecen de protección legal y reciben los peores beneficios, si es que reciben alguno. Por ejemplo, en Chile y Perú, instituciones de atención de salud separadas proporcionaron cobertura a las fuerzas armadas, a los empleados de oficina y a los trabajadores manuales. En México, hubo servicios separados para las fuerzas armadas, los empleados del servicio civil, los trabajadores de oficina y trabajadores manuales particulares, los trabajadores de la industria del petróleo, los empleados de ferrocarriles y los trabajadores de los servicios eléctricos. En las décadas de 1960 y 1970, varios países experimentaron un proceso de unificación, pero para fines de la década de 1980, había servicios de atención de salud separados en diez países (incluso sin considerar las fuerzas armadas, que tienen sus propios servicios de salud en todos los países, excepto en Costa Rica y Cuba).

Cobertura estadística

Las estimaciones de la cobertura estadística en América Latina y el Caribe no siempre son fiables. Por ejemplo, un informe de la OIT sobre el Brasil reconoció que los datos de cobertura para la atención de salud eran muy especulativos: no había registro para los asegurados y los datos relacionados con las contribuciones eran tan deficientes que no podían utilizarse en sustitución de las cifras de registro. En los países que tienen instituciones múltiples de gestión, es casi imposible estimar la cobertura total debido a que, aunque existen datos estadísticos sobre las instituciones grandes, no los hay sobre las pequeñas. Así pues, en México es fácil obtener datos de las dos instituciones más grandes — que proporcionan cobertura a los empleados asalariados en el sector privado, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el gobierno federal, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)—pero es muy difícil obtenerlos de las instituciones que proporcionan cobertura a las fuerzas armadas, a los empleados del petróleo y a otros grupos menores.

El Cuadro 7 muestra los datos sobre la cobertura del seguro social relacionada con la

enfermedad-maternidad. Los datos sobre los sistemas nacionales de salud o el sector de salud pública no pudieron obtenerse (las cifras para Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica se refieren a los beneficios en efectivo al amparo del seguro social). El cuadro proporciona cifras de cobertura total regulares para países con instituciones múltiples que han sido sometidos a un cuidadoso estudio (Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay), pero solo proporcionan cobertura bajo la institución principal en esos países donde no se ha realizado un análisis a fondo (por ejemplo, Bolivia, Paraguay, Venezuela). Otro problema ocurre en los países en los que un elevado porcentaje de los servicios de salud los proporcionan las sociedades de ayuda mutua, cooperativas y clínicas privadas para las cuales casi no se dispone de datos (por ejemplo, Argentina y Uruguay).

La cobertura de salud de las personas a cargo, que es sumamente importante ya que afecta a la mayor cohorte de los asegurados, se estima de forma muy general en muchos países utilizando una razón de personas a cargo/asegurados; pequeños cambios en esa relación pueden inducir incrementos o disminuciones considerables en la cobertura general. Por tanto, los datos sobre cobertura de la población económicamente activa (PEA) son generalmente más viables que los datos sobre cobertura de la población total. Por último, existen problemas de comparación; por ejemplo, para Cuba el Cuadro 7 presenta estimaciones basadas en la cobertura legal, debido a que no existen datos estadísticos sobre cobertura. Los países en los que una sola institución administra todo el sistema proporcionan datos estadísticos sobre cobertura total (por ejemplo, el Ministerio de Salud en Nicaragua); otros países, incluso los que tienen sistemas de salud muy integrados, a menudo declaran la cobertura del seguro social, pero no la del ministerio de salud ni la de la población indigente abarcada por el seguro social.

A pesar de las fallas antes citadas, el Cuadro 7 brinda los datos más fiables actualmente disponibles para la Región sobre cobertura por el seguro social para enfermedad-maternidad. Se incluyen datos para todos los países latinoamericanos (excepto Haití) y para tres países del Caribe no latino. Tomando como base la cobertura de la PEA en 1985-1988, los países pueden clasificarse de la manera siguiente: 80 a 100% en Cuba, Barbados, Jamaica, Brasil y Bahamas; 60 a 79% en Chile, Argentina, Uruguay y Costa Rica (estos cuatro países mostrarían una cobertura más elevada si se incluyeran los programas de asistencia social) y Panamá; 40 a 59% en Vene-

Cuadro 7. Población total y económicamente activa abarcada por el seguro social en América Latina y el Caribe, 1960–1988 (en porcentaje).

País	Población económicamente activa				Población total	
	1960	1970	1980	1985–1988	1980	1985–1988
Argentina	55,2	68,0	69,1	79,1 ^f	78,9	74,3 ^f
Bahamas	n.d.	n.d.	85,3	85,9	n.d.	n.d.
Barbados	n.d.	75,3	79,8	96,9	n.d.	n.d.
Bolivia	8,8 ^b	9,0	18,5	16,9	25,4	21,4
Brasil	23,1	27,0	87,0	n.d.	96,3	n.d.
Colombia	8,0	22,2	30,4	30,2	15,2	16,0
Costa Rica	25,3	38,4	68,3	68,7	81,5 ^h	84,6 ^h
Cuba	62,6 ^a	88,7 ⁱ	93,0 ^{d,i}	n.d.	100,0	n.d.
Chile	70,8	75,6	61,2	79,2	67,3	n.d.
Ecuador	11,0	14,8	21,3	25,8	9,4	13,4
El Salvador	4,4	8,4	11,6	n.d.	6,2	n.d.
Guatemala	20,6	27,0	33,1	27,0	14,2	13,0
Honduras	3,7	4,2	14,4	12,8 ^f	7,3	10,3 ^f
Jamaica	n.d.	58,8	80,9	93,2	n.d.	n.d.
México	15,6	28,1	42,0	40,2	53,4	59,7 ^e
Nicaragua	5,9	14,8	18,9	31,5	9,1	37,5
Panamá	20,6	33,4	52,3	59,8	49,9	57,4
Paraguay	8,0	10,7	14,0	n.d.	18,2	n.d.
Perú	24,8 ^b	35,6 ^c	37,4	32,0 ⁱ	15,7 ⁱ	22,2 ⁱ
República Dominicana	n.d.	8,9	11,6	10,2	n.d.	4,2
Uruguay	109,0 ^g	95,4	81,2	73,0	68,5	67,0 ^e
Venezuela	11,9	24,4	49,8	54,3	45,2	49,9 ^e
América Latina excepto Brasil	n.d.	n.d.	61,2	n.d.	61,2	n.d.
	n.d.	n.d.	42,7	n.d.	42,7	n.d.

Fuente: Mesa-Lago, 1990.

^a1958.

^b1961.

^c1969.

^d1981.

^e1983.

^f1984.

^gMás de 100% debido a cobertura múltiple.

^hIncluye cobertura de los indigentes.

ⁱEstimaciones basadas en una cobertura legal y censos de población.

^jCifras corregidas.

zuela y México; 20 a 39% en Perú, Nicaragua, Colombia, Guatemala y Ecuador; y 1 a 19% en Bolivia, Paraguay, Honduras, El Salvador y la República Dominicana. La clasificación por cobertura de la población total en lo que respecta a enfermedad-maternidad es la siguiente: 80 a 100% en Brasil y Costa Rica (aunque no hay datos estadísticos para Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica, estos cuatro países probablemente se incluyan en esta clasificación); 60 a 79% en Argentina, Uruguay y Chile (si se tomara en cuenta la cobertura de los indigentes y las sociedades de ayuda mutua, estos tres países presentarían porcentajes aún más elevados; 40 a 59% en México, Panamá y Venezuela; 20 a 39% en Nicaragua y Bolivia; y 1 a 19% en Perú, Paraguay, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, El Salvador y la República Dominicana. La cobertura más elevada se halla en la mayoría de los países desarrollados, que también tienen los programas más antiguos (con la excepción del Caribe no latino).

El Cuadro 7 muestra los descensos en la cobertura de población entre 1980 y 1985–1988 en la Argentina (población total), Chile (un descenso en la cobertura de la PEA en 1980 y una recuperación posterior), Guatemala (para el total y para la PEA), Honduras (PEA), México (PEA) y Uruguay (ambas). En Brasil, la cobertura del sector manufacturero en la PEA descendió de 79 a 62% en 1978–1983 y, aunque aumentó en 1984–1985, no alcanzó el nivel anterior (McGreevey, 1988). Estos descensos probablemente emanen de la crisis económica, que ha producido incrementos en el desempleo manifiesto y en el sector informal; sin embargo, algunas disminuciones pueden haber sido el resultado de cambios en los cálculos de la cobertura.

En la penúltima línea del Cuadro 7, se incluye una estimación de la cobertura total en América Latina en 1980, que asciende a 61% para la población económicamente activa y la población total. Sin duda, a este respecto la Región se ha-

lla a la cabeza de los países en desarrollo; además, un grupo de países latinoamericanos ha alcanzado niveles similares a los del mundo desarrollado. Así pues, en los países pioneros, en un par de países latinoamericanos y en el Caribe no latino, la cobertura se ha ampliado con rapidez y, si tomamos en cuenta la protección de los indigentes por los programas de asistencia social para enfermedad-maternidad, se ha hecho casi universal.

Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina la cobertura del seguro social es muy baja y existen barreras estructurales que se interponen a su expansión. El análisis más detallado del Cuadro 7 muestra que la cobertura total de la Región es influenciada decididamente por la cobertura muy elevada en el Brasil, país en el que se concentra más de la mitad de todos los asegurados en América Latina. Dado el hecho de que los datos del Brasil requieren más exactitud, las cifras de cobertura global de América Latina pueden haberse calculado en exceso. Cuando se excluye al Brasil de los cálculos, como en la última línea del Cuadro 7, la cobertura en América Latina desciende a menos de 43% de la población económicamente activa y la población total. Además, aproximadamente en la mitad de los países, la cobertura es menos de una tercera parte y en siete países es menos de 25%. Como puede verse en la sección "Cobertura y pobreza extrema", que comienza en la página 26, los pobres no están amparados por el seguro social, particularmente en la América Latina. Tomando como base la tasa anual promedio de aumento en la cobertura de la PEA en 1960-1985/1988, se requerirían de 45 a 64 años en México, Nicaragua y Colombia; de 80 a 98 años en Perú y Ecuador; de 176 a 272 años en Honduras, Bolivia, Paraguay, Guatemala y El Salvador, y 530 años en la República Dominicana para que el sistema del seguro social alcanzase una cobertura universal y proporcionase cobertura a los pobres.

Desigualdades en la cobertura

Además de la baja cobertura general, la mayoría de los países de América Latina adolecen de una cobertura desigual entre los grupos ocupacionales, las actividades económicas y la zona geográfica. La cobertura tiende a estar positivamente correlacionada con el ingreso, el grado de aptitudes laborales, el poder de los grupos de presión, la residencia urbana y el nivel de desarrollo regional.

Grupos ocupacionales

Las encuestas realizadas en Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Perú y Uruguay indican que la aparición de la cobertura para los distintos grupos ocupacionales fue determinada principalmente por el poder de los grupos de presión, y que había una brecha de casi 200 años entre el primero y el último grupo en obtener cobertura por pensiones: las fuerzas armadas y los empleados del servicio civil recibieron cobertura primero, mientras que los trabajadores agrícolas, los empleados del servicio doméstico y los trabajadores autónomos fueron los últimos en obtener cobertura (si es que la obtuvieron en realidad). La brecha entre el seguro de enfermedad-maternidad es más estrecha y la secuencia de iniciación es diferente que la de las pensiones, pero aun así, los trabajadores agrícolas, los empleados del servicio doméstico y los trabajadores autónomos fueron los últimos en recibir cobertura (si es que la recibieron). Cabe advertir que en la mayoría de los países encuestados todos los grupos tienen cobertura, aunque el grado de cobertura varía sustancialmente, a pesar de las medidas adoptadas en la mayoría de los países para hacer la cobertura más universal, unificada y uniforme. Estas diferencias son mucho más notables en los países con baja cobertura, puesto que la mayor parte de la población se excluye del sistema de seguro social. Un análisis reciente para Brasil también demuestra una correlación positiva entre la cobertura, por un lado, y la aptitud y el ingreso por el otro, encontrándose la cobertura más baja entre los trabajadores no calificados subempleados (especialmente los que trabajan en la agricultura y los trabajadores autónomos) y el grupo de ingresos más bajos (Mesa-Lago 1978, 1990; Isuani, 1985).

Actividades económicas

Un estudio en 1970 de diez países latinoamericanos indicó que en siete de ellos la seguridad social abarcaba a menos de 2% de los trabajadores agrícolas, que representaban más de una tercera parte de la población económicamente activa. La información procedente de Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México y Perú en relación con el grado de cobertura de la población económicamente activa en 1979-1984, por rama de la economía, indica que el nivel más alto de cobertura se halla en las industrias de la electricidad, el gas y el agua (64 a 100%), las manufacturas (40 a 90%) y el transporte y las comunicaciones (32 a 71%, excepto en Ecuador); la cobertura más baja se encuentra en la agricultura (4 a 59%), con los porcentajes más elevados

en Costa Rica y Chile, países donde la cobertura es casi universal. Información separada sobre Bolivia indica que en 1986 78% de los trabajadores de minas y 108% de los del petróleo estaban amparados por el seguro social (algunos por más de una institución), pero solo 0,2% de los trabajadores agrícolas tenían esa cobertura (Mallet, 1980; Mesa-Lago; Schultess, 1988).

Unidades geográficas

Finalmente, la información procedente de Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay en relación con las diferencias en el grado de cobertura geográfica en 1979-1988, demuestra que los estados, provincias o departamentos más desarrollados (los que están industrializados, sindicados, urbanizados o los que tienen el porcentaje más elevado de asalariados y los ingresos por persona más altos) tienen una cobertura sustancialmente mejor que los menos desarrollados (agrícolas, poco sindicados y rurales y con una proporción elevada de trabajadores autónomos e ingresos por persona más bajos). La gama extrema de cobertura geográfica varía entre 6 y 100% en Argentina, 11 y 33% en Bolivia, 39 y 95% en Chile, 3 y 25% en Colombia, 54 y 100% en Costa Rica, 3 y 20% en Ecuador, 17 y 100% en México, 11 y 75% en Panamá, 3 y 27% en Perú y 17 y 69% en Uruguay. Con dos excepciones, la provincia, estado o departamento donde se halla situada la ciudad capital es una de las que tienen la cobertura más elevada (Mesa-Lago, 1990).

Cobertura y pobreza extrema

En los países latinoamericanos, las personas que viven por debajo de la línea de pobreza no cuentan de ordinario con protección del seguro social, con la excepción de los países que protegen a los indigentes mediante el seguro social, tales como Costa Rica, Cuba, Chile y varios países del Caribe no latino. Como vimos en el segundo capítulo, los pobres están subempleados o desempleados, son trabajadores estacionales o temporeros u obreros familiares no remunerados y, por tanto, no están empleados de forma permanente a tiempo completo. Aun cuando pueden estar empleados, trabajan en ocupaciones que no están abarcadas por el seguro o que tienen una baja cobertura en la mayoría de los países, tales como la agricultura (especialmente los trabajadores autónomos o los pequeños agricultores, aparceros, etc.), los empleados del servicio doméstico y los trabajadores autónomos. También hemos advertido

que 33% de la población latinoamericana vivía en 1980 por debajo de la línea de pobreza y que esta proporción aumentó a 39% en 1985.

De acuerdo con el Cuadro 7, 39% de la población total de América Latina no contaba en 1980 con cobertura del seguro social, y hemos visto que, debido a la crisis económica, la cobertura no había aumentado notablemente en 1985-1988 e incluso había descendido en algunos países. Tomando como base la relación fundamental utilizada por Altimir (que se analizó en el Capítulo 2) y el análisis precedente sobre las características de los asegurados (ingreso, ocupación, ubicación geográfica), llegamos a la conclusión de que los pobres no están amparados por el seguro social y solo tienen acceso a servicios de salud pública y asistencia social habitualmente insuficientes y subfinanciados.

Los países de la América Latina y el Caribe con el mayor grado de cobertura del seguro social también son los que tienen la proporción más baja de pobres (por ejemplo, Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay —Brasil es una excepción), pero incluso en la mayoría de estos países el porcentaje de la población no amparada por el seguro (15 a 30%) es mayor que el porcentaje de los que se hallan por debajo de la línea de pobreza (8 a 24%). Parte de la diferencia la constituye el grupo de ingresos más altos, que no está amparado por el seguro social, pero en esos países pueden quedar grupos de pobres sin protección de atención de salud a menos que el sector de salud pública se encargue de ellos. En los países menos desarrollados, donde la mayor parte de la población no cuenta con cobertura del seguro social (63 a 94%), donde los servicios de salud pública son muy insuficientes y donde la incidencia de la pobreza es más elevada (45 a 65%), es evidente que los pobres carecen de acceso a la atención de salud (Mesa-Lago 1983, 1990b).

La mayoría de las encuestas sobre desigualdad en la cobertura en la Región han sido realizadas en los países relativamente más desarrollados; ninguna ha sido realizada en los países menos desarrollados donde dichas desigualdades estarían más acentuadas. Además, la mayoría de esas encuestas se realizaron antes de la crisis de la década de 1980, y los datos disponibles son escasos o nulos en lo que respecta a la forma en que la crisis afectó a esas desigualdades. Por último, el único estudio disponible sobre la falta de cobertura de los grupos más necesitados utilizó datos hasta 1980 y, en la década de 1980 debería haber habido un incremento en la población sujeta a pobreza extrema.

Varios expertos han indicado que el modelo Bismarck de seguro social, que financia el seguro social mediante los aportes de los trabajadores y los empleadores tomando como base los salarios de los trabajadores, no ha podido funcionar satisfactoriamente en la mayoría de los países de América Latina, a pesar de las modificaciones introducidas en el modelo original (Arroba, 1979). Esto se debe al hecho de que en los países desarrollados de Europa, la mayor parte de la fuerza laboral consistía en trabajadores urbanos asalariados, mientras que en muchos países latinoamericanos la fuerza laboral está integrada mayormente por trabajadores agrícolas, trabajadores autónomos y trabajadores familiares no remunerados. Los trabajadores autónomos a menudo no pueden sufragar los gastos de la contribución del empleador y los trabajadores agrícolas tienen ingresos bajos, están dispersos y son frecuentemente migratorios y con frecuencia cambian de empleador.

El primer segmento (izquierda) del Cuadro 8 indica que en los países más desarrollados de la Región (Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela), los trabajadores asalariados comprenden de 63 a 94% de la fuerza

laboral, y menos de una tercera parte de la fuerza laboral está autoempleada o trabaja para un familiar sin remuneración; esto explica por qué el modelo Bismarck ha podido funcionar y ampliar su cobertura en estos países. Por el contrario, en los países menos desarrollados (por ejemplo, Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Perú), de 48 a 70% de la fuerza laboral está integrada por trabajadores autónomos o por trabajadores familiares no remunerados (y una proporción análoga se dedica a la agricultura). Estos países son precisamente los que tienen la menor cobertura del seguro social, y utilizando el modelo Bismarck sería muy difícil ampliar la cobertura en ellos más allá de la fuerza laboral asalariada.

En la investigación realizada sobre los determinantes de la cobertura del seguro social de la PEA en los países latinoamericanos, se sometieron a prueba varias variables independientes y la regresión demostró que el porcentaje de la PEA asalariada explicaba 0,622 de cobertura. Se introdujo una variable ficticia, "el compromiso político", cuyo valor fue de "1" cuando se halló presente iniciativa del Estado (por ejemplo, mediante una ley y acción estatal directa sobre el seguro social) y de "0" cuando esta estuvo au-

Cuadro 8. Distribución porcentual de la fuerza de trabajo por categoría ocupacional y sector en América Latina y el Caribe, entre 1980 y 1983.

País	Por categoría ocupacional ^a			Por sector			
	Asalariados	Autónomos	Familiares no remunerados	Urbano		Rural	
				Formal	Informal ^b	Moderno	Tradicional
Argentina	71,2	25,1	3,2	65,0	19,4	8,8	6,3
Barbados	78,2	9,8	0,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolivia	38,2	48,9	9,2	17,9	23,2	5,2	50,9
Brasil	65,3	27,0	5,1	45,2	16,9	9,8	27,6
Colombia	53,5	-----42,5-----		42,6	22,3	15,8	18,7
Costa Rica	75,2	19,6	3,9	52,9	12,4	19,6	14,8
Cuba	94,1	5,7	0,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	66,7	25,3	3,6	54,1	20,1	14,0	8,8
Ecuador	47,6	37,3	5,8	22,7	25,4	13,7	37,9
El Salvador	59,2	28,2	10,9	28,6	18,9	22,3	30,1
Guatemala	46,9	42,2	6,7	26,7	17,8	22,3	33,1
Haití	16,6	59,4	10,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Honduras	45,4	33,3	14,6	25,6	17,2	24,4	32,5
México	c	c	c	39,5	22,0	19,2	18,4
Nicaragua	n.d.	n.d.	n.d.	29,5	28,3	18,0	23,8
Panamá	63,3	23,2	3,6	45,3	20,9	9,1	24,6
Paraguay	36,7	41,2	11,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Perú	45,1	49,1	5,8	35,0	23,8	8,0	32,0
República Dominicana	51,3	36,5	3,3	42,6	16,0	16,7	24,6
Trinidad y Tabago	80,1	14,6	3,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Uruguay	69,4	23,8	2,0	63,3	19,0	9,5	8,0
Venezuela	64,1	26,5	3,1	62,6	16,4	4,4	15,1

Fuentes: PREALC, 1982; Mesa-Lago, 1990.

^aExcluye a un pequeño porcentaje de trabajadores no clasificados. Los trabajadores autónomos incluyen a los empleadores. Los años no corresponden a 1980-83 en Bolivia (1976), Honduras (1977) y Uruguay (1975). No se dispone de cifras para Bahamas y Jamaica.

^bIncluye el servicio doméstico.

^cLos resultados de los censos de 1980 no son fiables; arrojan un porcentaje muy elevado (22%) de trabajadores no clasificados.

sente. La mejor correspondencia se obtuvo cuando se efectuó regresión conjunta de las dos variables —población económicamente activa asalariada y compromiso político—, y explicaron 0,793 de la cobertura (Mesa-Lago, Cruz-Saco y Zamalloa, 1990). Estos resultados empíricos demuestran lo que los especialistas nos han estado diciendo durante años.

Protección del sector informal

Otra forma de enfocar el problema de la cobertura universal es la de analizar la dimensión del sector formal. El segundo segmento (derecha) del Cuadro 8 presenta la distribución de la población económicamente activa por sectores: formal, informal, moderno y tradicional.

Cuando comparamos el porcentaje de la población económicamente activa en el sector urbano formal (Cuadro 8) con el porcentaje de la población económicamente activa amparado por el seguro social (Cuadro 7), hallamos una correspondencia extraordinaria entre ambos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Unos cuantos países han podido ampliar la cobertura en cierto grado más allá del sector urbano formal, bien porque han tenido un sector rural relativamente moderno y sindicalizado (por ejemplo, Costa Rica y Chile) o debido a que, teniendo un extenso sector rural tradicional, han creado nuevos métodos de financiamiento; el sector urbano proporciona al menos apoyo parcial para la extensión de la cobertura de atención primaria de salud en las zonas rurales (por ejemplo, Brasil) o el estado y el seguro social proporcionan dicha cobertura (por ejemplo, México). En Colombia y Venezuela, el porcentaje con cobertura del seguro so-

cial es notablemente más bajo que el porcentaje en el sector urbano formal, lo que indica que estos países —en particular el último, que tiene recursos relativamente abundantes— pudieran hacer un esfuerzo mayor para ampliar la cobertura, incluso dentro de los límites estrechos del modelo Bismarck. Solo en Brasil y Uruguay la cobertura del seguro social excede la suma de los sectores urbano formal y rural moderno, lo que indica los obstáculos existentes en ampliar la cobertura a los sectores urbano informal y rural tradicional. En estos dos sectores hallamos a los trabajadores autónomos y a trabajadores familiares no remunerados que están típicamente subempleados y tienen ingresos bajos, lo que hace difícil para ellos financiar su propia cobertura.

La posibilidad de ampliar con rapidez la cobertura del seguro social parece remota para muchos de los países de América Latina y el Caribe. Entre 1950 y 1980 (años de rápida expansión económica en la Región), el sector urbano formal aumentó en más de 14%, pero el sector rural moderno disminuyó en casi 10%. El crecimiento del sector formal fue insuficiente para absorber el incremento en la oferta de mano de obra, la intensa emigración del campo a la ciudad y los niveles de subempleo ya existentes. (Los métodos de producción que subrayan el capital frente a la mano de obra dificultan la absorción de la mano de obra.) En el mismo período, los sectores tradicional e informal en la Región experimentaron un descenso de 4% (el sector tradicional descendió en casi 10%, pero el sector informal aumentó en casi 6%).

Para reducir los sectores informal y tradicional en un tercio para el año 2000, se calculó que se necesitaría un crecimiento anual del PIB de

Cuadro 9. Cobertura estadística del sector informal por el seguro social en determinados países de América Latina y el Caribe, 1980 y 1987.

País	% del sector informal sobre la PEA ^a	% de cobertura del sector informal ^b	% de la contribución sobre el ingreso pagada por:	
			Asalariados	Autónomos
Bahamas	n.d.	48,4	1,7-3,4	6,8-8,8
Barbados	n.d.	24,8	4,6-5,5	8
Colombia	22,3 ^c	0,6	4,5-6,2	15-20
Costa Rica	21,6	93,0	9	12,2-19,5
Chile	20,1 ^c	11,9-17,5	20,6-28,5	19,4-27,4
Jamaica	37,7	4,0	2,5	5
México	30,9	0,8	3,75	13,57
Panamá	20,9 ^c	1,5	7,25	18-22
Perú	54,9	4,0	6	18

Fuente: Mesa-Lago, 1990a.

^aTrabajadores autónomos, más trabajadores domésticos, más trabajadores familiares no remunerados sobre la población económicamente activa (PEA); excluye a los asalariados informales.

^bTrabajadores autónomos solamente.

^cTodo el sector informal.

7,5%. Sin embargo, debido a la crisis económica de la década de 1980, la Región ha experimentado una tasa anual de crecimiento negativo promedio: 8,3% en 1980-1989. El empleo en el sector formal descendió en 6% en 1980-1985, mientras que el empleo en el sector informal aumentó en 5% y la tasa de desempleo lo hizo en 1% (CEPALC, 1989; PREALC, 1981a, 1988). De acuerdo con el Cuadro 7, la cobertura de la población económicamente activa por el seguro social descendió en algunos países, quizás debido a las causas arriba citadas.

El Cuadro 9 ofrece datos sobre la cobertura del seguro social del sector informal en nueve países de América Latina y el Caribe en 1980-1987. Como porcentaje de la población económicamente activa, el sector informal oscila entre 20% en Chile y 55% en Perú. El porcentaje de cobertura de los trabajadores autónomos (un componente muy importante del sector informal) oscila entre 0,6 y 4% en Colombia, Panamá, Jamaica y Perú; entre 12 y 48% en Chile, Barbados y Bahamas; y alcanza 93% en Costa Rica (debido a la cobertura de los "indigentes"). Aunque la cobertura de los trabajadores autónomos es obligatoria en Jamaica, solo 4% de ellos cuentan realmente con cobertura. Una de las razones para la baja cobertura de este sector es la fuerte carga contributiva. El Cuadro 9 muestra que el porcentaje de contribución que deberán pagar los trabajadores autónomos es de dos a cuatro veces el porcentaje pagado por el trabajador asalariado; la única excepción se da en Chile, donde ambas contribuciones porcentuales son similares. Esto explica en gran medida la baja cobertura de este grupo, así como el alto grado de evasión del pago y los retrasos en los países que tienen cobertura obligatoria (Mesa-Lago, 1990a).

Lamentablemente, no hay datos adecuados sobre los trabajadores asalariados de las pequeñas empresas informales que podrían calificarse como pobres. Una cuestión clave es la de si estos trabajadores se afiliarían al seguro social, cosa a la que a menudo tienen derecho legal, si tuvieran una opción realista para hacerlo. Información dispersa indica que no lo harían debido a que el costo de afiliarse al sistema sería demasiado elevado para ellos. En cualquier caso, el empleador informal, al ahorrar en el seguro social y otros impuestos, así como al pagar salarios más bajos y ofrecer menos beneficios marginales, reduce los costos de producción y compite eficazmente con las empresas del sector formal. Esto podría llevar a un cierre del sector formal, transfiriéndose mano de obra al sector informal y, a su vez, reduciendo la cobertura del

seguro social y los ingresos. Y sin embargo, el obligar al empleador informal a cumplir sus obligaciones frente al seguro social (suponiendo que el cumplimiento sea factible, cosa que rara vez lo es) reduciría sustancialmente su escasa rentabilidad, provocando en potencia un cierre de las empresas y un incremento en el desempleo (Mesa-Lago, 1990a).

Dado el crecimiento del sector informal en la década de 1980, es tanto más obligatorio explorar alternativas convencionales (seguro social) y no convencionales (sociedades de ayuda mutua, pólizas del seguro colectivo con primas bajas, grupos de solidaridad) para proteger a este sector. El Capítulo 3 de este estudio analiza los enfoques adoptados por Costa Rica, México y Perú.

Protección del sector rural

Varios países han hecho grandes progresos en ampliar la cobertura de atención de salud al sector rural: en Cuba y en Nicaragua mediante los sistemas nacionales de salud; en Costa Rica y en Chile (Castañeda, 1989) mediante los programas de seguro de enfermedad-maternidad que protegen a los "indigentes" como casos de asistencia social; y en Panamá, a través del proceso de integración y expansión de la infraestructura rural para la atención primaria de salud. Además, Brasil, Ecuador y México han ampliado notablemente la cobertura de los campesinos mediante programas innovadores que merecen mención. La experiencia de México se analizará minuciosamente en el Capítulo 3; por tanto, aquí se analizarán los otros dos enfoques.

En Brasil, el sistema de seguridad social (SINPAS) amplió la cobertura a las zonas rurales en la década de 1970 a través de dos programas: uno del seguro social (FUNRURAL) y otro del Ministerio de Salud federal y los servicios de salud de los estados (PIASS). FUNRURAL comenzó independientemente en 1971, proporcionando pensiones de asistencia social y atención de salud a la población rural y las localidades con menos de 20 000 habitantes a través de una red de instalaciones (puestos y centros de salud, policlínicas y hospitales) establecidos mediante acuerdos con sindicatos, estados, municipios e instituciones privadas. En 1977, FUNRURAL se hizo parte del sistema del seguro social y fue financiado por tres impuestos: 2,4% de la nómina de las empresas urbanas (este impuesto generó 63% del ingreso total en 1980); 2,5% de la población rural, cobrado por el productor y pagado por el comprador (35% del ingreso total); y 0,036% pagado por los empleadores ru-

rales tomando como base el valor de la producción agrícola o el valor de las fincas no cultivadas (2% del ingreso total).

Desde 1978 y durante la década de 1980, el programa operó con déficit (11% del ingreso en 1981), lo que resultó de una elevación estimada entre un tercio y la mitad del ingreso potencial de los tres impuestos combinados. Para ayudar a financiar el programa, en 1982 se creó FINSOCIAL con una contribución de 0,5% del ingreso de todas las empresas del país. Además de su desequilibrio financiero, FUNRURAL fue básicamente un modelo curativo que no era adecuado para atender las necesidades del sector; sus recursos se asignaron predominantemente a las zonas urbanas en detrimento de las rurales y a las regiones desarrolladas frente a las subdesarrolladas; su equipo era insuficiente y estaba deteriorado y sus servicios eran de mala calidad; las medicinas eran escasas; el acceso a los hospitales era limitado; y los altos pagos por los usuarios impidieron al grupo de ingresos más bajos utilizar los servicios.

PIASS fue creado en 1976 para proporcionar atención primaria de salud a las zonas rurales y pequeñas localidades, y se extendió con rapidez a todo el país, primero bajo el Ministerio de Salud y, posteriormente, bajo la responsabilidad de los estados. En 1979 el programa sufrió una grave crisis financiera y fue rescatado por el seguro social, pero a un precio: su enfoque pasó a ser predominantemente curativo y con menos participación de la comunidad. Al principio de la década de 1980 hubo un plan para crear un sistema nacional de salud que consolidaría todos los programas existentes, inclusive FUNRURAL y PIASS. Las características del plan incluían una duplicación del financiamiento por el gobierno federal, prioridad a la atención primaria de salud y un incremento en el papel de los ayudantes de la comunidad. La integración se logró hacia fines de la década de 1980, eliminando así los programas especiales como tales; desde 1990, todos los servicios de salud pasaron a funcionar bajo el Ministerio de Salud y todas las pensiones, bajo el Ministerio del Trabajo y Seguro Social. Se informa que la crisis económica de la década de 1980 no afectó al número de campesinos con cobertura, pero sí afectó a la calidad de los servicios prestados (McGreevey y colaboradores, 1984; Rezende, 1983; Carlyle Guerra de Macedo, 1990).

En el Ecuador, el Seguro Social Campesino (SSC) comenzó en 1968 como parte del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS) y progresó en 1973 y 1981. Los campesinos (y los familiares a su cargo) organizados en cooperativas y aso-

ciaciones agrarias pueden acogerse al programa; en 1987, el SSC proporcionaba cobertura a 4,8% de la población total y a 10% de la población rural. Se hace hincapié en la atención primaria de salud a bajo costo, y los servicios se basan en un puesto rural construido en terreno de la comunidad con una estructura básica suministrada por el IESS y erigido mediante trabajo de la comunidad. Un médico viajante ofrece atención médica, de maternidad y dental en el puesto de salud, mientras que personal auxiliar permanente proporciona atención prenatal, educación para la salud e inmunización. Los pacientes que no pueden ser tratados en el puesto rural son remitidos a instalaciones más complejas del IESS.

El programa se financia con una contribución del 1% procedente de la nómina de todos los asegurados en el IESS (que pagan en partes iguales el asegurado, el empleador y el estado) más el equivalente de 1% del salario mínimo que paga el campesino participante (en 1985, el salario mínimo se duplicó, haciendo que la contribución del campesino fuese muy fuerte). Es imposible estimar los costos del SSC o su estabilidad financiera, pero, siendo parte del IESS, puede suponerse que opera con déficit; información dispersa indica que los costos de hospitalización son elevados. La cobertura ha aumentado a una tasa reducida en 20 años y hay indicios de discriminación contra la población campesina más pobre y más aislada; un bajo número de envíos a los niveles más complejos de atención; y diferente tratamiento de los campesinos y de los asegurados en las instalaciones del IESS. Además, el SSC no se coordina con el sistema rural de salud del Ministerio, el número de inmunizaciones que administra es reducido y solo sigue superficialmente las prácticas de saneamiento básico. La crisis económica de la década de 1980 perjudicó a este programa (Mesa-Lago, 1984, 1989b).

A pesar de la importancia de los programas descritos, hay pocos estudios serios de sus características, efectos y posibilidades para reproducción en otros lugares.

El costo de la universalización y la cobertura de los pobres

El costo de ampliar la cobertura del seguro social a toda la población en los países de América Latina y el Caribe utilizando el actual modelo Bismarck no sería económicamente viable en muchos países, aunque fuesen capaces de supe-

Cuadro 10. Gastos del seguro social como porcentaje del PIB en 1980, y extrapolados sobre la base de la cobertura universal, en América Latina y el Caribe.

País	% de gastos del seguro social ^a como % del PIB (1980)	% de la población total con cobertura (1980)	Extrapolación del % de los gastos de seguro social sobre el PIB cuando el 100% de la población tiene cobertura
Argentina	11,9	78,9	15,1
Bahamas	0,7	85,3 ^b	0,8
Barbados	1,0	79,8 ^b	1,2
Bolivia	2,9	25,4	11,4
Brasil	5,2	96,3	5,4
Colombia	2,8	15,2	18,4
Costa Rica	7,5	81,5	9,2
Cuba	8,6	100,0 ^c	8,6
Chile	11,0	67,3	16,3
Ecuador	3,7	9,4	39,4
El Salvador	1,3	6,2	21,0
Guatemala	1,6	14,2	11,3
Honduras	0,9	7,3	12,3
Jamaica	0,4	80,9 ^b	0,5
México	2,9	53,4	5,4
Nicaragua	2,3	9,1	25,3
Panamá	6,1	49,9	12,2
Paraguay	1,2	18,2	6,6
República Dominicana	0,7	4,2 ^d	16,7
Perú	2,6	15,7	16,6
Uruguay	8,1	68,5	11,8
Venezuela	1,3	45,2	2,9

Fuentes: Mesa-Lago, Cruz-Saco y Zamalloa, 1990.

^aIncluye todos los programas del seguro social.

^bPoblación económicamente activa con cobertura de beneficios en efectivo; la población total tiene cobertura legal de atención de salud por parte de la salud pública.

^cCobertura legal.

^dInstituto Dominicano de Seguros Sociales solamente.

rar las barreras estructurales. El Cuadro 10 indica cómo los gastos del seguro social (todos los programas, no solo enfermedad-maternidad, debido a que carecemos de datos separados de ese programa para todos los países) sobre el PIB aumentarían en 22 países si se otorgara cobertura a toda la población con el modelo actual. Las estimaciones en la tercera columna de cifras en el Cuadro 10 se obtuvieron extrapolando aproximadamente los gastos para una cobertura de 100%, suponiendo que dichos gastos aumentarían proporcionalmente con la cobertura.

De acuerdo con el Cuadro 10, solo seis países llegarían a una cobertura universal con un porcentaje relativamente bajo del PIB: Jamaica (0,5%), Bahamas (0,8%), Barbados (1,2%), Venezuela (2,9%) y México y Brasil (5,4%). Los tres países del Caribe no latino tienen los costos proyectados más bajos debido a que excluyen los gastos de atención de salud pública y debido a que sus programas de pensiones son nuevos; si se hubieran incluido los costos de la atención de salud (para hacerlos más comparables con los costos de enfermedad-maternidad del seguro

social en América Latina), sus porcentajes extrapolados concordarían más con los del Brasil. El PIB muy elevado de México y Venezuela, debido al auge económico producido por el petróleo, reduce el costo relativo de su cobertura; Venezuela también tiene uno de los programas de pensiones más nuevos de la Región. Por último, Brasil y México, tal como se indicó anteriormente, han ampliado de manera notable la cobertura al sector rural mediante programas innovadores, de costo relativamente bajo, y eso explica en parte el pequeño porcentaje extrapolado en ambos países.

Después, con porcentajes extrapolados más altos, figuran Paraguay (6,6%, pero hay graves cuestiones acerca de la calidad de los datos de este país), Cuba (8,6%) y Costa Rica (9,2%); los dos últimos países proporcionan ya cobertura a toda o casi toda su población. Otro grupo de países que ya se aproxima a la cobertura universal, pero con porcentajes extrapolados cada vez más elevados, son Uruguay (11,8%), Argentina (15,1%) y Chile (16,3%). Pero estos tres países, así como Costa Rica, tienen programas del se-

guro social o de salud pública para los desposeídos; de ahí que la extrapolación exagere el costo de la protección universal.

En algunos de los países menos desarrollados de América Latina, el costo extrapolado (porcentaje) de la cobertura universal sería intolerable, tal como en el Ecuador (39,4%), Nicaragua (25,3%), El Salvador (21%), Colombia (18,4%) y Perú (16,6%). La ampliación de la cobertura en la Región (en particular en los países menos desarrollados) no puede lograrse con los niveles actuales de beneficios y estructura administrativa, debido a que la carga interna sería intolerable, tal como ha ocurrido ya en algunos de los países pioneros (Mesa-Lago, Cruz-Saco y Zamalloa, 1990).

Resumen del acceso de los pobres a la atención de salud

La información sobre la cobertura legal y estadística de atención de salud de la población de América Latina y el Caribe demuestra que los pobres no están protegidos en la mayoría de los países. En los países que tienen sistemas nacionales de salud (principalmente el Caribe no latino), los pobres parecen estar legalmente cubiertos por beneficios en especie; esto ocurre también en 4 de 20 países latinoamericanos. Pero la mayoría de las categorías laborales en las que están concentrados los pobres no pueden acogerse legalmente a beneficios en efectivo en la Región —en casi todos los países se excluye a los trabajadores familiares no remunerados y a los desempleados, así como a los autónomos, empleados del servicio doméstico y trabajadores temporeros/eventuales en la mitad de los países, y a los trabajadores rurales asalariados en una tercera parte de los países. Estadísticamente, se informa que aproximadamente 39% de la población de América Latina carece de cobertura, pero la proporción aumenta a 57% si se excluye a Brasil; en una tercera parte aproximadamente de los países, la proporción aumenta a 75%. A la tasa de crecimiento anual promedio de expansión de la cobertura de la población en 1960-1988, 11 países de América Latina requerirían entre 45 y 530 años para alcanzar una cobertura universal.

Las regiones geográficas menos desarrolladas, urbanizadas y sindicalizadas de América Latina, así como las actividades económicas principales y las ocupaciones menos poderosas donde se hallan concentrados los pobres (trabajo autónomo, servicio doméstico, agricultura) son las que tienen el grado más bajo de cober-

tura o las que carecen de protección totalmente. La proporción de la población latinoamericana que no cuenta con cobertura coincide aproximadamente con la proporción de la población que vive por debajo de la línea de pobreza. Una barrera estructural que se interpone a la ampliación de la cobertura es el modelo Bismarck de seguro social financiado con contribuciones del salario. La mayoría de los países desarrollados en los que la fuerza laboral está asalariada han podido alcanzar una cobertura universal o aproximarse a ella, pero los países menos desarrollados donde la mayor parte de la fuerza laboral no está asalariada (trabajadores autónomos, empleados del servicio doméstico, trabajadores familiares no remunerados, propietarios de microempresas, pequeños agricultores y campesinos) no pueden ampliar la cobertura más allá de una pequeña proporción de los sectores formal urbano y moderno rural.

Con el crecimiento del sector informal experimentado en la década de 1980, la posibilidad de ampliar la cobertura del seguro social se hizo más remota; en realidad, la cobertura estadística descendió incluso en algunos países. La cobertura de los trabajadores autónomos (un grupo del sector informal) es sumamente baja y oscila entre 0,6 y 25% en siete países, llegando a 48% en Bahamas y a 93% en Costa Rica. Incluso los programas no convencionales que proporcionan cobertura a los campesinos en Brasil, Ecuador y México abarcan a una pequeña proporción de la población o han sido perjudicados por la crisis económica de la década de 1980, o ambas cosas. El costo de alcanzar una cobertura universal y, por ende, de proteger a los pobres con el modelo actual de seguro social no sería factible en muchos países: de 11 a 39% del PIB en 13 de ellos.

NORMAS E INSTALACIONES DE SALUD Y SUS DESIGUALDADES

Normas e instalaciones de salud en la Región

Las normas de salud en América Latina y el Caribe son las más altas del mundo en desarrollo (véase el Cuadro 11). En 1980, el promedio regional de mortalidad infantil era de 66 por 1000 y la expectativa de vida era de 64 años entre las mujeres y de 60 años entre los hombres. Estos promedios son considerablemente más favorables que los de África, Asia y el Oriente Medio,

Cuadro 11. Comparación de las normas de salud de América Latina y el Caribe con las de otras regiones del mundo, 1980.

	Países industrializados	Países en desarrollo				Total
		Europa	América Latina y el Caribe	Asia, Pacífico, Oriente Medio	Africa	
Tasas de mortalidad						
General	9,5	10,1	8,7	10,2	17,7	10,7
Infantil	15,8	25,1	66,2	80,7	121,1	66,7
Expectativa de vida						
Hombres	68,9	67,1	59,7	55,8	44,4	58,4
Mujeres	76,6	73,4	63,8	57,5	46,6	61,9
Índice compuesto	1,0	0,8	0,2	-0,2	-1,5	0,0
Número de países	22	7	34	24	38	125

Fuente: Mesa-Lago, 1990.

Método: Análisis factorial, basado en promedios regionales medidos por la población. Se utilizó la clasificación por regiones del Banco Mundial.

y superiores a los promedios mundiales. Solo los promedios de los países industrializados y los de los países europeos en una etapa intermedia de desarrollo superaron a los de América Latina y el Caribe. El hecho de que los países de la Región están en un nivel intermedio de desarrollo (por delante de otras zonas en desarrollo del mundo) quizás ayude a explicar por qué América Latina y el Caribe están a la cabeza en las normas de salud. Sin embargo, es imposible separar esta variable de otras, tales como los

programas del seguro social y de salud pública, educación y nutrición.

La alta clasificación mundial de la Región encubre variaciones sustanciales en las normas e instalaciones de salud entre los países de América Latina y el Caribe. Como indica el Cuadro 12, los países latinoamericanos más desarrollados (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay, Venezuela), así como los del Caribe no latino (que no están necesariamente a los mismos niveles de desarrollo de los otros),

Cuadro 12. Instalaciones y normas de salud en América Latina y el Caribe, 1980-1985.

País	Camas de hospital por 1000 habitantes (1980-1985)	Médicos por 1000 habitantes (1980-1985)	Mortalidad infantil (1985)	Expectativa de vida (1985)
Argentina	5,4	25,7	34	70
Bahamas	4,3	10,0	27 ^c	69
Barbados	8,7	8,5	17 ^c	72 ^c
Bolivia	1,8	5,1	117	53
Brasil	4,2	7,8	67	65
Colombia	1,7	5,8	55	65
Costa Rica	3,3	10,0	18	74
Cuba	4,6	20,8	17	74
Chile	3,5	9,7	20	69
Ecuador	1,7	8,8	50	64
El Salvador	1,2	3,2	65	64
Guatemala	1,6	4,1	65	60
Haití	0,9 ^a	1,2	123	54
Honduras	1,3	4,0	76	62
Jamaica	2,8	3,4	27 ^c	71
México	1,2	9,0	39 ^c	67
Nicaragua	1,6	6,7	69	59
Panamá	3,2	10,3	25	72
Paraguay	1,0	6,2	43	66
Perú	1,7	8,7	95	60 ^c
República Dominicana	2,1	5,7	74	64
Trinidad y Tabago	4,5 ^b	7,4	22	69
Uruguay	6,0	19,9	30 ^c	71
Venezuela	2,7	12,0	37	70

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^aEn el Ministerio de Salud solamente.

^b1975.

^c1984.

cuentan con las mejores instalaciones y normas. Por el contrario, los países menos desarrollados (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, la República Dominicana) tienen las instalaciones y normas peores. Sin embargo, hay importantes excepciones. Por ejemplo, Argentina y, en menor grado, Brasil se clasifican, respectivamente, como los países con las instalaciones mejores y relativamente buenas, pero tienen tasas de mortalidad infantil altas y muy altas, relativamente. Perú ocupa un nivel intermedio en relación con la oferta de médicos, pero se encuentra entre los cuatro países que tienen las normas de salud más bajas. Por el contrario, Costa Rica tiene relativamente pocas camas de hospital, pero figura entre los tres países que tienen las normas de salud más elevadas.

Desigualdades en las instalaciones y normas de salud

Los promedios en el Cuadro 12 encubren disparidades notables entre los grupos de población. Las desigualdades anteriormente indicadas entre las instalaciones y las normas de salud pudieran deberse al hecho de que dichas instalaciones no se asignan de acuerdo con las necesidades más urgentes de la población, sino que responden a otros factores. El Cuadro 13 muestra la distribución de los gastos de salud entre el sector público, el seguro social y el sector privado. Como vimos con los ingresos de salud (Cuadro 4), los datos del Cuadro 13 indican que los países en los que el seguro social proporciona cobertura al 13-18% de la población

Cuadro 13. Distribución porcentual de los gastos en salud por sector en determinados países de América Latina y el Caribe, 1980-1986.

País	Sector público ^a	Seguro social	Sector privado	Total
Argentina	29,6	36,6	33,8	100,0
Brasil	30,7	31,2	38,1	100,0
Colombia	41,3	54,3	4,4	100,0
Costa Rica	19,3	80,7	n.d.	100,0
Ecuador	62,2	37,8	n.d.	100,0
México	15,0	85,0	n.d.	100,0
Perú	59,0	41,0	n.d. ^c	100,0
Uruguay	33,2	7,7	59,1 ^b	100,0
Venezuela	25,0	75,0	n.d. ^c	100,0

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^aIncluye al Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas, las instituciones autónomas, etc.

^bIncluye a las sociedades de ayuda mutua, cooperativas y organizaciones similares.

^cDe Ferranti declara 53% para Perú y 58% para Venezuela.

(por ejemplo, Colombia, Ecuador, Perú), emplean de 38 a 54% de los fondos totales de salud. En 1984, la razón de desembolso por persona entre el seguro social y el Ministerio de Salud fue de 7 a 1 en Colombia y de 5 a 1 en Ecuador y Perú. Cabe recordar que la población amparada por el seguro social tiene ingresos más elevados que la población amparada por el ministerio.

Además, el grueso de los gastos de salud del seguro social corresponde a la población de edad productiva —la mayoría de los asegurados— que tiene un riesgo de enfermedad más bajo que la población materno-infantil. En 1985, en el Perú estaba asegurada 30% de la población de edad productiva, pero solo 1,4% de la población de menos de 14 años de edad contaba con cobertura. En Colombia, las proporciones en 1984 eran de 15 y 3,6%, respectivamente. Sin embargo, estos dos países tienen tasas de mortalidad infantil que figuran en el tercer y décimo lugar más elevado entre 24 países de la Región. No hay datos para los países menos desarrollados (por ejemplo, Bolivia, Honduras, El Salvador, Guatemala), pero es muy probable que tengan una situación análoga o peor que la de los dos países citados. En todos estos países, la tasa de mortalidad infantil es muy elevada y esto contribuye a la baja expectativa de vida. Un cambio en la asignación de los recursos de salud que dé una mayor proporción al sector público y haga más hincapié en la atención materno-infantil, el saneamiento, la vacunación y la educación para la salud reduciría la mortalidad infantil y aumentaría la expectativa de vida en esos países.

En el Cuadro 14 se advierten otras desigualdades en la distribución de las instalaciones de salud entre las instituciones que proporcionan cobertura a distintos grupos de población en cuatro países: en dos países, las mejores instalaciones son las del sector privado y, en otro país, solo están a la zaga de las de las fuerzas armadas; las fuerzas armadas tienen de tres a cuatro veces mejores instalaciones que el ministerio de salud; y el seguro social tiene instalaciones mejores que el ministerio, que tiene las peores. Con la excepción de la atención recibida del sector privado, los asegurados no pagan totalmente por los servicios. Las fuerzas armadas y los grupos amparados por el seguro social, que por lo común están entre las de ingresos medios y disfrutan de servicios buenos o de los mejores, son transferidos del grupo de menos ingresos cubierto por el ministerio, que tiene los peores servicios.

Las desigualdades en la atención de salud no

Cuadro 14. Desigualdades en las instalaciones de atención de salud^a entre proveedores en determinados países de América Latina, 1980-1984.

Proveedores	Colombia (1984)	Ecuador (1983)	México (1980)		Perú (1982)	
	Camas de hospital	Camas de hospital	Camas de hospital	Médicos	Camas de hospital	Médicos
Seguro social	1,4	1,9	1,2-1,4 ^b	11,8-24,9 ^b	1,6	11,1
Ministerio de salud	1,2	1,2	1,1	6,7	1,8	5,1
Fuerzas armadas	n.d.	5,6	4,1	23,8	2,3	20,4
Sector privado	5,6	4,7	n.d.	n.d.	1,1	70,8

Fuente: Mesa-Lago, 1990.

^aCamas de hospital por 1000 asegurados, y médicos por 10 000 asegurados.

^bInstituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Petróleos Mexicanos.

están limitadas a los grupos ocupacionales, sino que también existen entre las unidades geográficas. Los estudios de diez países latinoamericanos (Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay), basados en datos dispersos correspondientes a 1979-1986 (véase el Cuadro 15), han medido diferencias extremas en las camas de hospital y médicos por población entre las zonas geográficas mejores y peores (estados, departamentos, provincias). Esas diferencias están positivamente correlacionadas con el grado de cobertura de la población antes analizado, e indican que las regiones rurales menos desarrolladas, pobres y aisladas (con la mayor concentración de población autóctona) tienen los peores servicios. A la inversa, las regiones urbanas más desarrolladas, y más ricas (donde está situada la ciudad capital), tienen los mejores servicios. En Perú se hallaron disparidades extremas para médicos (63:1) y en México para camas de hospital (8:1). Un análisis realizado en varios países sobre el grado de desarrollo de las regiones e instalaciones de salud de las que disponen halló un coeficiente de correlación positivo significativo entre estas dos variables (Mesa-Lago, 1978, 1985a, 1988c). Cabe recordar que la cobertura del seguro social se concentra en las zonas urbanas, más desarrolladas, mientras que se espera que el ministerio de salud proteja al grueso de la población rural, la población urbana marginalizada y las regiones menos desarrolladas.

En parte, las desigualdades arriba citadas se explican por la concentración natural de servicios de salud de alto nivel en las zonas urbanas, pero son demasiado grandes para explicarlas exclusivamente aduciendo este hecho: responden también a factores políticos y económicos. Por ejemplo, en 1983, la ciudad de Lima tenía 31% de la población del país, pero en ella se concen-

Cuadro 15 Desigualdades geográficas en la cobertura de la población y las instalaciones de salud en determinados países de América Latina, 1979-1986 (compara la unidad geográfica menos y más desarrollada).

País	Cobertura de la población total (%)	Médicos por 10 000 habitantes	Camas de hospital por 1000 habitantes
Argentina (1980)			
Capital Federal	123,9 ^a	46,8	8,4
Formosa	6,0 ^a	8,1	4,3
Bolivia (1986)			
Oruro	32,8	n.d.	0,9
Pando	10,7	n.d.	0,2
Colombia (1984)			
Atlántico	24,7	n.d.	n.d.
Chocó	2,7	n.d.	n.d.
Costa Rica (1979)			
San José	33,9 ^b	12,4	5,7
Guanacaste	15,2 ^b	1,9	1,1
Cuba (1982)			
La Habana	n.d.	41,2	11,2
Granma	n.d.	7,2	4,1
Chile (1980)			
Magallanes	95,0 ^c	5,3	4,8
La Araucanía	39,3 ^c	2,1	3,2
Ecuador (1986)			
Pichincha	20,8	14,4	2,8
Los Ríos	5,3	4,0	1,6
México (1980)			
Distrito Federal	100,4	21,1 ^d	3,3 ^d
Oaxaca	17,2	2,4 ^d	0,4 ^d
Panamá (1984)			
Panamá	75,2	10,7	5,2
Darién	10,8	4,0	2,7
Perú (1981)			
Lima	26,7	19,0	3,0
Apurímac	2,5	0,3	0,6
Uruguay (1984)			
Montevideo	68,7 ^e	35,4	3,8
Rivera	17,0 ^e	6,5	1,8

Fuente: Mesa-Lago, 1990.

^a1960.

^bExcluye a los familiares a cargo.

^cPEA = población económicamente activa.

^d1970.

^eMiembros de instituciones colectivas (1986).

traba un 70% de todos los médicos, de 68 a 75% de las enfermeras y técnicos de salud, 61% de las consultas ambulatorias y 67% de las pruebas de laboratorio, lo cual podría explicar la disparidad entre una oferta elevada de médicos y normas de salud sumamente bajas en el Perú. Una desconcentración geográfica adecuada de los gastos e instalaciones de salud mejoraría las normas de salud en las regiones menos desarrolladas, que cuentan con la mayoría de los pobres y tienen las necesidades más urgentes.

Finalmente, un sistema de atención de salud muy estratificado (es decir, muchos proveedores proporcionan cobertura a diferentes grupos de población con diferentes paquetes de beneficios) parece generar profundas desigualdades en los servicios y normas de salud. A la inversa, sistemas de atención de salud integrales o los que están muy coordinados tienden a reducir esas desigualdades. Varios países del Caribe no latino han logrado normas de salud excepcionalmente altas, a pesar de que no tienen economías desarrolladas. Aunque esto puede explicarse en parte por el tamaño reducido de estos países, sus sistemas nacionales de atención de salud parecen haber desempeñado también un papel importante.

El efecto redistributivo de los programas de salud: ¿se benefician los pobres?

Varios expertos concuerdan en que, dentro del seguro social, el efecto de los beneficios de salud en especie sobre la distribución del ingreso es más progresivo que los beneficios en efectivo (Rezende, 1974; Green, 1977; Mesa-Lago, 1983a). La razón es la de que los beneficios en especie —atención médica-hospitalaria— son básicamente iguales (aunque en los sistemas estratificados existen diferencias en el acceso y la calidad de los servicios), mientras que los beneficios en efectivo, no solo para enfermedad-maternidad sino también para pensiones, etc., se establecen de acuerdo con el ingreso. Además, los grupos de ingresos más bajos sufren una incidencia más elevada de la enfermedad (debido a una deficiente nutrición e higiene) y, puesto que la medicina privada es demasiado costosa para ellos, los pobres utilizan el programa de salud con más frecuencia que los de ingresos más elevados. Estos últimos, aunque gozan de cobertura, prefieren por lo general utilizar a médicos y clínicas privadas, y solo recurren al seguro social en casos extremos. Sin embargo, por la misma razón, los gastos de salud pública deberían tener un impacto más pro-

gresivo sobre la distribución que los gastos de enfermedad-maternidad del seguro social, debido a que los primeros benefician al grupo más pobre de la población. De ahí que deba haber un efecto de distribución más progresivo en los países que tienen un sistema nacional de salud. La evaluación es más difícil en los países que tienen tanto seguro social como un ministerio de salud.

En América Latina se han realizado unos cuantos estudios por países (ninguno en el Caribe no latino) sobre el efecto distributivo del seguro social (en particular el programa de enfermedad-maternidad) y salud pública, así como un estudio comparativo de cinco países sobre el efecto distributivo de las subvenciones de salud pública.

En el Cuadro 16 se presentan, en forma resumida, los resultados de tres estudios pioneros: uno sobre el Brasil concentrado en todos los seguros sociales, pero limitado al sector urbano, mientras que los realizados en Costa Rica y Chile trataron de la enfermedad-maternidad del seguro social más la salud pública. El efecto más progresivo pareció ser el de Brasil, donde los dos grupos asegurados con los ingresos más bajos recibieron beneficios 23% más elevados de los que aportaron, mientras que los dos grupos con el ingreso más alto pagaron 21% más de lo que recibieron. (Se excluyó del estudio a FUNRURAL, que debería haber tenido un fuerte efecto progresivo, y a las fuerzas armadas y empleados del servicio civil, que probablemente recibieron más de lo que contribuyeron).

En Chile, los dos grupos de ingresos más bajos recibieron 7% más que lo que contribuyeron (una transferencia de los tres grupos de ingresos más altos). Un primer estudio realizado en Costa Rica en 1973 (que no se indica en el Cuadro 16) demostró un efecto ligeramente progresivo, casi neutro, del seguro social de enfermedad-maternidad (Green, 1977). Un segundo estudio (que se muestra en el cuadro), que también incluyó las asignaciones familiares y el Ministerio de Salud, fue realizado en 1978, después de que se amplió notablemente la cobertura de población, se eliminaron las contribuciones tope del salario y se añadieron los programas de asistencia social; de ahí que el efecto progresivo aumentara: 2% se transfirió del 20% más adinerado al 40% más pobre.

En el Cuadro 17 se comparan los resultados del efecto de los gastos en salud pública (subvenciones) sobre el ingreso familiar en Argentina, Costa Rica, Chile, República Dominicana y Uruguay en 1980-1982. La comparación de la distribución del ingreso antes y después de reci-

Cuadro 16. Efecto de los programas del seguro social y de salud pública sobre la distribución del ingreso en determinados países de América Latina entre 1969 y 1978.

BRASIL (1973) ^a		
Unidades de salario mínimo legal	Distribución porcentual de las contribuciones	Distribución porcentual de los beneficios de salud
Menos de 1	17,2	32,4
1-1,9	14,2	22,2
2-2,9	21,1	22,5
3-3,9	12,9	9,5
4-8,9	23,1	10,1
9+	11,5	3,3
	100,0	100,0

COSTA RICA (1978) ^b		
% de familias en cada categoría de ingresos	Porcentaje de los ingresos familiares	
	Antes de los beneficios de salud	Después de los beneficios de salud
20 (más pobres)	2,8	4,0
20	8,0	8,7
20	13,0	13,4
20	21,2	21,0
20 (más adinerados)	55,0	52,9
100	100,0	100,0

CHILE (1969) ^c		
Unidades de salario mínimo legal	Distribución porcentual de las contribuciones	Distribución porcentual de los beneficios de salud
Menos de 1	29,8	33,4
1-1,9	31,6	35,0
2-2,9	17,6	15,7
3-4,9	11,9	9,5
5+	9,1	6,5
	100,0	100,0

Fuente: Arellano, 1976; Briceño y Méndez, 1982; Rezende, 1974; Rezende y Mahar, 1974.

^aTodos los programas de salud, pero limitados al sector urbano, excluye a las Fuerzas Armadas y a los funcionarios del servicio civil.

^bProgramas de enfermedad-maternidad (incluye atención de los casos de asistencia social), salud pública y asignaciones familiares del seguro social.

^cProgramas de enfermedad-maternidad y de salud pública del seguro social.

bir la subvención (las dos últimas columnas de cifras) indica que Costa Rica tiene el efecto más progresivo: una transferencia de 2,5% del 20% más adinerado al 40% más pobre. Le sigue Chile, con una transferencia de 1,9% del 20% más adinerado al 40% más pobre. De los tres países restantes, hubo una transferencia de 1% del 20% más adinerado al 20% más pobre.

Dos estudios recientes han añadido información valiosa. En un análisis del impacto de los gastos sociales en Brasil se constató que el 41%

Cuadro 17 Efectos de los gastos en salud pública (subvenciones) sobre la distribución del ingreso en determinados países de América Latina, 1980 y 1982.

Porcentaje de familias en cada categoría de ingresos	Distribución porcentual de subsidios de salud	Distribución porcentual de ingresos familiares	
		Antes del subsidio	Después del subsidio
ARGENTINA (1980)			
20 (más pobres)	51,2	7,5	8,5
20	17,4	11,7	11,8
20	18,8	16,1	16,1
20	8,3	22,5	22,1
20 (más adinerados)	4,3	42,3	41,5
Total	100,0	100,0	100,0
COSTA RICA (1982)			
20	30,0	6,1	7,9
20	19,0	11,2	11,8
20	20,9	14,9	15,3
20	16,9	21,4	21,1
20	13,2	46,4	43,9
Total	100,0	100,0	100,0
CHILE (1982)			
20	22,3	3,3	4,2
20	29,0	7,1	8,1
20	21,5	10,4	10,9
20	15,9	18,1	18,0
20	11,3	61,0	58,8
Total	100,0	100,0	100,0
REPUBLICA DOMINICANA (1980)			
20	41,3	5,1	6,2
20	16,1	9,1	9,3
20	20,1	13,4	13,6
20	13,5	19,7	19,5
20	9,0	52,6	51,4
Total	100,0	100,0	100,0
URUGUAY (1982)			
20	34,0	7,2	8,1
20	29,7	11,8	12,4
20	16,1	14,8	14,9
20	8,4	19,9	19,5
20	11,8	46,3	45,2
Total	100,0	100,0	100,0

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

más pobre de la población recibió el 18% de dichos gastos, y que solo 8% recibió beneficios del seguro social. Por el contrario, 57% de la población —con un ingreso de nivel medio— recibió 70% de los gastos sociales y 35% del seguro social. Se llegó a la conclusión de que las subvenciones del Estado ayudaron principalmente a la clase media (McGreevey y colaboradores, 1988a). En Uruguay, un análisis de las transferencias halló que la proporción más grande fue a los trabajadores rurales y a los empleados del

servicio doméstico (con un efecto muy progresivo) y la porción mayor siguiente fue a los empleados del servicio civil y a los maestros (con un efecto regresivo) (Davrieux, 1987). Por desgracia, ninguno de los estudios arriba indicados incluye un país que tenga un sistema nacional de salud, lo que nos impide someter a prueba la hipótesis de que el modelo de salud surte el efecto más progresivo en la distribución.

Aunque no todos los estudios arriba indicados son comparables, indican que Costa Rica, que tiene un sistema del seguro social bastante unificado con un componente de asistencia social y cobertura universal, es el país que genera el efecto progresivo más significativo. Argentina, Chile y Uruguay, aunque tienen una cobertura casi universal, tienen sistemas de atención de salud estratificados. Los estudios sobre Argentina y Uruguay están limitados al sector público, que en el primero abarca a 23% de la población y emplea 30% de los fondos nacionales de salud pública, mientras que en el segundo abarca a 43% de la población y gasta 33% (en ambos, el efecto es ligeramente progresivo). Si se agregara en ambos países el sector de las sociedades de ayuda mutua, uniones y cooperativas, se reduciría el efecto progresivo del sector público. Todo el sistema de salud de Chile con anterioridad a la reforma a principios de la década de 1980 surtió un efecto progresivo, pero, cuando se desagrega por grupos, el efecto disminuye. Después de la reforma, el sector de salud pública sigue generando un efecto progresivo pronunciado, pero si se hubiera incluido el nuevo sector privado (ISAPRES, que abarca a 9% de la población con un ingreso relativamente elevado), el efecto habría sido notablemente menor (Arellano, 1987). En la República Dominicana, donde el sector de salud pública proporciona cobertura a la mayor parte de la población, existe poco efecto progresivo. Pero si añadimos al sector del seguro social, que abarca a una fracción diminuta de la población pero recibe muchos más recursos, el efecto global quizás sería progresivo. Brasil no es comparable con los otros cinco países; los dos estudios realizados son diferentes y los resultados parecen ser contradictorios.

Resumen de las normas de salud, instalaciones y desigualdades

Las normas promedio de salud en América Latina y el Caribe son las más altas en el mundo en desarrollo, pero existen variaciones

sustanciales entre los países: los países más desarrollados tienen las mejores instalaciones y normas, mientras que los países menos desarrollados tienen las peores. Algunas faltas de uniformidad entre las instalaciones y las normas en algunos países pueden explicarse por la asignación desigual e irracional de dichas instalaciones entre los grupos de población y regiones geográficas —la mayoría de los recursos de salud van a la población de edad productiva en vez de a la población materno-infantil que está sometida a un riesgo de enfermedad más elevado. Las instalaciones del sector privado son las mejores, seguidas de cerca por las de las fuerzas armadas y luego por las del seguro social (estos proveedores de atención atienden a los grupos de ingresos altos y medios); las peores instalaciones son las del ministerio de salud, del cual se espera proporcione protección a los segmentos más pobres de la población sometidos a un mayor riesgo de enfermedad. Las mejores instalaciones están concentradas en las regiones más desarrolladas, más ricas, urbanas e industrializadas, y las peores están ubicadas en las regiones menos desarrolladas, más pobres y rurales (se hallaron sistemáticamente disparidades extremas entre las regiones más y menos desarrolladas en varios países). Una redistribución de las instalaciones de salud de acuerdo con la necesidad desviaría más recursos al grupo materno-infantil, al ministerio de salud y a las regiones menos desarrolladas. Dicha redistribución reduciría las tasas de mortalidad infantil y aumentaría la expectativa de vida.

Los sistemas de atención de salud integrados o muy coordinados tienden a reducir las desigualdades en las instalaciones y normas de salud, mientras que lo opuesto ocurre con los sistemas muy estratificados. Entre los programas del seguro social, los beneficios en especie (en particular en lo que respecta a enfermedad-maternidad) parecen surtir un efecto más progresivo sobre la distribución del ingreso que los beneficios en efectivo, debido a que los primeros son básicamente iguales y son utilizados más por los grupos de asegurados de ingresos más bajos. Los programas de salud pública, al estar orientados al sector más pobre de la población, deberían tener un efecto progresivo aún más elevado. Los estudios empíricos realizados en varios países parecen confirmar algunos de los resultados sobre el impacto de los sistemas de atención de salud de América Latina y el Caribe en la distribución del ingreso.

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

En esta sección se analiza el financiamiento del programa de enfermedad-maternidad del seguro social y del sector de salud pública, así como la relación entre ambos y sus repercusiones para los pobres.

Financiamiento del programa de enfermedad-maternidad del seguro social

Fuentes de ingresos

En América Latina, los seguros sociales son financiados principalmente por contribuciones porcentuales sobre los salarios abonadas por los asegurados, el empleador, el Estado como tal y el Estado como empleador. En algunos países, el estado no paga una contribución sobre la factura salarial, pero asigna impuestos o cubre algunos servicios o parte del déficit del sistema. El rendimiento de la inversión puede ser una fuente importante de ingresos en los programas de pensiones, pero no en los de enfermedad-maternidad, debido a que este programa no acumula reservas sustanciales.

En el Cuadro 18 se presentan las contribuciones porcentuales sobre el salario (o el ingreso, en el caso de los trabajadores autónomos), dictaminadas por ley para el programa de enfermedad-maternidad del seguro social en América Latina. Los países con sistemas nacionales de salud se han excluido del cuadro, así como cuatro países con seguro social (Brasil, Ecuador, Paraguay y República Dominicana) debido a que su legislación no separa los aportes para el programa de enfermedad-maternidad de los aportes generales; Haití también se ha excluido debido a que no se cumple su ley.

En el Caribe no latino y en Cuba, el sistema nacional de salud se financia mediante el presupuesto del Estado, pero los beneficios en efectivo para el seguro de enfermedad-maternidad se pagan con cargo a la contribución salarial general (en Cuba, todas las empresas pagan 10% de factura salarial para todos los beneficios en efectivo y los asegurados no pagan nada). En los 14 países incluidos en el cuadro, la porción de enfermedad-maternidad en la contribución general al seguro social (última columna) oscila entre 13 y 72%. Si borramos los países pioneros (Argentina, Chile y Uruguay) que introdujeron inicialmente el seguro social en la Región y donde el grueso de las contribuciones se destina al programa de pensiones, la gama pasa a ser de 41 a 72%, con un promedio no ponderado de

Cuadro 18. Contribuciones legales a los seguros de enfermedad-maternidad y todos los seguros sociales en América Latina, 1987-1989^a (en porcentaje de sueldo o ingreso).

País	Asegurados		Empleador	% de salarios	Estado ^b			Enfermedad-maternidad	Total ^c	
	Asalariados	Autónomos			Impuestos	Abarca el déficit	Otros ^d		Todos los seguros sociales	% global de enfermedad-maternidad
Argentina	3,0	n.d.	4,5					7,5	54,8-57,6	13,0-13,7
Bolivia	2,0	n.d.	8,0					10,0	21,0	47,6
Colombia	2,33-4,0	7,0	4,67-8,0				x	7,0-12,0	19,0-24,0	36,8
Costa Rica	5,5	5,5-12,25	9,25	0,75	x			16,0	33,9	47,2
Chile	7,0	7,0	0			x		7,0	21,4-29,4	23,8-32,7
El Salvador	2,23-2,5	8,75	5,57-6,25				x	7,8-8,75	10,8-13,8	63,4-72,2
Guatemala	2,0		4,0	3,0			x	9,0	17,5	51,4
Honduras	2,5	n.d.	5,0	2,5				10,0	14,0	71,4
México	3,0	7,87	8,4	0,6				12,0	21,0	57,1
Nicaragua	2,25		6,0	0,25				8,5	15,5	54,8
Panamá	1,0	n.d.	8,0		x			9,8	20,9-23,2	42,2-46,9
Perú	3,0	9,0	6,0					9,0	22,0	40,9
Uruguay ^e	3,0	n.d.	4,0				x	7,0	34,0-35,0	20,0-20,6
Venezuela	2,0		4,25-6,25	1,5 ^f				7,75-9,75	12,5-14,5	62,0-67,0

Fuentes: Recopilado por el autor con base en la Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos de América, 1987, y en información adicional.
^aExcluye a los países con sistemas nacionales de salud, así como a cuatro países con seguro social que no aportan por separado para enfermedad-maternidad (Brasil, Ecuador, Paraguay y República Dominicana).

^bAportes del Estado como tal, además de aportes como empleador.

^cSuma de los aportes porcentuales de los asegurados asalariados, del empleador y del Estado.

^dAbarca, en diferentes países, la atención de los usuarios de la asistencia social, parte del costo de los servicios de salud o una extensión de la cobertura administrativa o de la población.

^eEnfermedad solamente.

^fAportes a todos los seguros sociales.

52%. Si suponemos que este promedio es representativo de todos los países, podemos decir que aproximadamente la mitad de la contribución total del seguro social se destina a la atención de salud.

La contribución total a enfermedad-maternidad oscila entre 7 y 16%, con un promedio de 9% para los 14 países, que es relativamente elevado conforme a normas internacionales —en comparación con las de los países desarrollados, es mayor que en Australia, Austria, Canadá, Irlanda y Luxemburgo, y similar a la de Bélgica, Israel y Suecia (Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos, 1987). Una comparación de las contribuciones porcentuales de los países latinoamericanos en 1980 y 1987-88 indica que dicho porcentaje aumentó en diez países, quedó estancado en seis y descendió en cuatro. En estos últimos figura Chile que, después de la reforma de la seguridad social de 1981, eliminó paulatinamente la contribución de los empleadores (pero la subvención del Estado al viejo sistema ha aumentado constantemente), y Bolivia que, debido a una reducción sustancial en la contribución de los empleadores, está avanzando lentamente hacia un desequilibrio financiero. Con la excepción de Costa Rica, que tiene el porcentaje más elevado de la contribución y de la población cubierta, no parece haber una relación entre las dos variables: los países con cobertura de población más baja tienen algunas de las contribuciones más elevadas (por ejemplo, Colombia, Honduras, Guatemala) y viceversa (por ejemplo, Argentina, Chile, Uruguay). Debido a que estos últimos países tienen normas de salud más elevadas que los primeros, dichas discrepancias pudieran explicarse por la ineficiencia y el desperdicio.

La contribución porcentual asignada al empleador es considerablemente más elevada que la de los asegurados (excepto en Chile donde estos últimos pagan todo el aporte): la razón de contribución promedio de empleador/asegurado es de 2,6 a 1. El porcentaje que deberán abonar los trabajadores autónomos (una proporción importante de los cuales son pobres) es igual a la suma de los porcentajes abonados por los asegurados y el empleador (7 a 12%), lo que explica en parte, de nuevo, por qué es tan difícil ampliar la cobertura a este grupo. En seis países, hay una contribución estatal basada en los salarios y esta es menor (excepto en Guatemala) que el aporte de los asegurados. En siete países más, el Estado está obligado legalmente a pagar parte de los costos, a cubrir el déficit del programa o a dedicar impuestos especiales para financiar par-

cialmente el programa. En resumen, de acuerdo con la ley, los asegurados deberían financiar normalmente una tercera parte o menos del costo de protección, mientras que el resto lo pagan el empleador y el Estado. Esto suscita la cuestión de si el asegurado tiene realmente un "derecho" a los beneficios sobre la base de la hipótesis de que los paga.

El impacto del sistema financiero sobre la distribución del ingreso

El Cuadro 19 presenta la distribución porcentual del ingreso de todos los programas del seguro social por fuente en 28 países de América Latina y el Caribe en 1983. Cabe advertir que la porción real del Estado se ha subestimado y que las otras porciones se han exagerado en el cuadro debido a que, desde 1978, las series de la OIT exclúan la atención proporcionada por el sector de salud pública. Esto incide en particular en los países del Caribe no latino con sistemas nacionales de salud, que acusaron porciones estatales mucho más elevadas con anterioridad al cambio.

De acuerdo con el cuadro, los asegurados aportaron menos del 25% del ingreso total en 11 países y de 25 a 33% en 11 países; solo en cinco aportaron los asegurados más del 33%. El empleador y el Estado aportaron 60% más del ingreso total en 11 países y de 40 a 60% en 13 países. Los promedios para los 28 países indican que la porción de los asegurados fue de 26,5%, mientras que la porción combinada del empleador y el Estado fue de 57%; el 16,5% restante provino de la inversión (principalmente del programa de pensiones) y otras fuentes.

Los datos desagregados sobre la distribución específica del ingreso del programa de enfermedad-maternidad por fuente, disponibles para siete países solamente, confirman lo que se dijo antes (véase el Cuadro 20): unas dos terceras partes del ingreso provienen de los empleadores y el Estado (excepto en Chile) y aproximadamente una tercera parte, o menos proviene de los asegurados.

Prácticamente en todos los países, la contribución porcentual abonada por el asegurado no aumenta con el ingreso, y 75% de los países tienen un tope de contribución que limita el pago posible de las categorías de salarios más elevados. De acuerdo con la literatura, la contribución del empleador puede pagarse directamente o transferirse "hacia atrás" (al asegurado) o "hacia adelante" (a los precios y consumidores). Esta cuestión ha sido ampliamente debatida (Musgrove, 1985b), pero parece

Cuadro 19. Distribución porcentual del ingreso del seguro social más asignaciones familiares^a, por fuentes en América Latina y el Caribe, 1983.

País	Estado e				
	Asegurados	Empleador	impuestos	Inversión	Otros
Antigua y Barbuda	29,3	48,8	0,0	19,2	2,8
Argentina	34,5	27,2	36,0	2,0	0,3
Bahamas	23,2	38,0	5,2	33,6	0,1
Barbados	36,2	37,5	0,0	22,3	4,1
Belice	11,6	69,1	0,0	14,3	5,0
Bolivia	25,5	34,8	24,2	12,4	3,1
Brasil	15,6	74,0	8,2	0,0	2,2
Colombia	26,6	62,8	0,0	10,2	0,4
Costa Rica	28,4	47,0	18,6	5,3	0,8
Cuba	0,0	44,3	55,7	0,0	0,0
Chile	31,1	2,1	48,9	15,9	2,0
Dominica	27,3	45,6	0,0	26,2	0,8
Ecuador	38,6	38,1	1,3	22,1	0,0
El Salvador	23,7	55,8	0,0	20,0	0,6
Grenada	48,2	48,3	0,0	3,3	0,2
Guatemala	29,5	51,0	3,6	13,2	2,7
Guyana	20,6	30,9	0,0	48,5	0,1
Honduras	25,9	47,9	7,2	16,8	2,2
Jamaica	24,3	29,7	7,4	38,5	0,1
México	19,7	62,0	12,3	5,2	0,8
Nicaragua	22,8	59,9	3,2	12,9	1,2
Panamá	28,8	44,6	3,3	13,3	10,0
Perú	29,4	59,0	0,0	10,3	1,3
Santa Lucía	43,5	43,5	0,0	13,0	0,0
Suriname	23,9	9,7	66,4	0,0	0,0
Trinidad y Tabago	18,1	36,2	27,2	18,5	0,0
Uruguay	23,5	23,3	49,2	1,6	2,3
Venezuela	28,6	39,3	13,7	18,3	0,1
Región \bar{X}	26,5	43,1	14,0	14,9	1,5

Fuente: Cálculos del autor basados en datos de la OIT, 1988.

^aSolo Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Suriname y Uruguay cuentan con subsidios familiares.

que en los países menos desarrollados, la contribución del empleador se carga frecuentemente a los costos de producción y, por lo tanto, se transfiere al consumidor (Mesa-Lago, 1989c). La contribución del Estado se financia con impuestos, a menudo de índole regresiva (tales como los impuestos sobre las ventas). Tal como se indicó anteriormente, en 1983 los empleadores y el Estado generaron conjuntamente más del doble del ingreso del seguro social que el

abonado por los asegurados; por tanto, es probable que el consumidor, en vez del asegurado, soportara la carga financiera más pesada.

Cuando un país ha logrado o está próximo a lograr una cobertura universal, la situación arriba indicada deja de ser un problema debido a que prácticamente todos los consumidores están asegurados (por ejemplo, Costa Rica, Chile, Uruguay). Sin embargo, en países en los que solo una pequeña proporción de la población

Cuadro 20. Distribución porcentual del ingreso del programa de enfermedad-maternidad del seguro social, por fuente, en determinados países de América Latina, 1974-1985.

País	Aportes			Inversión	Otros	Total
	Asegurados	Empleador	Estado			
Colombia	28,4	54,4	16,7	0	0,5	100,0
Costa Rica	36,8	46,7	3,0	0	13,5	100,0
Chile	27,9	0	48,7	6,5	16,9	100,0
El Salvador	26,8	66,9	3,8	1,4	1,1	100,0
Guatemala	36,8	63,2	0	0	0	100,0
México	24,5	62,0	11,0	0,2	2,3	100,0
Venezuela	26,6	53,2	20,1	0	0,1	100,0

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

cuenta con cobertura, se empeora la regresividad de la estructura financiera. Por ejemplo, en Colombia, solo 16% de la población tiene cobertura, pero la contribución combinada del empleador-Estado es de 63%. De ahí que mediante mecanismos de precios e impuestos, 84% de la población (no protegida, incluyendo a los pobres) quizás financie la mayor parte del costo de proporcionar cobertura a la minoría. El Salvador y Honduras se hallan en una situación extrema similar, ya que solo 6 y 10% de sus poblaciones tienen cobertura, pero la contribución del empleador/Estado es de 56 y 55%, respectivamente.

Ya hemos analizado cómo el modelo Bismarck de financiamiento del seguro social, combinado con una baja proporción de empleados asalariados en la fuerza laboral, representa una barrera para la expansión de la cobertura del seguro social. Además, en esta sección se indicó que la estructura financiera del actual sistema es regresiva e inequitativa en muchos países, y que la hipótesis del "derecho" de los asegurados a los beneficios (fundamentado en el presunto pago de sus costos) es, a lo más, cuestionable. Esa hipótesis ha justificado el tratamiento discriminatorio que se ha dado a los beneficiarios de la asistencia social frente al de los usuarios del seguro social, y se ha interpuesto a la ampliación de la cobertura en aquellos países que tienen una reducida fuerza laboral asalariada. Una vez que se pone en tela de juicio la hipótesis, se abre la puerta para sustituir el financiamiento basado en las contribuciones relacionadas con el salario por el financiamiento a través de otro tipo de impuesto (por ejemplo, sobre el ingreso o el valor añadido), que podrían facilitar el logro de una cobertura universal o corregir posibles efectos económicos negativos del tipo actual de financiamiento sobre el empleo y/o la distribución (Mesa-Lago, 1989c).

Como se ha señalado, solo en unos cuantos países (Brasil, Costa Rica, Ecuador, México) las transferencias del presupuesto estatal (o de los empleadores urbanos) proporcionan cobertura a grupos marginales que no pueden acogerse a los beneficios del seguro social. En la sección siguiente se demostrará que el actual programa de enfermedad-maternidad del seguro social adolece habitualmente de desequilibrios actuariales y financieros que tienden a empeorar con el tiempo y que, finalmente conducen a una crisis general.

Déficit persistentes y crecientes

El método de financiamiento utilizado en el programa de enfermedad-maternidad del seguro

social en América Latina es una evaluación pura o de pagos progresivos (Asociación Internacional de Seguridad Social, 1982; Thullen, 1985). Con este método, los ingresos anuales han de sufragar los gastos correspondientes, ya que solo hay una pequeña reserva para eventualidades (en el Cuadro 20 se observa que los rendimientos de la inversión para este programa son insignificantes). Si la contribución salarial no puede sufragar los gastos (mantener el equilibrio), habrá que reducirlos, aumentar la contribución o realizar una combinación de ambas cosas.

Carecemos de datos desagregados de la América Latina y el Caribe para evaluar integralmente el equilibrio financiero a largo plazo del programa de enfermedad-maternidad. Sin embargo, en el Cuadro 21 se ofrecen estimaciones del equilibrio de todo el sistema de la seguridad social en 21 países de América Latina y el Caribe para 1970-1983, indicando sus superávit o déficit financieros anuales (ingresos menos desembolsos) como porcentaje del PIB. Estas estimaciones excluyen la contribución del Estado como tal (incluyen la contribución del Estado como empleador), debido a que esta implica una subvención o transferencia (Mackenzie, 1988). De acuerdo con el cuadro, en 1970 y 1975, la mitad aproximadamente de los países tenían un déficit y, después de cierta mejora en 1981-1982, hubo un deterioro en 1983 cuando 43% de los países experimentaron un déficit.

Los datos dispersos disponibles sobre el programa de enfermedad-maternidad para diferentes países indican que su desequilibrio es mayor que el de la seguridad social en su conjunto. La razón es que el programa de pensiones genera de ordinario un superávit que compensa y ayuda a reducir —mediante préstamos o transferencias— el déficit del programa de enfermedad-maternidad. La información siguiente *incluye* la contribución del Estado como tal: en México el programa de enfermedad-maternidad ha terminado en déficit cada año desde su creación en 1943, salvo en tres años; en Panamá ha habido un déficit constante desde 1975, que alcanzó la cifra de \$US196 millones para 1986; en el Perú ha habido un déficit desde 1977 (el déficit acumulativo alcanzó la cifra de \$US162 millones para 1985); en el Ecuador hubo un déficit constante en 1980-1988 (un déficit acumulativo aumentó a \$US35 millones para 1987); en Costa Rica el déficit acumulativo en 1977-1981 fue de \$US44 millones; en Uruguay el déficit acumulativo en 1982-1986 fue de \$US17 millones; en Bolivia hubo un déficit anual en 1982-1986, salvo en un año; y en Co-

Cuadro 21. Déficit/superávit del sistema del seguro social como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe, 1970-1983.

País	1970	1975	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Argentina	n.d.	0,7	0,3	-0,0	-0,4	-3,0	-2,2	-2,3
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,6	2,1	1,3	1,4
Barbados	-0,2 ^b	-2,4	0,4	0,5	0,5	0,3	2,0	2,5
Bolivia	0,2 ^c	0,3	0,0	0,2	-0,0	0,7	0,6	0,1
Brasil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-0,3	-0,0	-0,4
Chile	-4,1 ^b	-1,0	-1,7	-2,0	-2,0	-2,3	-7,7	-5,7
Colombia	0,2	-0,0	-0,2	-0,1	-0,0	-0,2	-0,6	-0,2
Costa Rica	0,7	1,6	1,4	1,2	1,0	0,8	0,8	2,5
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-6,2	-6,4	-6,4
Ecuador	n.d.	0,6 ^d	1,8	2,1	1,7	1,3	1,5	1,3
El Salvador	-0,0	-0,3	0,6	0,6	0,4	0,6	0,8	0,8
Guatemala	0,1	-0,0	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Honduras	-1,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,3	0,1	0,2
Jamaica	-0,7	-1,7	0,3	0,3	0,3	0,7	1,0	0,6
México	-0,4	-0,3 ^d	n.d.	n.d.	0,4	0,4	0,5	0,1
Nicaragua	0,1	-0,0	0,0	0,5	0,9	0,7	0,6	0,8
Panamá	0,1 ^c	1,2	1,0	1,7	1,9	2,7	3,1	2,4
Perú	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,4	0,0	-0,1
Trinidad y Tabago	0,8	0,4	0,3	n.d.	0,2	0,0	0,0	-0,5
Uruguay	n.d.	-1,2	-0,5	-0,3	-0,8	-3,7	-5,8	-4,3
Venezuela	-0,7	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0

Fuentes: Mackenzie, 1988; y cálculos del autor basados en datos de la OIT, 1988.

^aExcluye los aportes del Estado como tal (no como empleador).

^b1971.

^c1972.

^d1974.

lombia el déficit acumulativo en 1981-1985 fue de \$US13 millones (Mesa-Lago, 1989, 1990; La Forgia, 1990). De acuerdo con el ex director de la División de Seguridad Social de la OIT, dicho déficit es superior al indicado en los libros contables, debido a que solo los gastos corrientes se consideran en los cálculos, pero no los gastos de capital, tales como adquisición de tierras y construcción de hospitales, compra de equipo, etc. (Tamburi, 1980).

La causa del déficit

El déficit se hace aún más grave cuando recordamos el porcentaje muy elevado de contribución en la nómina para enfermedad-maternidad y la asignación mayor de los ingresos de atención de salud al seguro social frente al sector de salud pública, a pesar de la población menor usualmente servida por el primero. La explicación evidente para el déficit es que los gastos han superado los ingresos, pero la cuestión es por qué. En la sección siguiente se incluirá un análisis de las causas de los gastos crecientes. En lo que respecta a los ingresos, las causas del desequilibrio han sido contribuciones insuficientes debido principalmente a evasión y retrasos en los pagos por los empleadores y al incumplimiento por el Estado de sus obligaciones.

Contribuciones insuficientes

La contribución para el programa de enfermedad-maternidad, por lo general es insuficiente para sufragar los gastos. Por ejemplo, en 1977 se estimó que en México la contribución del instituto principal (el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) había de aumentarse de 6% (la tasa prevaleciente a la sazón) a 10% para equilibrar el programa para el final del siglo. Pero si se consideraba la amortización de los préstamos del programa de pensiones al programa de enfermedad-maternidad, la contribución tenía que aumentar a 13% (fue de 9% en 1989). En varios países, la contribución es ya tan elevada (por ejemplo, 15,5% en Costa Rica) que es difícil aumentarla. De ordinario, la contribución se establece por ley, y una enmienda legal en el Congreso tropezará con fuerte oposición por los empleadores y los sindicatos.

Otro problema es el de que los ingresos realmente cobrados con la contribución corriente están por debajo de los ingresos posibles; el salario utilizado como base para la contribución es a menudo el salario mínimo y excluye los beneficios marginales, y el tope de contribución también reduce el ingreso posible procedente del grupo de salarios elevados. El empleador declara por lo general un salario que es inferior al abonado realmente, y el sistema de facturas

computadorizadas preparadas con antelación por la institución del seguro social basado en datos salariales fomenta un comportamiento indebido por el empleador.

Evasión y retrasos en los pagos

La evasión (evitar la inscripción) y los pagos tardíos o moras (por quienes ya están inscritos) son problemas graves. Las estimaciones aproximadas de estos problemas entre los empleadores a mediados de la década de 1980 fueron: Argentina, evasión de 23%; Bahamas, 19% de evasión y mora combinadas; Barbados, 44% de mora; Brasil, 60% de ambas cosas; Chile, 30% de mora; Guatemala, 50% de mora; Jamaica, 44% de mora; Perú, 33% de evasión, y Uruguay, 27% de evasión (entre los empleados autónomos, la evasión y mora combinadas alcanzaron la cifra de 52% en Bahamas y de 95% en Barbados y Jamaica). La deuda acumulativa por estas causas en Colombia para 1985 (con solo una estimación oficial de 8 a 12% de mora) llegó a \$US135 millones. Una inflación galopante ha erosionado el valor real de dicha deuda; por ejemplo, en el Perú descendió de \$US46 millones a \$US7 millones en 1985-1988.

Hay causas múltiples para la evasión y la mora. El sistema de inscripción de empleadores y asegurados, y la tramitación de los pagos son muy deficientes en muchos países: no hay información actualizada sobre las direcciones de los empleadores ni sobre el número de empleados y sus salarios; muy pocos países tienen un sistema de identificación unificado para los empleadores y asegurados; a menudo, los pagos se tramitan manualmente y no hay cuentas individuales ni una lista corriente de los empleadores en mora. En un esfuerzo por corregir dichas deficiencias, varios países han introducido la computadorización, pero a pesar de algún progreso, persisten muchas ineficiencias y las computadoras han introducido nuevos problemas.

Las pequeñas empresas (donde se concentran los trabajadores informales) son difíciles de detectar y controlar. Un estudio del seguro social realizado en 1988 en Lima, Perú, demostró que 33% de las empresas tenían más de seis trabajadores, empleaban a 90% de los asegurados y pagaban 96% de las contribuciones totales, pero el 66% restante de las empresas tenían menos de seis trabajadores, empleaban a 10% de los asegurados y pagaban 4% de las contribuciones totales. El costo de detectar, cobrar y controlar a estas pequeñas empresas (la mayoría de ellas evasoras) es enorme, y su número está creciendo debido a la rápida expansión del sector informal en ese país. El papeleo excesivo requie-

rido para inscripción, pago e informes mensuales es un elemento de disuasión para las pequeñas empresas.

Hay escasez de inspectores calificados, y sus bajos sueldos les animan a concertar arreglos fraudulentos con los deudores. Además, los servicios o beneficios deficientes proporcionados a menudo por el seguro social llevan a los trabajadores a conspirar con los empleadores para evadir la inscripción. La denuncia de la corrupción en Colombia, en vez de inducir el enjuiciamiento de los infractores y la creación de incentivos apropiados, condujo a la eliminación del Departamento de Inspección.

En los casos en los que los inspectores son diligentes y se detecta como es debido la evasión y la mora, puede fallar el sistema jurídico y judicial para el cobro y la ejecución eficientes. El historial de enjuiciamiento y encarcelamiento en la América Latina y el Caribe es pésimo. Por ejemplo, en Bahamas no ha habido un solo caso de encarcelamiento por deuda o fraude desde que se introdujo el seguro social y, en Barbados, ha habido un caso en 20 años. En muchos países, el sistema judicial está sobrecargado y los retrasos en el enjuiciamiento son considerables. En último lugar, pero no menos importante, cuando un empleador es por fin enjuiciado, si la deuda es tan grande que puede resultar en la bancarrota de la empresa, los sindicatos y el Estado a menudo ejercen presión para perdonar o posponer la deuda a fin de evitar el desempleo.

Las tasas de inflación muy elevadas (en particular, en la década de 1980), combinadas con bajos tipos de interés y multas por la deuda, animan a los empleadores a postergar el pago: pueden obtener utilidades considerables depositando las contribuciones en bancos comerciales y devengando un tipo de interés más elevado. A fines de la década de 1980, el interés (desinflado) cargado a la deuda fue negativo en muchos países (Bolivia, -668% en 1985; Perú, -134% en 1988; Ecuador, -52% en 1988) (Mesa-Lago, 1990).

La deuda del Estado

En un número creciente de países de la Región, el Estado es el principal deudor del seguro social, debido a que no ha pagado su contribución como empleador (en algunos países, su obligación como contribuyente de la tercera parte también está pendiente), ha retenido pagos fiscales cobrados para el seguro social y/o no ha cumplido su obligación de reembolsar al seguro social por servicios de salud proporcionados a los indigentes o los empleados del servicio civil o

los militares. A mediados de la década de 1980, la deuda acumulativa del Estado era de \$US73 millones en Costa Rica, \$US95 millones en la República Dominicana, \$US170 millones en Colombia (sólo para el fondo de empleados del servicio civil), \$US194 millones en el Perú, \$US572 millones en Panamá y \$US602 millones en el Ecuador.

En algunos países, el Estado ha firmado acuerdos con la institución del seguro social para pagar la deuda. Sin embargo, tanto la deuda como el tipo de interés no han sido indexados para tomar en cuenta la inflación, por lo que el pago se efectúa con una moneda desvalorada y el tipo de interés real a menudo es negativo. En consecuencia, la deuda real ha disminuido espectacularmente: en el Perú, se redujo en 99,8% en 1981-1988 y en el Ecuador, descendió en 75% en 1973-1985. La crisis económica de la década de 1980 ha agravado la situación debido a demandas urgentes múltiples sobre el Estado (por ejemplo, pagar la deuda exterior), más la inflación cada vez mayor. En realidad, la creciente deuda del Estado ha sido un factor importante en la crisis de liquidez del seguro social en varios países.

Con el fin de acentuar la reducción de la deuda real del Estado, algunos gobiernos han concertado acuerdos con países extranjeros para la provisión de equipo de hospital o suministros médicos al programa de enfermedad-maternidad del seguro social. De esta forma, se protege el valor real de la deuda mientras que el Estado se hace directamente responsable ante los gobiernos extranjeros o proveedores. En otros países, la institución del seguro social ha aceptado una reducción en las obligaciones estatales futuras a cambio de un firme compromiso del gobierno de pagar la deuda de forma adecuada. Pero en la mayoría de los países, el Estado se ha mostrado reacio a renegociar tanto las condiciones como los tipos de interés de acuerdos viejos de pago a fin de ajustarlos a la inflación (Mesa-Lago, 1990).

Cómo hacer frente al déficit

Los países han abordado el déficit creciente de sus programas de enfermedad-maternidad de dos formas. El enfoque a corto plazo más común —en particular en los países donde dicho programa se introdujo tarde y en los que, por tanto, hay menos pensionistas y reservas elevadas— ha sido el de tomar préstamos de la reserva del programa de pensiones. Por ejemplo, en 1981, 31% de la inversión total en el fondo de pensiones del Perú (Instituto Peruano de Seguridad Social, IPSS) correspondió al programa de

enfermedad-maternidad, y en 1985, sin transferencias del fondo de pensiones, el principal programa de seguro social de enfermedad-maternidad en Colombia (el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, ICSS) habría tenido un déficit de \$US13 millones. Sin embargo, a la larga, estos préstamos no pueden amortizarse (ni se pagan de ordinario los intereses) y, a medida que el programa de pensiones madura y aumenta el número de pensionistas, enfrentan crecientes dificultades para cumplir sus obligaciones debido a la descapitalización de su fondo. A principios de la década de 1980, las instituciones del seguro social en Colombia, Costa Rica y Perú prohibieron que el programa de pensiones otorgase préstamos al programa de enfermedad-maternidad. Sin embargo, en el Perú, la práctica continuó en 1988, encubierta por transferencias contables oscuras (Mesa-Lago y De Geyndt, 1987; Mesa-Lago, 1988b, 1988c).

En algunos países, el Estado ha rescatado temporalmente el programa de enfermedad-maternidad encubriendo sus déficit por medios diferentes, a menudo a expensas de agotar los fondos de salud de otras instituciones que proporcionaban cobertura al resto de la población (Arroba, 1979). La crisis económica de la década de 1980 hizo imposible continuar esta práctica y la única alternativa que quedó ha sido la de reducir los gastos, tal como se explicará en la sección siguiente. Sin embargo, la única solución a largo plazo consiste en reorganizar completamente el sistema de salud, de acuerdo con los lineamientos contenidos en el Capítulo 5.

Financiamiento del sector de salud pública

Los recursos para el financiamiento del sector de salud pública son el presupuesto del Estado, la venta de servicios de atención de salud a los usuarios que tienen ingresos suficientes, los cargos o cuotas a los usuarios y la ayuda exterior. El presupuesto del Estado se basa en la imposición general y, en algunos países, en loterías. En Barbados, existe un impuesto sobre el salario ("impuesto de salud") que cobra la institución del seguro social y lo transfiere al ministerio de salud.

En lo que respecta a la venta de servicios de atención de salud, casi todos los hospitales de la Región tienen áreas reservadas para los pacientes que pueden pagar los servicios y que desean salas privadas. En los países en los que la atención de salud se proporciona gratuitamente a los pobres solamente, se administra una prueba de medios económicos para deter-

minar quién puede pagar los servicios, pero los ingresos de la venta de los servicios tienden a ser reducidos. Cuba, aprovechando un excedente de médicos y camas de hospitales y equipo, ha promovido el "turismo de salud", en virtud del cual se proporciona a los extranjeros atención especializada a un precio razonable. Lamentablemente, no existen datos financieros disponibles sobre la rentabilidad de esta práctica.

En la década de 1980, aumentó la aplicación de pagos de los usuarios en el sector de salud pública, y en algunos casos incluyó a los usuarios de bajos ingresos. Si estos cargos son bajos, no acentúan las desigualdades de distribución y pueden reducir el consumo innecesario de servicios de atención de salud, pero no contribuyen notablemente al financiamiento del sector. A la inversa, si los cargos son sustanciales, pueden ser una fuente importante de ingresos y ayudar a mantener y mejorar los servicios, pero a menudo acentúan las desigualdades de distribución. En este último caso, los grupos de ingresos más bajos deberían estar exentos, ya que de lo contrario los pagos de los usuarios reducirían el acceso de los pobres y provocarían un efecto regresivo (OPS, 1989); sin embargo, este enfoque produce algunas dificultades administrativas. Otro enfoque entraña la exención de ciertos servicios tales como profilaxis, saneamiento, atención primaria de salud y el cargo por los servicios de hospital así como por las medicinas (De Ferranti, 1985a). Otro enfoque más consiste en variar los pagos de acuerdo con el tipo, complejidad y ubicación de los servicios, así como con el estado socioeconómico del usuario. Este estudio analizará en detalle la aplicación de los pagos de los usuarios en el sector de salud pública de la República Dominicana y sus efectos sobre los pobres.

Varias organizaciones internacionales y regionales (tales como la AID (EUA), el BID y la OPS/OMS), proporcionan donaciones de atención de salud y cooperación técnica, de ordinario al ministerio de salud, excepto en Costa Rica, donde la ayuda externa se ha concentrado en la institución del seguro social (Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS) debido a que administra todos los hospitales. En fecha más reciente, la institución del seguro social de Guatemala (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS) ha recibido ayuda externa para ampliar la cobertura de población a una región menos desarrollada. En general, empero, la ayuda exterior no es una fuente importante de ingresos.

En la mayoría de los países del Caribe no la-

tino, el acceso a los servicios es gratuito, al menos para los pobres o para las personas con ingresos muy bajos, y a veces por ciertos servicios o grupos de edad independientemente del ingreso. Por ejemplo, en Bahamas, todos los niños menores de 14 años que asisten a la escuela y los ciudadanos de edad avanzada reciben atención gratuita. En Jamaica, la atención primaria de salud, el diagnóstico de enfermedades contagiosas y la atención de embarazadas siempre son gratuitos. Por último, Bahamas estableció en 1985 un fondo especial (con transferencias de los programas del seguro social de lesión en el empleo y beneficios a corto plazo), a fin de mejorar el sistema de salud pública y crear un seguro nacional de salud.

El impacto de la crisis económica sobre la atención de salud

La crisis económica que comenzó a afectar a América Latina y el Caribe a principios de la década de 1980 es la más larga y profunda desde la gran depresión. La CEPALC ha estimado que en 1981-1989, el PIB por persona descendió en una cifra acumulativa de 8,3% (en 12 países el descenso fue más de 15%), y algunos especialistas argumentan que toda la década se ha perdido en la Región en términos de desarrollo (CEPALC, 1989). Aquí resumimos el impacto de la crisis sobre la atención de salud (tanto los sectores público como del seguro social), concentrándonos en los ingresos, gastos, equilibrio financiero, cobertura de la población y calidad de los servicios.

Ingresos descendentes

El ingreso real de los programas de enfermedad-maternidad y otros programas del seguro social ha descendido en la mayor parte de la región debido a varios factores. Los salarios reales descendieron en la década de 1980 (y en 1989, ocho de once países sobre los que da cuenta la CEPALC tenían un salario mínimo real más bajo que en 1980), lo que provocó un descenso en las contribuciones reales. El desempleo urbano manifiesto aumentó espectacularmente en 1981-1989, cuadruplicándose en algunos países. Aunque este fenómeno comenzó a aminorar a mediados de la década de 1980, 10 de 16 países para los cuales se dispone de datos aún tenían

tasas de desempleo más elevadas en 1988-1989 que en 1980 —quienes perdieron sus puestos de trabajo han dejado de contribuir al seguro social. También hemos visto que el sector informal aumentó en la década de 1980, invirtiendo la tendencia de las décadas de 1960 y 1970. Puesto que los trabajadores autónomos y otros grupos en el sector informal no están habitualmente amparados por el seguro social, el cambio de la mano de obra formal a la informal también ha resultado en un descenso en los aportes. Además, debido a que quienes se hallan en el sector informal de ordinario no pagan impuestos (incluidos los del seguro social), tienen una ventaja competitiva injusta sobre el sector formal, que contribuye al deterioro de este último.

De acuerdo con la CEPALC, la inflación anual promedio en América Latina y el Caribe aumentó de 56% en 1980 a 275% en 1985 y, aunque descendió en 1986, aumentó constantemente en 1987-1989, alcanzando una cifra récord de 994% en 1990. Argentina, Bolivia, Brasil, Nicaragua y Perú han tenido tasas de inflación de 1000% a 33 600% (CEPALC, 1989). En muchos países que tienen un tope para las contribuciones salariales y donde estas contribuciones se fijan de acuerdo con las categorías de ingresos, el rápido aumento de la inflación (sin ajustes apropiados de topes y categorías de ingresos) ha llevado a un descenso en los aportes reales.

Además, tal como se ha indicado, la hiperinflación proporciona un incentivo adicional para que los empleadores retrasen los pagos al seguro social. La falta de indexación de las deudas de los empleadores, junto con los bajos tipos de interés y las penalizaciones blandas impuestas a los empleadores morosos, han estimulado los retrasos en los pagos, y los ingresos del seguro social han descendido. La inflación también ha desvalorizado la deuda del Estado y en unos cuantos países, ha hecho que la deuda prácticamente desaparezca en términos reales. Además, bajo la creciente presión externa para atender demandas más urgentes, tales como el servicio de la deuda exterior, el Estado no ha cumplido su obligación ante el seguro social como contribuyente de la tercera parte y como empleador.

Los ingresos de los programas de salud pública han experimentado un descenso espectacular. Las presiones externas para que el Estado atienda el servicio de la deuda exterior y la necesidad de reducir los déficit internos han hecho que los programas de estabilización reduzcan las asignaciones presupuestarias a los servicios sociales, entre ellos la atención de salud.

Incremento en los costos y la demanda

Los precios de las medicinas y del equipo médico-quirúrgico han aumentado debido a la inflación tanto interna como externa. Además, en los casos en que los sueldos de los empleados del seguro social se ajustan para tomar en cuenta la inflación, este gasto, el mayor componente de los gastos totales, ha mantenido e incluso ha aumentado su nivel real, mientras que los ingresos reales han descendido (por ejemplo, en el Perú, hasta fines de 1988).

En 1980-1985, la porción de salud en el gasto público descendió de 9 a 5,5%. El Cuadro 22 presenta los datos sobre desembolsos de salud pública por persona por el gobierno central (excluyendo el seguro social) en 24 países en 1970-1984; las cifras indican que dichos desembolsos disminuyeron en 22 países: en 12 países, los desembolsos alcanzaron una cota máxima en 1980-1981 y luego descendieron; en 4 países, la cota máxima ocurrió en 1983 y los desembolsos disminuyeron en 1984; y en 4 países, ha habido una tendencia descendente desde 1978 ó 1979 (Musgrove, 1986).

En los países en los que el seguro social proporciona atención de salud gratuita para los indigentes (por ejemplo, Costa Rica), a medida que un mayor número de personas pierden el empleo o trabajan en el sector informal, dejan de contribuir, pero adquieren derecho a dicha atención gratuita. Aunque se espera que el Estado reembolse al seguro social los citados costos de asistencia social, este ha incumplido su obligación parcial o totalmente. En los países en los que se dispone de atención de enfermedad-maternidad solo para los asegurados, las personas que han perdido la cobertura del seguro se hacen dependientes del sistema de salud pública, cuyo presupuesto ha sido gravemente reducido. Los miembros de la clase media que ya no pueden pagar la atención privada de salud recurren paulatinamente al seguro social y al sector público, los cuales están sobrecargados.

Un estudio de la OPS/OMS sobre el impacto de la crisis en la atención de salud realizado en cinco países (Brasil, Ecuador, Honduras, México y Uruguay) para 1980-1986, halló que los recursos para el sector de salud pública disminuyeron, como promedio, en la misma proporción que el gasto total. Los cortes en el presupuesto recayeron principalmente sobre la inversión, con una incidencia relativa en los gastos corrientes, salvo en lo que respecta a reducciones en los salarios reales del personal de salud. Sin embargo, no se sabe qué parte de los gastos

Cuadro 22. Gastos por persona del gobierno central en salud pública, excluyendo el seguro social, en América Latina y el Caribe, 1970-1984 (en dólares EUA constantes).

Países	1970	1978	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	7,98	11,47	11,38	8,56	6,03	8,27	9,80
Bahamas	n.d.	257,19	220,71	231,34	210,43	215,27	224,38
Barbados	127,46	188,65	151,16	147,06	115,47	113,65	118,98
Bolivia	5,82	7,33	10,94	5,91	2,44	n.d.	n.d.
Brasil	10,66	23,34	23,89	24,07	27,34	n.d.	n.d.
Colombia	6,04	8,22	8,34	9,18	7,89	8,73	n.d.
Costa Rica	13,61	20,88	29,16	18,09	16,76	15,80	24,34
Chile	21,16	21,61	27,08	28,49	25,99	21,12	20,64
Ecuador	2,83	10,67	12,69	16,07	14,70	11,95	13,16
El Salvador	n.d.	12,47	12,90	12,70	10,81	9,22	8,72
Guatemala	n.d.	14,50	22,47	15,71	18,34	8,89	9,38
Haití	2,44	3,03	2,70	2,62	3,81	2,98	n.d.
Honduras	8,97	15,42	15,44	15,27	15,74	15,99	13,09
Jamaica	49,72	60,18	64,63	65,10	64,10	59,53	52,70
México	n.d.	8,24	8,16	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicaragua	10,13	27,27	39,59	44,99	38,01	39,55	n.d.
Panamá	n.d.	20,65	33,46	32,86	34,97	37,70	n.d.
Paraguay	3,83	6,18	6,36	8,63	13,51	13,52	10,83
Perú	n.d.	12,18	10,96	13,08	n.d.	18,58	17,58
República Dominicana	14,78	20,08	24,07	25,44	14,09	13,74	12,87
Suriname	n.d.	n.d.	10,30	8,26	8,28	5,75	n.d.
Trinidad y Tabago	n.d.	42,89	41,58	47,65	80,15	81,58	70,41
Uruguay	n.d.	20,79	25,69	22,47	21,52	22,25	n.d.
Venezuela	34,93	48,93	32,31	40,05	38,22	31,32	n.d.

Fuente: Musgrove, 1986, 1989a.

corrientes pudieran haberse hecho ineficaces por falta de inversión (Musgrove, 1989a).

Desequilibrios cada vez más acentuados

La crisis ha agravado el déficit financiero que sufría el seguro social en algunos países de América Latina con anterioridad a la década de 1980. Además, el superávit del que gozaba la mayoría de los países se ha convertido en un déficit en varios de ellos.

En un estudio reciente se analizó la eficacia del seguro social como mecanismo anticíclico en el Perú. Al contrario de la creencia de que el seguro social surte un efecto estabilizador automático (por ejemplo, que en tiempo de crisis protege a los sectores vulnerables contra la pérdida del ingreso), el estudio llega a la conclusión opuesta. Un análisis empírico de la crisis de la década de 1980 demuestra que, debido a que la generación de ingresos en el Instituto Peruano del Seguro Social (IPSS) depende totalmente del ciclo económico, el efecto es en realidad procíclico: los beneficios y servicios descienden en tiempos de recesión y aumentan en períodos de recuperación y expansión económica (Petraera, 1987).

Para hacer frente a la crisis, varias instituciones del seguro social han dictaminado programas de emergencia, el primero en Costa Rica en 1983, y el más reciente en Perú en 1988. Estos

están orientados a reducir los desembolsos y, en algunos casos, a aumentar los aportes; sin embargo, este último ha sido difícil de aplicar en medio de la recesión. La Caja Costarricense de Seguridad Social de Costa Rica (CCSS) ha tenido éxito en aumentar los aportes al programa de enfermedad-maternidad y en reducir los gastos y, en 1988, tuvo un superávit financiero. En unos cuantos países, los ministerios de salud han tratado de hacer frente a las reducciones presupuestarias reasignando recursos escasos para atender las necesidades más urgentes; por ejemplo, en Chile se ha hecho hincapié en los grupos maternoinfantiles con resultados positivos en términos de la reducción de la mortalidad infantil (Castañeda, 1984).

Efectos sobre la protección y calidad de los servicios

El estudio de la OPS/OMS arriba citado encontró que graves deficiencias de planificación afectaban a los programas de inversión, eliminando los planes para ampliar la cobertura y creando dificultades en mantener la atención básica; las admisiones a los hospitales también se redujeron debido a las políticas de reducción de costos, pero fueron contrarrestadas por la expansión de la atención ambulatoria, y la reducción de los recursos en los servicios hospitalarios había inducido una pequeña disminución en la duración de la permanencia promedio. Se

investigó la hipótesis de que un descenso en la calidad de la atención forma parte del costo del ajuste, pero los datos disponibles no pudieron responder a esa cuestión vital ni fue posible juzgar si la crisis había mejorado realmente la eficiencia. Además, se hallaron algunas pruebas del deterioro atribuido a la crisis entre los grupos vulnerables de la población y en condiciones específicas tales como una creciente morbilidad infantil por diarrea y un incremento (o reducción en la disminución) de las tasas de mortalidad infantil (Musgrove, 1989a).

Mi propia investigación, realizada en la segunda mitad de la década de 1980 en la República Dominicana y Perú, mostró síntomas de deterioro de los servicios de salud, incluyendo una parálisis de la inversión en la planta física, el equipo y mantenimiento; reducciones agudas en los suministros médicos (los pacientes se ven obligados a menudo a proporcionar jeringas, gasa y otros materiales quirúrgicos básicos); eliminación y/o reducción de las comidas en los hospitales; lechos compartidos por dos pacientes (Mesa-Lago, 1986b, 1988c).

Tal como se ha visto, la cobertura de la población por el seguro social en la década de 1980 descendió o se estancó, o su ritmo de expansión se vio frenado. Este fenómeno ha sido ocasionado por incrementos en el desempleo, aumentos en el sector informal y evasión de los pagos al seguro. Además, la crisis ha perjudicado a los programas destinados a ampliar la cobertura a las zonas rurales del Brasil, Ecuador y México. Por último, los mandatos legales de ampliar la cobertura a los campesinos y a los trabajadores en el sector informal no se han puesto en práctica en algunos países (por ejemplo, Perú en 1985-1988) debido a la gravedad de la crisis. Sin embargo, un signo alentador es la expansión del programa de enfermedad-maternidad del seguro social de Guatemala a la costa sudoeste para proteger a los empleados asalariados (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 1988).

El único beneficio de la crisis puede haber sido la comprensión, tanto a nivel nacional como internacional (aunque no en todos los países ni en todas las organizaciones), de la magnitud y gravedad de los problemas de la seguridad social y la atención de salud. En el campo internacional, el Banco Mundial y, más recientemente, el BID y el Fondo Monetario Internacional, han comenzado a realizar estudios y proporcionar asistencia técnica en estas áreas, fortaleciendo así la labor de organizaciones tales como la OIT, la Asociación Internacional de Seguridad Social, la OMS, la OPS y el Centro In-

teramericano de Estudios de Seguridad Social. En la década de 1980, la AID (EUA) amplió los recursos asignados a la atención de salud en América Latina y el Caribe. La Fundación Interamericana ha encargado este estudio con miras a mejorar las donaciones para la atención de salud destinada a los pobres. Finalmente, la crisis ha incentivado a algunas organizaciones internacionales, con clientela y filosofía divergentes, tales como la OMS y la OIT, a tratar de trabajar en colaboración (Castellanos, 1985; Gwynne y Zschock, 1989; BID, 1989; McGreevey, 1990; OPS/OIT/CPISS, 1986; OPS, 1989; OMS, 1988).

Resumen del financiamiento de la atención de salud

La mitad aproximadamente de los ingresos de los programas del seguro social en América Latina se destinan al programa de enfermedad-maternidad; en el Caribe no latino, la proporción es mucho menor, debido a que el seguro social solo proporciona beneficios en efectivo. El programa se financia básicamente con los aportes sobre los salarios pagados por los empleadores, los asegurados y el Estado como tal (la reserva es muy pequeña). Para fines de la década de 1980, el aporte porcentual combinado sobre la nómina alcanzó una cifra promedio de 9%, superior o similar al de muchos países desarrollados, a pesar de la cobertura muy reducida de la población en muchos países de la Región. Los datos tanto legales como estadísticos confirman que los asegurados pagan una tercera parte o menos del ingreso total, mientras que el empleador y el Estado financian el resto, haciendo que el "derecho" de los asegurados a los beneficios (fundamentado en el presunto pago de sus costos) sea un supuesto cuestionable. Dicha hipótesis ha justificado el tratamiento discriminatorio dado a los usuarios de la asistencia social y ha aumentado los obstáculos (además de los estructurales) para otorgar cobertura en países que tienen una pequeña fuerza laboral asalariada empleada. Una vez que se pone en tela de juicio esta hipótesis, el aporte salarial puede comenzar a ser sustituido por otros tipos de financiamiento que pudieran facilitar la extensión.

El actual sistema de financiamiento también parece tener un efecto regresivo sobre la distribución: la contribución porcentual aportada por el asegurado es absoluta y en 75% de los países existe un tope a dicha contribución; a pesar de carecer de pruebas sólidas al respecto, parece que el aporte del empleador se transfiere a los precios, mientras que la contribución del Estado

proviene a menudo de impuestos regresivos; y, cuando el seguro social abarca a una pequeña proporción de la población, la mayoría no protegida (entre ellos los pobres) puede contribuir a financiar la cobertura de los grupos de ingresos más elevados mediante precios y/o impuestos (este efecto se reduce a medida que aumenta la cobertura de la población). A pesar de su elevado porcentaje de contribución y de la extensa porción del ingreso de salud que recibe (tanto dentro del seguro social como frente al sector de salud pública), el programa de enfermedad-maternidad ha sido permanentemente deficitario en la mayoría de los países de la América Latina, debido a que sus gastos han aumentado con mucha más rapidez que sus ingresos. Las causas del desequilibrio en términos del ingreso son: un ingreso real que cae por debajo del que es posible cobrar (debido a factores tales como topes a la contribución y exclusión de beneficios marginales en el cómputo de las contribuciones); evasiones importantes y crecientes y demoras en los pagos (que fluctúan de 19 a 60%), debidas principalmente a deficiencias administrativas tales como deficiente inscripción, inspección, sanciones y procedimientos legales/judiciales, pero también debidas a la pequeña dimensión de las empresas y a un empleo abundante; y una deuda del Estado sustancial y creciente que se reduce en términos reales debido a la inflación (lo que también ocurre con la deuda privada por evasión y/o mora).

Los déficit en los programas de enfermedad-maternidad se cubrieron tradicionalmente con préstamos del programa de pensiones, pero estos no pudieron amortizarlos ni pagar los intereses, contribuyendo así a la descapitalización del fondo de pensiones. A medida que los programas de pensiones maduraron y sus desembolsos aumentaron, el superávit se redujo y surgieron déficit en el programa de pensiones también, obligando a detener las transferencias al programa de enfermedad-maternidad que a su vez se halló sometido a crisis. El Estado no puede acudir en ayuda del programa debido a la crisis económica.

Las fuentes de financiamiento para la atención de salud pública las constituyen principalmente el presupuesto del Estado y, en menor grado, la venta de servicios, pagos de los usuarios y ayuda exterior. En los países que tienen sistemas nacionales de salud (o en el sector de salud pública en los que tienen seguro social), la atención de salud tradicionalmente ha sido proporcionada de forma gratuita a los pobres (suponiendo que tienen acceso real a los servicios). Debido a la crisis económica de la década de

1980, los presupuestos de los programas de salud pública se han reducido en 90% de los países y ha habido un incremento en los pagos de los usuarios. Sin embargo, estos pueden reducir aún más el acceso de los pobres a la atención de salud. La crisis económica también ha reducido de forma pronunciada los ingresos del seguro social (debido a un aumento del desempleo, al crecimiento del sector informal y a la evasión así como al descenso en los salarios reales) y del ministerio de salud (debido a los programas de estabilización que han reducido los servicios sociales, en particular la inversión). La cobertura de la población con el seguro social ha descendido o se ha estancado en muchos países (se han visto perjudicados también los programas de extensión a las zonas rurales), aumentando así la demanda de atención de salud pública. No pudo determinarse si una creciente demanda por el sector público (junto con reducciones en los fondos, misiones a los hospitales y permanencia promedio) ha ocasionado un deterioro general en la calidad de la atención de salud pública. Sin embargo, hay pruebas de una creciente morbilidad infantil por diarrea y un incremento (o reducción en la disminución) de la mortalidad infantil en cinco países, así como reducciones en los medicamentos y en los suministros médicos y de otra índole en dos países. Uno de los pocos beneficios emanados de la crisis es la creciente preocupación y participación en la atención de salud en América Latina y el Caribe por parte de las entidades internacionales y/o regionales.

LOS COSTOS CRECIENTES DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Gastos de la atención de salud: cuantía, distribución por sector y tendencias

Prácticamente no hay estudios sobre los costos totales de los tres sectores de atención de salud para toda la región. La mayor parte de la información disponible corresponde al programa de enfermedad-maternidad del seguro social y, en menor grado, al ministerio de salud. El Cuadro 23 presenta estimaciones aproximadas de los costos de la atención de salud como porcentaje del PIB en nueve países de América Latina, principalmente para los sectores público y del seguro social; la información para el sector pri-

Cuadro 23. Gastos de salud (por sector y totales) como porcentaje del PIB en determinados países de América Latina, 1985-1986.

País	Sector público	Seguro social	Sector privado	Total
Argentina	2,1	2,6	2,4	7,1
Brasil ^a	1,2	1,3	1,5	4,0
Colombia	1,9	2,5	0,2 ^c	4,6
Costa Rica	2,1 ^d	4,8	n.d.	6,9
Cuba ^b	3,6	0,7 ^e	0	4,3
Chile	-----2,6-----		n.d.	2,6
Ecuador	1,2	0,7	n.d. ^f	1,9
Perú ^a	1,8	1,2	n.d.	3,0
Uruguay	1,8	0,4	3,2 ^g	5,4

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^a1982.

^b1980.

^cExcluye al sector privado no institucional (mayor parte del sector privado).

^dIncluye lesiones en el empleo.

^eBeneficios en efectivo solamente.

^fEn 1983 se declaró como 47,2% del total de gastos de salud.

^gIncluye a las sociedades de ayuda mutua, cooperativas, etc.

vado se presenta solo para cuatro países. Los porcentajes totales más elevados (última columna del cuadro) se registraron en la Argentina y Costa Rica (7%) y en el Uruguay, Colombia, Cuba, y Brasil (5 a 4%), todos ellos, excepto Colombia, se encuentran entre los países más desarrollados de la Región. El porcentaje total en Chile (2,6%) es sorprendentemente bajo, pero el cuadro excluye el sector privado en rápido crecimiento. Los países menos desarrollados, tales como el Perú y Ecuador, presentan porcentajes de 3 y 2%, respectivamente. Información dispersa procedente de los países latinoamericanos restantes indica que, con la excepción de Panamá, tienen porcentajes de 2% y menos (Zschock 1979; De Ferranti, 1985; OPS/OIT/CPISS, 1986; OPS, 1987). En tres de los países incluidos en el Cuadro 23 (Argentina, Colombia y Costa Rica), el seguro social tiene el porcentaje más elevado, mientras que en otros tres países (Cuba, Ecuador y Perú), el ministerio tiene el porcentaje más elevado; adviértase que en Cuba el ministerio proporciona toda la atención de salud, mientras que el seguro social solo paga los beneficios en efectivo. En el Brasil y en el Uruguay, el porcentaje más elevado corresponde al sector privado debido a la subcontratación del seguro social con el sector privado; en la Argentina los porcentajes del seguro social y el sector privado son análogos.

La ausencia de datos y cambios en la metodología hacen que la tendencia histórica en los costos de atención de salud como porcentaje del PIB sea aún más difícil de seguir. Por muchos años, la OIT ha recopilado tres series de informes sobre los costos de la seguridad social

que incluyen los gastos de atención de salud del seguro social (beneficios tanto en efectivo como en especie), así como "servicios de salud pública". La serie de la OIT, aunque valiosa, no llena completamente el vacío de información existente y hace difícil estimar los costos en ambos sectores.

Para complicar aún más las cosas, a partir de 1978 la OIT excluyó los gastos de atención de salud en el sector público de sus series, pero incluyó tales gastos en los países con servicios nacionales de salud (a menudo de índole contributiva) que forman parte del seguro social. Este cambio ha creado problemas de comparación en las series antes y después de 1978. Además, hace que sea prácticamente imposible evaluar los costos de salud en países del Caribe no latino, debido a que tienen un sistema de salud pública que no forma parte del seguro social y, en consecuencia, desde 1978 sus gastos por concepto de atención médica/hospitalaria no se incluyen en las series (OIT, 1985a). Después de considerar estos problemas, la serie de la OIT sobre los gastos de salud del seguro social como porcentaje del PIB para diez países latinoamericanos en 1960-1980 presenta una clara tendencia al alza en todos salvo uno de los países, y en dos países (Costa Rica y Panamá) acusa incrementos de cinco a seis veces en dichos gastos (OPS/OIT/CPISS, 1986).

Los gastos de salud en América Latina —los más elevados en el Tercer Mundo— son relativamente altos conforme a las normas internacionales y presentan una tendencia creciente que sigue una tendencia similar en los gastos generales del seguro social (Mesa-Lago, 1990). Los porcentajes de los costos de salud sobre el PIB en la Argentina, Costa Rica y Uruguay son similares a los del Reino Unido, que tiene uno de los sistemas nacionales de salud más integrales del mundo. Sin embargo, cabe indicar que los porcentajes más elevados del PIB dedicados a la atención de salud no significan necesariamente normas de salud mejores. Para evitar distorsiones en las comparaciones internacionales, sería necesario homogeneizar una serie de factores, o al menos controlar las diferencias existentes en factores tales como la calidad de los servicios, la desinflación del costo de los bienes y servicios, la eficiencia administrativa y las variaciones ambientales (Zschock, 1979; Musgrove, 1987).

El Cuadro 24 reconstruye la serie de la OIT (1965-1983) sobre el porcentaje de los gastos por beneficios de los seguros sociales (más asignaciones familiares) dedicados a la salud (beneficios en efectivo y en especie) en 17 países de

Cuadro 24. Porcentaje de los gastos por beneficios de los seguros sociales^a asignados al programa de enfermedad-maternidad en América Latina, 1965-1983.

País ^b	1965	1970	1975	1980	1983
Argentina	n.d.	n.d.	14,5	24,1	27,1
Bolivia	55,4	58,0	56,0	56,6	40,9
Brasil	n.d.	47,2	40,0	37,9	33,7
Colombia	63,3	56,5	65,2	55,4	62,9
Costa Rica	77,8	78,4	77,4	79,8	68,6
Chile	16,6	19,9	25,1	24,0	15,4
Ecuador	18,9	n.d.	37,5	32,7	16,9
El Salvador	91,2	88,9	91,0	87,9	75,8
Guatemala	18,8	50,3	51,2	49,6	42,6
Honduras	96,3	97,4	n.d.	93,7	91,3
México	73,3	71,8	68,0	69,3	67,0
Nicaragua	89,4	85,2	81,9	74,8	27,9
Panamá	60,4	58,1	54,2	55,3	54,5
Perú	n.d.	n.d.	n.d.	60,0	58,7
República Dominicana	n.d.	66,6	72,0	73,2	73,1
Uruguay	n.d.	3,6	6,1	6,3	8,8
Venezuela	79,9	94,7	72,0	65,8	n.d.

Fuentes: OIT, 1981, 1985a, 1988; Mesa-Lago, 1989.

^aIncluye los beneficios en efectivo y en especie de los seguros sociales y asignaciones familiares.

^bHaití no cuenta con un seguro de salud en vigor; no se incluyó a Paraguay en la serie; se incluyó a Cuba pero la atención de salud no es proporcionada por el seguro de salud.

América Latina. Todos menos cuatro países presentan una clara tendencia a la baja, debido a que cuando comenzó el seguro social casi todos los gastos por beneficios correspondían a la salud, dado que el programa de pensiones estaba en sus comienzos y que había muy pocos pensionistas. A medida que maduró el programa de pensiones, el porcentaje de los gastos por beneficios que se dedicó a las pensiones aumentó, surtiendo el efecto opuesto en el porcentaje de gastos de la salud. Entre 1965 y 1983, el promedio regional de los gastos por beneficios destinado a la atención de salud descendió de 57 a 48%, mientras que el porcentaje promedio destinado a las pensiones aumentó de 24 a 51%. Los países con los programas de pensiones más antiguos (Uruguay, Chile, Ecuador, Argentina y Brasil) tienen los porcentajes más bajos en salud, mientras que los países con los programas de pensiones más nuevos (Honduras, El Salvador, República Dominicana, Venezuela y Colombia) presentan los porcentajes más altos en salud. Como hemos dicho, estas tendencias han surtido un efecto desestabilizador sobre el programa de pensiones y sobre los programas de atención de salud (véase la sección "Cómo hacer frente al déficit", página 45).

Los países del Caribe no latino se excluyeron del Cuadro 24 por las razones metodológicas antes citadas. Puesto que el programa del seguro social en estos países solo paga beneficios monetarios para enfermedad y maternidad (el ministerio de salud proporciona la atención médica-hospitalaria), su porcentaje de gastos

por beneficios dedicados a la salud, tal como se refleja en la serie de la OIT, es muy reducido, a pesar de que dichos países fueron los últimos en establecer el seguro social en la Región. Sin embargo, si se utiliza la vieja serie de la OIT sobre los gastos totales por beneficios del seguro social (que incluyó los gastos de atención de salud en el sector público hasta 1977), la proporción de estos países dedicada a gastos médicos-hospitalarios aumenta en dos terceras partes o más (OIT, 1981).

Causas del incremento en los costos de la atención de salud

Los costos crecientes de la atención de salud en América Latina y el Caribe, así como los déficit financieros resultantes en el programa de enfermedad-maternidad del seguro social, pueden explicarse por causas universales y por peculiaridades en la Región. Los factores determinantes son tanto externos (demografía, inflación) como internos (filosofía de atención de salud, nivel de cobertura de la población, generosidad de los beneficios, altos costos administrativos, ineficiencia de los hospitales).

Perfiles demográficos y epidemiológicos

Los países más desarrollados de la Región (por ejemplo, Argentina, Cuba, Uruguay y varios países del Caribe no latino) presentan caracterís-

tics demográficas similares a las observadas en los países industrializados: bajas tasas de crecimiento de la población, una elevada expectativa de vida y el envejecimiento de la población. Los grupos de población cada vez más viejos exigen servicios de salud por períodos de tiempo más prolongados así como un tratamiento cada vez más complejo y costoso. El perfil epidemiológico de estos países también se asemeja al de los países desarrollados: las principales causas de la defunción son las "enfermedades del desarrollo" (enfermedades cardiovasculares, enfermedades malignas, accidentes de tránsito), que son difíciles y costosas de tratar. A pesar de su población relativamente joven, Costa Rica tiene el mismo perfil epidemiológico, debido a sus altas normas de salud y seguridad social en rápida expansión.

Sin embargo, en la mayoría de los países de la América Latina el principal problema sigue siendo un elevado crecimiento de la población y se prevé que este producirá una duplicación en la demanda de servicios de salud en las dos próximas décadas (Castellanos, 1978; Malloy y Borzutzky, 1982).

Los países menos desarrollados de la Región tienen poblaciones jóvenes y un perfil epidemiológico caracterizado por el predominio de "enfermedades del subdesarrollo" (enfermedades perinatales, malnutrición, afecciones digestivas, respiratorias y contagiosas). Estas enfermedades pueden tratarse eficazmente mediante técnicas más simples y baratas, tales como la inmunización, el saneamiento, la educación para la salud y suplementos nutricionales, que las "enfermedades del desarrollo". Esto nos llevaría a creer que los costos relativos de la atención de salud deberían ser más bajos en estos países. Sin embargo, el seguro social — que acapara una porción grande y creciente del gasto en salud— hace hincapié en la medicina curativa y concentra sus recursos en los grupos de edad productiva y las poblaciones jubiladas, induciendo así costos de salud más elevados.

Inflación

La inflación persistente ha producido incrementos a largo plazo en el costo de los medicamentos, el equipo médico, la construcción y los salarios, y los niveles de inflación récord experimentados en América Latina y el Caribe en la década de 1980 han exacerbado este problema. Los adelantos tecnológicos en el equipo médico-hospitalario y en los medicamentos, y el hecho de que la mayoría de ellos se importan habitualmente a precios elevados, han reforzado la tendencia al alza en los costos de salud.

Predominio de la medicina curativa

Tal como se ha dicho, la prioridad asignada a la medicina curativa costosa (en particular por las instituciones del seguro social) frente a la medicina preventiva de bajo costo es una forma ineficaz de asignar los recursos de atención de salud. Se hace hincapié en los servicios de alta densidad de capital y en la alta tecnología, en la hospitalización en vez de la atención ambulatoria, en los médicos en vez del personal paramédico y en el uso de equipo, cirugía, pruebas de laboratorio y tratamientos cada vez más complejos y costosos, tales como diálisis renal, quimioterapia, trasplantes de órganos, cirugía cardíaca y medicina nuclear. El presupuesto de 1979 del Brasil asignó más fondos a estos servicios de alta tecnología para las 12 000 personas que viven en el sudeste desarrollado y las regiones meridionales que a los servicios primarios de salud y control de enfermedades para 41 millones de personas que viven en las regiones subdesarrolladas del nordeste. En Costa Rica, el programa rural de salud a principios de la década de 1980 hizo más, con un presupuesto más pequeño, por reducir la mortalidad y morbilidad que los servicios de alta densidad de capital del seguro social. Los costos exorbitantes de añadir beneficios de atención de salud complejos para unos cuantos se interponen a la ampliación de los servicios básicos para todos.

La distribución de los fondos de salud entre la medicina preventiva y la curativa puede ser un indicador de la eficiencia en la administración de salud, especialmente cuando está anómalamente sesgada. La razón de gastos curativos a gastos preventivos fue de 4 a 1 en Costa Rica en 1978; de 6 a 1 en Brasil en 1982; de 9 a 1 en México en 1980; y de 15 a 1 en Chile en 1981. Debido a que la medicina curativa trata la enfermedad sin tratar sus causas, se hace más costosa que la prevención a largo plazo. En consecuencia, con un cambio de énfasis hacia la medicina preventiva se podrían reducir los costos, frenar la morbilidad y la mortalidad, y obtener una mayor eficiencia en el curso del tiempo haciendo que la medicina curativa fuese menos necesaria (Castellanos, 1978; Selowsky, 1980; CCSS, 1981; McGreevey y colaboradores, 1984; McGreevey, 1987, 1990).

Ampliación de la cobertura de la población

La ampliación de la cobertura del seguro social también ayuda a aumentar los costos de salud (y generar déficit). Una vez que el sector urbano asalariado, que tiene niveles más altos de ingreso y de salud, ha recibido cobertura, en-

tonces la incorporación de la población informal y rural, con ingresos y normas de salud más bajos, es más costosa; este último grupo (en los pocos países en los que cuenta con protección) no contribuye nada o contribuye relativamente poco, pero utiliza más los servicios de salud. En los países en los que el seguro social proporciona atención a los "indigentes" (Costa Rica, Chile) o financia en parte programas para el sector rural (Brasil, México), los gastos de la atención de salud son más elevados que las contri-

buciones más las subvenciones estatales (cuando se pagan estas últimas).

Generosidad en los beneficios

Los beneficios y las condiciones de habilitación en el seguro de enfermedad-maternidad en América Latina tienden a ser generosos. De acuerdo con el Cuadro 25, cinco países no requieren un período de calificación de trabajo o contribución para pagar el permiso de enferme-

Cuadro 25. Condiciones de habilitación para los beneficios de enfermedad-maternidad del seguro social en América Latina y el Caribe, 1987.

País	Beneficios monetarios						Beneficios médico-hospitalarios	
	Enfermedad			Maternidad			Contribución (semanas)	Duración (semanas)
	Contribución (semanas)	% del sueldo	Duración (semanas)	Contribución (semanas)	% del sueldo	Duración (semanas)		
América Latina								
Argentina	a	100	26	42	100	12	a	
Bolivia	9	75	26-52	17	75	12	4 ^E ,17 ^M	26
Brasil	52	70-90	g	a	100	12	13	
Colombia	4	50-66,6	26-52	12	100	8	4	26-52
Costa Rica	4	50	26	26	50	17	4 ^E ,26 ^M	52
Cuba	a	50-90		11	100	18	b	
Chile ^d	26	100		26	100	18	a	
Ecuador	26	66-75	26	26	75	8	26	
El Salvador	8 ^e	75	52	12	75	12	8 ^e	26-52
Guatemala	a	66	26	a	100	11	a	
Honduras	5	50-66	26-52	11	66	12	a	
México	4-6	60	52-78	30	100	12	a	52-104
Nicaragua	8	60	26-52	16	60	12	a	
Panamá	26	70	26-52	39	100	14	a	26
Paraguay	6	50	26-52	6	50	9	a	26-52
Perú	13	100	49	39	100	13	13	52
República Dominicana	6	50	26	30	50	12	1 ^E ,15 ^M	26
Uruguay	13	70	52-104	a	100	12	a	
Venezuela	a	50-66,6	52	a	66,6	12	a	52
Caribe no latino								
Antigua y Barbuda	26	60		26	60	13	b	
Bahamas	40	60	26	50	60	13	b	
Barbados	13 ^c	66,6	26	30	100	12	b	
Belize	50	60	11	50	60	12		
Bermuda	h	h	h	h	h	h	c	
Dominica	13	60	26	26	60	12	b	
Grenada	a	60	26	30	60	12	b	
Guyana	50	60	26	15	60	13	b	
Jamaica	h	h	h	f	f	f	b	
San Cristóbal	26	60	26	39	60	13	b	
Santa Lucía	26	60	26	30	60	13	b	
San Vicente	26	60	26	30	60	13	b	
Trinidad y Tabago	10	66,6	52	10	60	13	b	

Fuente: Recopilación del autor basada en la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos, 1987.

E = enfermedad; M = maternidad.

^aLa única condición es tener cobertura y estar empleado actualmente.

^bNo proporcionado por el seguro social sino por el sistema nacional de salud o el sector de salud pública. Por lo general, el único requisito es ser residente (o ciudadano).

^cResidentes, con un período de espera de 39 semanas.

^dSistema antiguo. En el nuevo sistema, los asegurados pueden elegir con libertad al proveedor de servicios; las condiciones y los beneficios son muy diferentes entre los distintos proveedores.

^ePara los desempleados; no existen condiciones para los empleados.

^fPara el servicio doméstico solamente.

^gPara todo el tiempo necesario.

^hNo se dispone de este beneficio.

dad, exigiendo solo que la persona esté empleada; esto ocurre también en lo que respecta a los servicios de maternidad en cuatro países. Seis países requieren un período de calificación de solo cuatro a seis semanas para recibir permiso de enfermedad pagado. Además, en tres países, el permiso de enfermedad se paga a una tasa igual al 100% del sueldo y en dos países más, a una tasa del 90%; en diez países, el permiso de maternidad es igual al sueldo. Sin embargo, en el Caribe no latino, siempre hay un período de calificación que es de ordinario más largo, con una excepción para enfermedad, y el permiso pagado asciende como promedio a 60% del sueldo (dos países no otorgan este beneficio). Finalmente, en la mayor parte de la Región no existe un período de calificación para los beneficios médicos-hospitalarios.

Estas condiciones animan a los trabajadores a simular la enfermedad y a cobrar permisos pagados (problema declarado en varios países), aumentando notablemente los costos de este programa. En los países en los que las únicas condiciones son las de estar asegurado o haber hecho unos cuantos aportes, los evasores frecuentemente tienen acceso a tratamiento de atención de salud costoso mediante la simple inscripción o el pago de una pequeña suma, y dejando después de hacer sus contribuciones.

También debe recordarse que, en América Latina, las personas a cargo del asegurado (el cónyuge y los hijos y, en algunos países, los padres y hermanos también) tienen derecho a beneficios médicos-hospitalarios. Algunos países proporcionan, al menos hasta hace poco, beneficios costosos tales como lentes de contacto y ortodoncia, así como el costo del viaje y tratamiento en el extranjero cuando no se dispone en el país del tratamiento de atención de salud requerido (por ejemplo, en Ecuador, Perú, Costa Rica hasta 1982 y Colombia hasta 1986). En 1982, el costo de tratar a 131 asegurados del Perú en el extranjero fue de \$US5 millones, o \$US38,168 por persona (Mesa-Lago, 1989).

Los beneficios del seguro social generosos y desequilibrados en la Región han tenido un efecto demostrativo perverso, han contribuido a incrementar los costos, han impedido la universalización de la cobertura, han provocado desequilibrios actuariales y financieros y, con el tiempo, han llevado al deterioro de la calidad de la atención de salud. Beneficios privilegiados, financiados solo en parte por los asegurados, también han tenido un efecto regresivo sobre la distribución del ingreso. En los países pioneros, los programas privilegiados que proporcionan cobertura a los grupos de presión más poder-

rosos fueron al principio fáciles de financiar mediante subvenciones (pagadas directamente por el Estado), impuestos especiales y/o incrementos en los precios, debido a que dichos grupos eran relativamente pequeños y el Estado podía transferir parte del financiamiento a otros grupos. Sin embargo, estos programas sirvieron como modelos que con el tiempo imitaron grupos más grandes menos privilegiados. Un sindicalismo creciente, combinado con intervención estatal (para influir en ciertos grupos) y concesiones por partidos políticos que competían por votos electorales, desempeñaron un papel clave en la llamada "masificación del privilegio" (es decir, la expansión paulatina de algunos beneficios y condiciones de habilitación generosos a un número creciente de asegurados). Pero, lo que era financieramente viable para una minoría de asegurados (aunque injustificable bajo el punto de vista de la equidad) no podía funcionar, a la larga, para la masa de asegurados (Mesa-Lago, 1978).

Altos costos administrativos

Los gastos administrativos para la seguridad social en América Latina figuran entre los más elevados del mundo. Debido a que no hay datos estadísticos desagregados sobre costos y empleo en los programas de salud, la primera columna de cifras en el Cuadro 26 se refiere a todos los programas de la seguridad social; sin embargo, el programa de enfermedad-maternidad es el que tiene los costos administrativos más altos. En 1983-1986, los porcentajes de desembolsos administrativos sobre los gastos totales en América Latina y el Caribe fueron los siguientes: 3 a 5,9% en la Argentina, Barbados, Costa Rica y Uruguay; 6 a 8,9% en Brasil, Panamá y Chile; 9 a 11,9% en el Perú, Colombia y Guatemala; 12 a 14,9% en Jamaica, El Salvador y Bolivia; 15 a 17,9% en México, Venezuela y Honduras; 19 a 22,9% en Bahamas, la República Dominicana y Ecuador; y 23 a 32% en Nicaragua y Trinidad y Tabago. Con muy pocas excepciones, estos porcentajes aumentaron en 1977-1980, pero en 1980-1983 solo experimentaron un aumento en la mitad de los países y se estancaron o descendieron en la otra mitad. En contraste con América Latina y el Caribe, el porcentaje de gastos administrativos de los países industrializados de América del Norte, Europa y Asia es mucho más bajo, de 2 a 4% (OIT, 1981, 1985a, 1988).

En los países en los que el seguro social se introdujo en fecha reciente (como en el Caribe no latino), un elevado porcentaje de gastos administrativos puede explicarse por la necesidad de un mínimo de personal, equipo y planta fí-

Cuadro 26. Indicadores de la eficiencia administrativa del seguro social^a en América Latina y el Caribe, 1980-1987.

Pais ^b	% de gastos administrativos sobre gastos totales (1983-1986)	Empleados por 1000 asegurados (1980-1987)
Argentina	3,4	n.d.
Bahamas	21,8	3,8
Barbados	5,0	2,4
Bolivia	14,5	6,7
Brasil	6,8	n.d.
Colombia	11,6	7,4
Costa Rica	5,0	13,0
Chile	8,2	n.d.
Ecuador	22,5	13,2
El Salvador	13,7	13,5
Guatemala	11,8	7,4
Honduras	17,8	n.d.
Jamaica	12,8	0,6
México	17,1-17,3 ^c	8,9-10,4 ^c
Nicaragua	28,0	4,5
Panamá	7,7	11,7
Perú	11,4	7,0-10,5 ^e
República Dominicana	22,0 ^f	20,5
Trinidad y Tabago	32,4 ^d	n.d.
Uruguay	5,4	n.d.
Venezuela	17,6	4,1

Fuente: Mesa-Lago, 1990.

^aIncluye las asignaciones familiares o programas para los funcionarios del servicio civil en siete países.

^bNo se dispone de datos para Cuba, Haití o Paraguay. En la mayor parte de los países, cobertura proporcionada por los seguros sociales solamente; otros países incluyen asignaciones familiares y/o pensiones para los funcionarios del servicio civil y/o pensiones no contributivas.

^cEn los dos fondos mayores (IMSS e ISSSTE); los datos del IMSS para 1985 provienen de Wilkie, 1989.

^d8,7% si se toman en cuenta todos los programas (inclusive los del bienestar social).

^eLa cifra más baja es la oficial y la cifra más alta es la ajustada en 1988 para corregir una estimación exagerada de la cobertura de población.

^f41% en 1988.

sica para operar el sistema, junto con costos bajos iniciales por concepto de beneficios; a medida que estos últimos aumentan, el costo proporcional de operación se reducirá en gran medida. Sin embargo, el Cuadro 26 presenta porcentajes divergentes entre los cuatro países del Caribe no latino y estas diferencias no pueden explicarse únicamente por el breve espacio de tiempo que el programa ha estado en operación, sino más bien por la frugalidad administrativa de un determinado país (5% en Barbados) o la prodigalidad de otro (22% en Bahamas).

En los países que tienen instituciones administrativas múltiples o una baja cobertura de la población, los porcentajes de gastos administrativos tienden a ser más elevados (por ejemplo, la República Dominicana, Ecuador, Honduras, Bolivia, Colombia) que en los países con cobertura universal que comenzaron relativamente

unificados y posteriormente emprendieron procesos de unificación y normalización (por ejemplo, la Argentina, Brasil, Costa Rica, Uruguay y Panamá). De ordinario, los gastos administrativos de instituciones privilegiadas son más elevados que los de la institución general; por ejemplo, en Bolivia, el Instituto del Petróleo emplea seis veces por asegurado la cantidad empleada por la institución general. En algunos países, la ley establece un porcentaje de costos administrativos, pero esta norma, más que limitar esos gastos, se convierte a menudo en un incentivo para gastar hasta llegar al tope permisible (Thullen, 1985; Schulthess, 1988).

Las economías de escala pueden reducir los costos, explicando de esta forma los gastos administrativos más bajos en los países industrializados (así como en los países de América Latina y el Caribe con los programas más grandes y más unificados). Sin embargo, Dinamarca, Irlanda y Noruega, todos ellos pequeños países industrializados, tienen porcentajes más bajos de gastos administrativos que los países en la Región, excepto Costa Rica (Mackenzie, 1988).

Costos de personal y medicinas cada vez más elevados

El personal representa el grueso de los gastos entre los costos administrativos; la segunda columna del Cuadro 26 mide la importancia en 15 países latinoamericanos y del Caribe mediante una razón de empleados por 1000 asegurados. En algunos países los porcentajes se han subestimado, porque los datos de personal excluyen a empleados temporeros, a los que podría corresponder un porcentaje notable del número total de empleados. Además, debido a que los datos de cobertura de la población se exageran a menudo, se subestima la razón de empleados por 1000 asegurados.

Las enormes burocracias de la República Dominicana, El Salvador y Ecuador, demostradas por las razones de 13,2 a 20,5 empleados por 1000 asegurados, pueden explicar los altos costos administrativos en estos países. Y sin embargo, aunque Costa Rica y Panamá tienen razones de 13,0 y 11,7, respectivamente, tienen porcentajes relativamente bajos de gastos administrativos, que podrían explicar los mejores servicios de salud y normas de salud más altas de esos países, junto con una mayor eficiencia en otros aspectos administrativos. Las razones para Bahamas (3,8), Barbados (2,4) y Jamaica (0,6) son las más bajas de la Región; a la relación más alta de Bahamas entre los tres países quizás se deban sus costos administrativos más altos.

En los presupuestos del seguro social y del

ministerio de salud, el rubro más elevado es siempre el de personal, en particular los médicos, que no solo tienen los sueldos más altos sino que gozan de beneficios marginales excepcionales obtenidos a menudo mediante huelgas. De ordinario, el personal del seguro social tiene una serie más alta de beneficios (por acuerdo colectivo) que el de los asegurados, y están exentos de contribuir al programa de enfermedad-maternidad. En algunos países, el excedente de médicos ejerce presión para ser contratado y realizar servicios que podrían prestarse mediante el uso de personal paramédico de sueldos más bajos. Los sueldos en el ministerio de salud son normalmente más bajos que en el seguro social. En Costa Rica, en 1982-1985, el costo de personal de la primera categoría descendió de 62 a 48% del presupuesto, mientras que en la segunda aumentó de 53 a 57%. En el Perú, el costo de personal en el seguro social aumentó de 38 a 50% en 1982-1985, mientras que en el Uruguay el costo correspondiente en el ministerio de salud descendió de 61 a 55% en 1983-1984 (DETEC, 1987; Acuña y colaboradores, 1987; Mesa-Lago, 1988b).

En algunos países, los programas de estabilización introducidos en la década de 1980 se han concentrado en sus burocracias demasiado grandes; "planes de emergencia" han congelado el empleo y promovido la jubilación antes de la edad prescrita. Por ejemplo, en Colombia, la razón de empleado-asegurado se redujo de 10,9 a 7,4 en 1975-1985, y en la Argentina, 36% de los empleados fueron despedidos entre 1980 y 1986 (Mesa-Lago y De Geyndt, 1987). Sin embargo, las presiones políticas y sociales son muy fuertes, y la reducción de una burocracia inflada es una tremenda tarea. Las instituciones de seguridad social se han convertido a menudo en una fuente principal de empleo que palia el desempleo manifiesto pero descuida su objetivo principal, que consiste en proporcionar cobertura a la población, especialmente a los necesitados, contra riesgos sociales.

El rubro siguiente más alto en los presupuestos de salud de América Latina y el Caribe es el de materiales y suministros: entre 22 y 34% en la Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y Uruguay en la década de 1980. En esta categoría, el desembolso más importante corresponde a las medicinas, cuyos costos han aumentado paulatinamente debido en parte a factores tales como la receta excesiva de medicamentos, una diversificación innecesaria, promociones de ventas que inducen a los usuarios a exigir marcas específicas y nuevos descubrimientos que hacen obsoletas las existencias

actuales (Asociación Internacional de Seguridad Social, 1982).

Ineficiencias en los hospitales

La falta de integración o, al menos, de coordinación entre los distintos proveedores de los servicios de salud, en particular entre el seguro social y el ministerio de salud, promueven duplicación de plantas físicas y equipo costoso, así como bajos porcentajes de ocupación de los hospitales. Por ejemplo, en Sucre, Bolivia, en 1986, el hospital del seguro social tenía una ocupación de 30% y, en las proximidades, había un hospital de los ferrocarriles con una ocupación del 15%. Los servicios de nivel primario y secundario están a menudo inadecuadamente dotados de personal y suministros; por tanto, los usuarios, en particular las consultas ambulatorias, se saltan estos niveles y van directamente a los hospitales terciarios (especializados), creando atascos y agotando los recursos de estos servicios más complejos. Nuevamente, una asignación más racional de los recursos (por ejemplo, una mayor inversión en el nivel primario) pudiera resolver o paliar estos problemas (Castellanos, 1985; OPS, 1978, 1981, 1987).

En el Cuadro 27 se comparan los promedios nacionales de ocupación de hospitales y la duración de permanencia entre 11 países latinoamericanos. Aunque las cifras son aproximadas y no siempre son comparables (por ejemplo, tratan de instituciones diferentes), demuestran que la

Cuadro 27. Indicadores de la eficiencia de los hospitales en determinados países de América Latina, 1979-1985.

País	Sector	Promedios nacionales de	
		% de ocupación de hospitales	Días de permanencia
Argentina (1980)	Público	60,6	7,5-26,9 ^e
Colombia ^a (1984)	Público	56,2	5,4
Costa Rica (1985)	Seguro	81,0	6,3
Cuba (1980)	Público	81,0	9,6
Chile (1985)	Ambos	75,3	8,5
Ecuador ^b (1979)	Ambos	58,0	8,2
México ^c (1982)	Seguro	67,0	4,6
Panamá (1984)	Ambos	67,0	7,0
Perú (1985)	Seguro	70,4	11,7
República Dominicana (1985)	Seguro	51,7	10,4
Uruguay ^d (1984)	Público	81,8	13,3

Fuente: Mesa-Lago, 1989.

^aEl sector del seguro social tenía promedios de 61% y 7,3.

^bDentro del seguro social, en 1981, los promedios fueron de 82,7% y 9,3.

^cIMSS; los promedios de ISSSTE fueron de 70% y 5,7.

^dMontevideo (excluye a los pacientes crónicos); fuera de Montevideo, los promedios fueron de 51,2% y 7,9.

^eVariación extrema entre provincias.

ocupación de los hospitales era de 60% o menos en tres países, de menos de 70% en seis países, y de más de 80% en solo tres. Además, con la excepción de Costa Rica, los países con la ocupación más alta también tienen un promedio anómalamente elevado de duración de permanencia. Si se redujera esta, el porcentaje de ocupación también descendería. Por ejemplo, el porcentaje de ocupación en Montevideo (81,8%) habría descendido a 41% si los días promedio de permanencia se hubieran reducido de 13,3 a 6,6; además, fuera de la ciudad capital, la ocupación fue como promedio de 51,2%, con días promedio aún elevados de permanencia de 7,9. Aunque es cierto que los hospitales de nivel terciario están concentrados en la ciudad capital y que algunos usuarios han de recorrer largas distancias y, en consecuencia, necesitan más días en el hospital para diagnóstico de atención postoperatoria, los días promedio de permanencia son aún demasiado elevados conforme a normas internacionales (Rodríguez Grossi, 1985).

Los promedios nacionales presentados en el Cuadro 27 encubren variaciones extremas entre las regiones y hospitales individuales. Por ejemplo, el promedio nacional de ocupación de hospitales del Ecuador fue de 58%, pero en siete de veinte provincias estuvo por debajo de 40%; el promedio nacional del Perú fue de 70%, pero en tres de ocho regiones estuvo por debajo de 50%. La baja cobertura de población en estos dos países hace que estas ineficiencias sean tanto más graves. La baja ocupación es de ordinario el resultado de una capacidad de hospital excesiva (a menudo hay dos hospitales, el del ministerio y del seguro social, en el mismo lugar), una mala calidad del hospital o barreras culturales que impiden el uso apropiado. Con mejor integración, planificación, asignación de recursos y educación se podrían superar la mayoría de estos problemas (Mesa-Lago, 1984, 1988c).

Otras ineficiencias gerenciales

En América Latina y el Caribe hay una tendencia universal hacia un uso creciente de las computadoras en el seguro social y la administración de salud, bien mediante propiedad o alquiler del equipo. De ordinario, la computadorización es considerada como una panacea para múltiples problemas, tales como evasión, demoras en los pagos y tramitación de los beneficios. Aunque esta actitud es positiva, persisten los problemas. Por ejemplo, la falta de personal calificado y de programas informáticos resulta a menudo en una grave subutilización del equipo de computadorización: en el Ecuador, en 1984,

equipo alquilado costoso se utilizó una vez por mes en el Departamento de Presupuestos, pero los cálculos se hacían manualmente y luego se introducían en la computadora solo para fines de impresión. Además, la computadorización solamente no puede resolver problemas que requieren acción de seguimiento; por ejemplo, a los archivos actualizados sobre los pagos de los empleados deberá seguir una actividad dinámica de cobro de las cuentas morosas.

Los datos de financiación se dividen a menudo entre varios departamentos —contabilidad, presupuestos, inversiones, tesorería— y o bien no se integran o están llenos de errores y contradicciones. Los presupuestos se construyen comúnmente por programa (tales como enfermedad-maternidad o pensiones), más que por función o categoría presupuestaria. Esto hace que la integración sea difícil o imposible, un problema que se ha exacerbado por transferencias obscuras dentro de los programas. En otros casos, los datos no se desagregan, haciendo que sea imposible evaluar el estado financiero de cada programa. En algunos países, las cuentas no proporcionan la base necesaria para establecer los vínculos entre las contribuciones y los pagos de los beneficios dentro de un programa. En unos cuantos países, los registros contables se han retrasado por períodos relativamente largos; Perú, por ejemplo, tiene registros para 1968-1978. En algunos casos, se ha contratado a consultores externos para estudiar problemas contables, y sus recomendaciones han sido ignoradas por una nueva administración que, a su vez, han contratado otros consultores para estudiar los mismos problemas.

En algunos países que tienen un sistema indirecto de atención de salud, los contratos con las instituciones privadas adolecen de falta de controles adecuados y han conducido a costos más elevados en los servicios debido a permanencias innecesariamente largas en los hospitales, prescripción de pruebas de laboratorio o cirugía innecesarias, receta de medicamentos excesivos y la aplicación de cargos por servicios no prestados realmente. Estas fallas se han estudiado en el Brasil y en el Perú.

En último lugar, aunque no de la menor importancia, figuran la corrupción y las irregularidades en la administración. En el Perú, una comisión del Congreso que investigó la seguridad social en 1973-1982 documentó casos de fraude, actividades ilegales y negligencia. En Panamá, el seguro social perdió \$US40 millones al principio de la década de 1980, debido a la operación fraudulenta de sus programas de vivienda. En

la República Dominicana, 40% de los servicios de salud del seguro social en 1986 fueron proporcionados ilegalmente a pacientes no asegurados que tenían buenas relaciones políticas, y otro 10 a 15% de los pacientes fueron tratados por "interés científico" (McGreevey y colaboradores, 1984; Mesa-Lago, 1984, 1985a, 1986b, 1987a, 1988a; Rezende y colaboradores, 1982; La Forgia, 1990).

Resumen de los costos crecientes de la atención de salud y sus efectos sobre los pobres

A pesar de sus graves deficiencias, los datos disponibles indican que los desembolsos totales en la atención de salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe son relativamente elevados conforme a las normas internacionales: son los más elevados en el Tercer Mundo y, en algunos casos, se aproximan a los de los países desarrollados. Los gastos en la atención de salud están aumentando pero, dentro del seguro social, la porción del programa de enfermedad-maternidad sobre el desembolso total por concepto de beneficios está reduciéndose (a medida que aumenta la proporción de las pensiones), con consecuencias negativas para la estabilidad de ese programa y para el seguro social en general.

Las causas de estos incrementos en los costos de la atención de salud son tanto externas como internas. En los países más desarrollados, una población cada vez más anciana y un perfil epidemiológico similar al de los países desarrollados han incrementado los costos; en los países menos desarrollados, una población joven y creciente, junto con una mala asignación de los recursos de salud (no destinada a las "enfermedades del subdesarrollo"), ha resultado en costos relativamente más elevados mientras que no se han reducido notablemente las tasas de mortalidad y morbilidad. Otra causa es la preferencia abrumadora (en particular en el seguro social) de la medicina curativa de costo elevado, orientada a menudo a una minoría de la población, frente a la medicina preventiva de bajo costo que podría beneficiar a la mayoría y

ser más eficiente en mejorar las normas de salud a largo plazo. La ampliación de la cobertura de la población aumenta los costos, debido a que se incorporan los grupos de ingresos más bajos, estos pagan contribuciones menores y utilizan más los servicios de salud. Los beneficios y las condiciones de habilitación del programa del seguro de enfermedad-maternidad en América Latina (no tanto en el Caribe no latino) son excesivamente generosos y costosos, y a menudo fomentan simulación de enfermedad para cobrar permiso pagado, tienen un efecto demostrativo perverso y contribuyen a desequilibrios financieros. Los gastos administrativos de los programas de salud del seguro social figuran entre los más elevados del mundo, muy por encima de los de los países industrializados. Una importante razón para esto es el excesivo personal con sueldos y beneficios marginales relativamente altos. Una inflación cada vez mayor, especialmente desde la década de 1980, ha incrementado los costos de personal, suministros médicos y medicamentos. El gran número de proveedores de atención de salud (principalmente en el seguro social y en el ministerio de salud) y la falta de integración/coordinación promueven duplicación de la planta física y del equipo y una baja ocupación de hospitales, mientras que la duración promedio de permanencia es anómalamente alta. Otras causas de los costos crecientes son las ineficiencias gerenciales y la corrupción.

El modelo actual de atención de salud en América Latina es sumamente costoso, ineficaz e injusto. Debido a sus costos altos y crecientes, en la mayoría de los casos este modelo no puede ampliar la cobertura y una protección eficaz a los pobres. En realidad, el costo elevado del modelo se ha interpuesto a la universalización de la cobertura. Incluso en los pocos países que han logrado dicha universalización, costos crecientes de atención de salud amenazan con cancelar el progreso realizado y pueden con el tiempo producir un descenso en la calidad de la atención. Es evidente que se necesita una reforma urgente y global del modelo actual para reducir sus costos, aumentar su eficiencia y viabilidad financiera y permitirle ampliar su cobertura a toda la población, incluidos los pobres.

Esta página dejada en blanco al propósito.

4.

CINCO ESTUDIOS DE CASO

Esta página dejada en blanco al propósito.

LA SELECCIÓN DE LOS PAÍSES

Se seleccionaron cinco países para un análisis a fondo de la protección de atención de salud para los pobres: Costa Rica, México, Perú, la República Dominicana y Uruguay. Los países se seleccionaron de forma que pudiese disponerse de ejemplos representativos de la Región; en su inclusión se siguieron cuatro criterios: tamaño y ubicación geográfica del país; nivel de desarrollo económico y social (este último con énfasis en los niveles de salud); incidencia de la pobreza y dimensión del sector informal y el sector tradicional-rural; cobertura de salud del seguro social y existencia o inexistencia de programas especiales para protección de los pobres (véase el Cuadro 28).

Los cinco países se clasificaron de los mejores a los peores tomando como base 16 variables en el cuadro, tales como la menor extensión territorial y población, el mayor nivel de desarrollo, la menor incidencia de la pobreza, los sectores informal-tradicional-rural más pequeños, la mayor cobertura del seguro social y los mejores programas especiales. Uruguay y Costa Rica estuvieron empatados en la clasificación más alta, México ocupó el lugar intermedio, y Perú y la República Dominicana ocuparon ambos los lugares más bajos. Dado que Uruguay tiene programas de asistencia social más antiguos que Costa Rica y que Perú tiene programas más antiguos que la República Dominicana, decidimos presentar el análisis de los cinco países en ese orden, sin pretender efectuar una clasificación de su cobertura de atención de salud de los pobres.

Uruguay, país pequeño de Sudamérica, tanto en extensión territorial como en población, tiene el PIB por persona y la relación de urbanización más elevados y ocupa el segundo lugar en los niveles de salud más altos de los cinco países. Entre ellos, Uruguay tiene la menor incidencia de pobreza, el sector rural tradicional más redu-

cido y, en tamaño, el tercer sector informal. La cobertura de salud del seguro social, tanto legal como estadísticamente (excepto en lo que respecta a la cobertura de la población en su conjunto), ocupa el segundo lugar entre las mejores, pero no existe un programa especial de salud para proteger a los pobres.

Costa Rica es un país centroamericano pequeño tanto en extensión territorial como en población. Ocupa el tercer lugar entre los países con el PIB más elevado por persona y los niveles de salud más altos entre los cinco países seleccionados. Es el país menos urbanizado de los cinco, lo que explica en parte el nivel informal más reducido. A pesar de tener la mayor población rural, ocupa el segundo lugar en cuanto al sector rural tradicional más pequeño, y su incidencia de pobreza es la segunda más baja. La cobertura de salud legal del seguro social es la mejor para el sector rural y mayor que la del Uruguay para el sector informal debido a que incluye a los trabajadores autónomos. Por último, tiene un programa de asistencia social integral del seguro social que protege a los "indigentes", la cobertura estadística del sector informal y general más elevada por el seguro social y la tercera más alta para el sector rural; sin embargo, si se añade la cobertura por el Ministerio de Salud y los programas para los indigentes, su cobertura rural también ocupa el primer lugar.

México, localizado en América del Norte, es uno de los países más grandes de la Región, en extensión territorial y en población, y el mayor de los cinco considerados en el estudio. Tiene, en importancia, el segundo PIB por persona y ocupa también el segundo lugar en cuanto al grado de urbanización, pero es el tercero en los niveles de salud, incidencia de la pobreza, dimensión del sector rural tradicional (tiene el segundo sector informal más grande) y en cobertura legal del seguro social. Sin embargo, ocupa el segundo lugar entre los países con mejor cobertura general del seguro social y el primero en

Cuadro 28. Características de los cinco países seleccionados como casos de estudio, 1986–1988.

País	Area (miles de km ²)	PIB p/c (dólar \$US)	Mortali- dad in- fantil (x1000)	Expec- tativa de vida (años)	Población			% de la población en pobreza			% de la PEA, 1980, en el:		Cobertura del seguro social sobre la salud			Programa especial de salud de protección para los pobres		
					Total (millones)	Urbana (%)	Rural (%)	Total	Urbana	Rural	Sector infor- mal ^a	Sector rural tradi- cional	Legal ^b		Estadística ^c			
													Informal	Rural	Pobla- ción		Infor- mal	Rural
Uruguay	176	2470	24	71	3,1	89	11	20	19	29	19,0	8,0	Obligatorio (parcialmente)	Obligatorio	57,7	53,3	55,2	Ninguno salvo el de salud pública
Costa Rica	51	1690	18	75	2,7	45	55	27	24	30	12,4	14,8	Mixto	Obligatorio	83,1	100,0	48,8 ^f	Beneficio social para los indigentes
México	1973	1760	46	69	83,7	71	29	37	30	51	22,0	18,4	Voluntario	Mixto	64,8 ^a	0,8	56,0 ^e	Atención primaria de salud para los campesinos
Perú	1285	1300	86	62	20,7	69	31	60	52	72	23,8	32,0	Mixto	Voluntario	19,3	4,0	5,5	Ninguno salvo el de salud pública
Rep. Dominicana	49	720	65	66	6,9	59	41	49 ^d	48 ^d	54 ^d	16,0	24,6	Ninguno	Ninguno	4,2	0,0	0,0	Ninguno salvo el de salud pública

Fuentes: Recopilación del autor basada en: NU/CEPALC/PNUD, 1980; CEPALC, 1990; Banco Mundial, 1990; Mesa-Lago, 1990a; y Cuadros 2, 5, 7, 8, 9 y 12 de este estudio.

^aClasificación de PREALC, 1980; las estimaciones del autor para mediados de la década de 1980 (excluyendo a los asalariados) proporcionan porcentajes mucho más elevados: 21,6% en Costa Rica, 30,9% en México, y 61,9% en Perú.

^bCobertura de la población conforme a la ley pero no necesariamente efectiva. La columna "Informal" se refiere a los trabajadores autónomos y a los del servicio doméstico. "Mixto" significa que algunos tienen cobertura obligatoria (los trabajadores del servicio doméstico en Uruguay, Costa Rica y Perú) y algunos, cobertura voluntaria (los trabajadores autónomos en Costa Rica, México y Perú) o no tienen cobertura (en Uruguay, los trabajadores autónomos sin un lugar fijo de trabajo). Excluye a los trabajadores familiares no remunerados y a los asalariados. La columna "Rural" se refiere básicamente a los trabajadores asalariados en el sector agrícola; los trabajadores rurales autónomos se someten a las reglas de la columna "Informal".

^cPorcentaje de la población que se acoge al programa de maternidad-enfermedad del seguro social de acuerdo con las estadísticas oficiales; excluye la cobertura por el sector de salud pública; en Uruguay, incluye a las instituciones colectivas de ayuda médica. La primera columna se refiere a la población total (incluye a los trabajadores y personas a su cargo); la columna "Informal" se refiere a los trabajadores autónomos con la única excepción de Uruguay que incluye también a los empleadores. La columna "Rural" se refiere a la mano de obra agrícola.

^dNo proviene de la serie de la CEPALC sino de varias estimaciones aproximadas.

^eIncluye a COPLAMAR.

^fSi se añade la cobertura efectiva por el Ministerio de Salud, el porcentaje aumenta a 56,9%.

cobertura del sector rural, debido a un programa especial de atención de salud para los campesinos.

Perú es uno de los países más grandes de Sudamérica, tanto en territorio como en población. Entre los cinco países seleccionados es el segundo en tamaño, ocupa el cuarto lugar en cuanto a PIB por persona y a urbanización, pero tiene los peores niveles de salud y la incidencia más alta de pobreza y el mayor sector informal y sectores rurales tradicionales. Su programa de salud del seguro social es el cuarto en cobertura legal y estadística, y no tiene un programa especial para proteger a los pobres.

La República Dominicana es un país pequeño del Caribe; es el más pequeño en territorio y

ocupa el tercer lugar entre los cinco países seleccionados en cuanto al tamaño de la población. Tiene uno de los PIB más bajos por persona en la Región y el más bajo de los cinco estudios de caso; entre ellos, ocupa el cuarto lugar en urbanización y niveles de salud. En cuanto a la incidencia de la pobreza, probablemente ocupe el segundo lugar más alto entre los cinco casos, pero no existen datos comparables. Ocupa el segundo lugar más alto en cuanto al sector rural tradicional pero el segundo lugar más bajo en lo que respecta al sector informal. El programa de salud del seguro social tiene la peor cobertura legal y estadística, y el país carece de un programa especial para protección de los pobres.

URUGUAY

LA POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS

En la encuesta de 1986 realizada por la CEPALC sobre la pobreza en diez países latinoamericanos, Uruguay ocupó el segundo lugar entre los países con la incidencia más baja de pobreza en la población total (después de la Argentina): nacional 20%, urbana 19% y rural 29% (véase el Cuadro 2). En 1981-1986, la incidencia nacional de la pobreza (familias) aumentó probablemente de 11 a 15%; para la población en total, la incidencia de la pobreza parece haber aumentado de 15 a 20%. No existen datos para 1970, excepto para las familias urbanas (véase a continuación). El número de pobres aumentó en 45% en el mismo período; en 1986, había 608 500 pobres en el Uruguay (una cuarta parte de ellos indigentes); 82% vivían en zonas urbanas y 18% en zonas rurales (CEPALC, 1990).

Conforme a las políticas neoconservadoras del gobierno militar, la economía del país creció a una tasa anual moderada de 4,2% en 1974-1981, pero con costos sociales importantes: el salario promedio real descendió en 45% en el período y las pensiones disminuyeron en una proporción análoga; el desempleo manifiesto aumentó, alcanzando una cota máxima en 1976 con 12,8% (pero descendió a 6,7% en 1981); los desembolsos sociales públicos se redujeron y la distribución del ingreso se hizo más regresiva, y

la inflación alcanzó un promedio de 63% en el período (aunque descendió a 29% en 1981). La crisis económica, la peor en la historia del país, dejó sentir sus duros efectos en 1982 y continuó hasta 1984, inclusive: el PIB descendió en 17% en el período, el salario real descendió en un 28% más (las pensiones reales descendieron en 31%), el desempleo alcanzó una cifra récord de 15,5% en 1983 (más un 15% de subempleo); el sector informal experimentó una expansión, y la inflación aumentó de nuevo en 1984 a 66%.

El restablecimiento de la democracia en 1985 trajo consigo nuevas políticas que trataron de contrarrestar algunas de las pérdidas en los salarios, estimular el crecimiento y el empleo y estabilizar la economía. Tuvieron éxito en gran medida: el crecimiento del PIB aumentó en 13% en 1986-1987 (pero se estancó en 1988-1989), los salarios reales casi se recuperaron hasta alcanzar el nivel de 1981 y el desempleo manifiesto descendió paulatinamente a 9,2% en 1989 (el subempleo descendió a 7,5% en 1987). Sin embargo, la inflación alcanzó una cifra máxima de 83% en 1985 y, aunque se redujo algo en 1986-1988, volvió al nivel de 1985 en 1989 (Cobas, 1986; Giral y colaboradores, 1986; Davrieux, 1987; CEPALC, 1989).

Dadas estas tendencias económicas, no es arriesgado suponer que la pobreza alcanzó la cota máxima en el Uruguay en la fecha de la crisis (1982-1984) y descendió con la vigorosa recuperación económica de 1986-1987. Por tanto, las encuestas de la CEPALC midieron la pobreza en el año anterior a la crisis (1981) y en el primer año de fuerte crecimiento (1986), y no incluyeron el nivel máximo de pobreza entre ambas fechas.

Un estudio sobre la pobreza realizado en el Uruguay por la División de Estadística y Censos (DGEC) en cooperación con la CEPALC, proporciona información para 1984 (hacia el final de la crisis) y 1986, pero utilizó una metodología diferente que las encuestas de la CEPALC y los

resultados preliminares se limitaron a Montevideo, la ciudad capital. El estudio combinó dos dimensiones: el ingreso (medido por la línea de pobreza) y la no satisfacción de las necesidades básicas (medida por indicadores sobre educación, vivienda, agua y alcantarillado y dimensión de la familia). Lamentablemente, los indicadores de salud y nutrición no se incluyeron debido a que dichos datos estaban ausentes en el censo de 1985. De la combinación de las dos dimensiones resultaron cuatro grupos de hogares: pobres crónicos (aquellos que están por debajo de la línea de pobreza y que también tienen deficiencia al menos en un indicador); pobres circunstanciales o recientes (quienes han descendido por debajo de la línea de pobreza pero que pueden aún satisfacer sus necesidades básicas); los no pobres con deficiencias inerciales (los que están por encima de la línea de pobreza pero no pueden satisfacer al menos una necesidad básica debido a problemas culturales configurados por una condición previa de pobreza); y los no pobres que satisficieron todas sus necesidades básicas. Las medidas que se analizarán posteriormente (aunque no son estrictamente comparables con la encuesta de la CEPALC), indican que la incidencia de la pobreza en 1984 fue mucho más elevada que en 1981, y que descendió en 1986 como resultado de un incremento en el empleo, los salarios reales y las pensiones (Dirección General de Estadística y Censos/CEPALC, 1989).

El sector urbano (informal)

Uruguay es el país más urbanizado, o el segundo entre los más urbanizados, de la Región (después de la Argentina). De acuerdo con el censo de 1985, 89,3% de la población era urbana; tomando como base los datos del Banco Mundial, 85% era urbana en 1988. El proceso de urbanización fue rápido: para 1965, 81% de la población era ya urbana. En 1985, 44% de la población total vivía en Montevideo, 45% en otras zonas urbanas y 11% en zonas rurales (DGEC, 1989a; Banco Mundial, 1990).

De acuerdo con la CEPALC, la incidencia de la pobreza urbana (familias) descendió ligeramente de 10% en 1970 a 9% en 1981 (el año antes de la crisis), pero había aumentado a 14% en 1986 (el primer año de la recuperación). Los datos sobre la población total indican una incidencia de la pobreza de 12,8% en 1981 y de 19,3% en 1986 para todas las zonas urbanas; de 8,8% y 13,4%, respectivamente, para Montevideo. Aproximadamente una cuarta parte de los

pobres de las zonas urbanas eran indigentes; la incidencia de la indigencia urbana aumentó de 3,3 a 4,3% entre 1981 y 1986, y de 2 a 2,6% en Montevideo (CEPALC, 1990).

El citado estudio de la DGEC estimó una incidencia de la pobreza en las familias de Montevideo de 20,5% en 1984, que descendió a 16,4% en 1986; la proporción de familias que no satisficieron al menos una necesidad básica descendió de 11,1 a 10,2% en el mismo período. Nuevamente, estas cifras no son estrictamente comparables con las de la encuesta de la CEPALC, pero indican que el nivel máximo en la pobreza se alcanzó durante la crisis, que la incidencia de la pobreza descendió en 1986 y que la incidencia de la pobreza en 1986 (al menos en Montevideo) fue más elevada que la estimada en la encuesta de la CEPALC. Este estudio distribuyó la población en 1984 de la manera siguiente: pobres crónicos, 7,5%; pobres recientes, 13% (estos dos grupos combinados resultan en la incidencia de pobreza estimada de 20,5%); no pobres con deficiencia inercial, 3,6%; y no pobres que satisficieron todas las necesidades básicas, 76%. En 1986, la distribución correspondiente fue de 6,7, 9,7, 3,5 y 80,2%. Estas últimas cifras indican un incremento notable en los no pobres; un descenso importante en los pobres recientes (estos dos grupos se beneficiaron de la recuperación económica); un descenso pequeño en los pobres crónicos (el efecto de la recuperación en este grupo fue marginal); y casi ningún cambio en los no pobres con deficiencia inercial. A pesar de la recuperación económica, este último grupo no mejoró la satisfacción de sus necesidades básicas (DGEC/CEPALC, 1989).

Como porcentaje de la población económicamente activa, el sector informal creció poco en 1960-1970, de 15,6 a 16,8%, pero luego pasó a 19% en 1980 (PREALC, 1982). En ese año, el Uruguay ocupó el octavo lugar entre los países latinoamericanos con el mayor sector informal, colocando su magnitud ligeramente por encima de la media regional (Cuadro 8). Todos los expertos convienen en que, durante la crisis de la década de 1980, el sector informal creció debido al incremento en el desempleo manifiesto y en el subempleo. Una encuesta por hogares realizada en 1984 que abarcó a 65% de la zona metropolitana fue realizada en las vecindades de las clases trabajadoras de Montevideo y estimó que 69,5% de los cabezas de familia estaban empleados en el sector formal (65,8% con dedicación exclusiva y 3,7% con dedicación parcial) y 30,5% estaban empleados a tiempo completo en el sector informal (20,1% eran trabajadores y 10,4% eran empleadores con al menos un empleado).

El porcentaje de los individuos empleados en el sector informal fue ligeramente menor: 28,4% (21,9% trabajadores y 6,5% empleadores).

La encuesta se concentró en las vecindades de las clases trabajadoras, por lo que podemos suponer que, si se hubieran incluido todas las zonas de la ciudad, la proporción dedicada al sector informal habría sido algo menor. Las estimaciones de PREALC para 1980, que incluyen todas las zonas urbanas y por tanto no son estrictamente comparables, dan a Montevideo 44% de la población total y la mitad, aproximadamente, de la población urbana. Con estas salvedades, la encuesta de 1984 indica un incremento en el sector informal de 19% para todas las zonas urbanas en 1980 a 28,4% en las zonas de las clases trabajadoras de la ciudad capital en 1984, aun durante la crisis. La encuesta también detectó un incremento en el sector informal (de 5 a 10 puntos porcentuales, según la estimación) en la población de la encuesta entre 1980 y 1984 (Portes, Blitzer y Curtis, 1986).

Los datos de PREALC (1982) indican que el porcentaje de los trabajadores asalariados en la población económicamente activa aumentó de 76,4% en 1970 a 79,6% en 1979, mientras que el porcentaje combinado de trabajadores autónomos, empleadores y trabajadores familiares no remunerados descendió de 20,8 a 18,1%. No se dispone de datos de PREALC comparables para la década de 1980, pero el censo de 1985 declaró que la población económicamente activa asalariada era de 70,8% (un descenso frente a la de 1979) y la no asalariada, de 27,3% (un aumento en más de 9 puntos porcentuales desde 1979, otra indicación de un sector informal en crecimiento en la década de 1980). La vigorosa recuperación económica de 1986-1987, que no redujo la incidencia de la pobreza, puede no haber reducido el crecimiento del sector informal: en 1985, la población económicamente activa urbana no asalariada era de 21,9%, pero había aumentado a 24,1% en 1987; el empleo autónomo aumentó de 16 a 18% en el mismo período y los trabajadores familiares no remunerados aumentaron de 1 a 2% (DGEC, 1989, 1989a).

Las características del sector informal de Montevideo se han obtenido de la encuesta de 1984. Las mujeres tienen una probabilidad casi del doble que los hombres de estar empleadas como trabajadoras en el sector informal, pero solo una tercera parte de la probabilidad de ser empleadoras en dicho sector. Al contrario de lo que indican los resultados obtenidos en otros países de América Latina y el Caribe, la edad promedio de los empleados en el sector informal fue de

tres años más que la de los empleados en el sector formal. Entre 75 y 79% de los trabajadores informales no tenían formación elemental y secundaria, en comparación con 28-30% entre los trabajadores formales. La distribución del empleo informal por categoría ocupacional fue la siguiente: 47% eran trabajadores autónomos; 36%, trabajadores asalariados; y 8%, trabajadores familiares no remunerados y otros. Por rama económica, 39% de los trabajadores informales estaban ocupados en servicios personales; 30% en el comercio y hoteles; 20% en la construcción y las manufacturas, y el 11% restante en otras actividades. Los empleadores informales estaban concentrados en hoteles y el comercio (33%), las manufacturas (21%) y los servicios personales (17%). Los ingresos percibidos por los trabajadores informales ascendían a la mitad de los ingresos promedio percibidos por los trabajadores formales, pero los ingresos de los empleadores informales eran al menos dos veces más elevados que los de los trabajadores formales (Portes, Blitzer y Curtis, 1986; Fortuna y Prates, 1989).

El censo de 1985 no recopiló información sobre el estado de salud de la población, solo sobre las condiciones de vivienda sanitaria. Únicamente 3,3% de las viviendas urbanas carecían de agua por tubería o de pozo en 1985, 2,5% no tenían inodoro y 5,5% no tenían ni inodoro ni letrina (DGEC, 1989). Un estudio realizado en 1975 demostró que las tasas de mortalidad infantil estaban universalmente correlacionadas con mejores instalaciones de agua potable y evacuación de excretas. Por ejemplo, en Montevideo la población con acceso a tuberías interiores e inodoros tenía tasas de mortalidad infantil de 34,5 y 35,7 por 1000 nacidos vivos, pero las tasas aumentaron a 64,8 y 71,8 en la población que carecía de instalaciones. El estudio de 1984 por la DGEC sobre la pobreza constató que, en Montevideo, 63% de los hogares que carecían de agua por tubería o de pozo y 72% de los que carecían de inodoros o letrinas eran pobres; las proporciones para otras zonas urbanas fueron de 68 y 80%, respectivamente (DGEC/CEPALC, 1989).

Los autores de la encuesta de 1984 del sector informal de Montevideo especularon que 30% de la población económicamente activa empleada (principalmente trabajadores asalariados), en virtud de trabajar en el sector informal, probablemente carecieran de protección del seguro social, aunque legalmente tenían derecho a dicho seguro. Y con todo, la encuesta halló que solo 6% de los cabezas de familia que tenían puestos de trabajo abarcados por el seguro so-

cial carecían de acceso real a los servicios de salud y maternidad. El propietario de una fábrica de calzado que empleaba a trabajadores en sus hogares declaró que él no proporcionaba a sus empleados cobertura del seguro social para ahorrar impuestos y reducir costos (Portes, Blitzer y Curtis, 1986; Fortuna y Prates, 1989).

El sector rural

La población rural del Uruguay en 1985 ascendía solo a 10,7% de la población total. En 1986, 17,7% de todos los pobres residían en zonas rurales, así como 28% de todos los indigentes; la incidencia de pobreza rural era de 28,7% y la incidencia de la indigencia, de 11,6%, en comparación con incidencias respectivas de 19,3 y 4,3% en las zonas urbanas (13,4% y 2,6% en Montevideo). Por tanto, aun cuando en términos absolutos la pobreza se concentró en las zonas urbanas (principalmente fuera de Montevideo), la diminuta zona rural sufrió proporcionalmente más pobreza. En 1980, el sector rural tradicional del Uruguay era el más pequeño de América Latina, después del de la Argentina. Datos recientes sobre la distribución del ingreso estuvieron limitados a la zona urbana, impidiendo cualquier comparación de la distribución del ingreso con la zona rural (CEPALC, 1990).

Los niveles de vida en el Uruguay figuran entre los más altos de la Región y las diferencias en dichos niveles entre las zonas urbanas y rurales, aunque importantes, son pequeñas en comparación con las de otros países de América Latina y el Caribe. A continuación se presentan los promedios rurales comparados con los promedios urbanos (en paréntesis): analfabetismo, 8,2% (3,7%); falta de educación formal, 8,1% (4,3%); viviendas sin agua por tuberías o de pozo, 28,6% (3,3%); y viviendas sin instalaciones sanitarias para evacuación de excretas, 14,3% (2,5%) (DGE, 1989). El estudio de 1984 sobre la pobreza no proporciona datos sobre las condiciones sanitarias entre los segmentos pobres de la población en las zonas rurales.

Las diferencias en las instalaciones y normas de salud entre los departamentos son importantes, pero menos espectaculares que en otros países; sin embargo, estas diferencias parecieron acentuarse en la década de 1980. Los departamentos menos desarrollados tienden a tener los peores recursos de salud y niveles sanitarios. Por ejemplo, en 1984, Montevideo tenía 5,5 veces más médicos y dos veces más camas de hospital por habitante que el Departamento de Rivera; este último tenía la tasa más elevada de

mortalidad infantil, mientras que aquel tenía una de las más bajas. En 1983-1985, la gama en las tasas promedio de mortalidad infantil entre los 19 departamentos era de 21,1 a 34,6 (en Colonia y Rivera, respectivamente) con un intervalo de 13,5; en 1986 la gama se amplió a 14,8-44,8 (en Flores y Durazno) con un intervalo de 30,0 (Ministerio de Salud Pública, 1987).

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS (INFORMALES) Y RURALES

Estructura administrativa y cobertura legal

La estructura de atención de salud en el Uruguay es una de las más complejas de la Región y, aunque experimentó una unificación y normalización parcial a mediados de la década de 1970, sigue siendo un mosaico de numerosas instituciones y programas. Pueden distinguirse cuatro sectores: seguro social, sociedades de ayuda mutua y cooperativas, sector público y privado (Acuña y colaboradores, 1987; Saldaña, 1988; Mesa-Lago, 1989; Márquez, 1989).

El sector del seguro social es administrado actualmente por el Banco de Previsión Social (BPS) e incluye dos programas principales para los trabajadores privados asalariados: seguro social y atención de maternidad-infantil. Si bien el programa de pensiones del seguro social del Uruguay fue uno de los primeros de la Región, el seguro de enfermedad-maternidad surgió en fecha posterior (debido al vigoroso desarrollo inicial de las sociedades de ayuda mutua y cooperativas); cuando hizo su aparición, las dos ramas operaban por separado. La atención de maternidad e infantil fue introducida en 1958 como parte de los fondos de asignación familiar que proliferaron con rapidez, llegando a un total de al menos 16 para mediados de la década de 1970. El seguro de enfermedad también evolucionó de forma fragmentaria (con fondos independientes protegiendo a unas 16 ocupaciones); comenzó en 1948, pero no se amplió hasta 1960-1972. De 1973 a 1979, el gobierno militar intervino en todos los programas de asignación familiar y enfermedad-seguro, los unificó y normalizó y colocó cada una de las dos actividades como ramas separadas de la agencia estatal que se ocupa de los seguros sociales (maternidad

pasó a ser independiente de las asignaciones familiares) y que administra las ramas unificadas de pensiones y desempleo. En 1984-1986, la cobertura de enfermedad y maternidad se hizo legalmente obligatoria para todo el sector privado asalariado, incluyendo a los empleados del servicio doméstico (con algunas excepciones), los trabajadores rurales, los pequeños productores agrícolas, los propietarios de microempresas (con un empleado como máximo), los trabajadores en el hogar, los vendedores ambulantes de periódicos, los cónyuges de empleadores rurales que no contratan a más de dos empleados y los desempleados mientras reciben compensación del BPS. Los tres últimos grupos y la mayoría de los pensionistas del BPS tienen derecho a atención de maternidad-infantil, pero no a atención de enfermedad. La mayoría de estos grupos ocupacionales están constituidos por personas pobres, pero se excluyen otras ocupaciones con una alta incidencia de pobreza, tal como los trabajadores autónomos sin un lugar de trabajo fijo y los trabajadores familiares no remunerados (cuando no están protegidos como familiares a cargo del asegurado). Los empleados del sector público (incluidas las fuerzas armadas) están amparados por sus propias agencias; los empleados de la banca y los notarios públicos, así como los profesionales con títulos universitarios, también tienen programas independientes.

El seguro de enfermedad proporciona los beneficios siguientes a los asegurados: servicios preventivos, servicios curativos completos (médicos, hospitalización, medicinas) y rehabilitación (las únicas exclusiones son los tratamientos altamente especializados tales como los trasplantes de órganos y la diálisis) y permiso pagado por enfermedad y maternidad. El programa de maternidad-infantil proporciona cobertura a las trabajadoras aseguradas y a las trabajadoras no aseguradas cuyos niños son beneficiarios de asignaciones familiares; estos últimos también cuentan con cobertura. El programa proporciona atención de salud completa para las embarazadas y para los lactantes de hasta tres meses de edad; atención primaria de salud para los niños menores de seis años de edad; atención dental para los niños de hasta nueve años de edad; y tratamiento para malformaciones congénitas de la niñez hasta los 14 años de edad.

El BPS opera un hospital de maternidad y cinco clínicas, y todos salvo uno están situados en Montevideo; estas instalaciones tienen menos de 1% de todas las camas de hospital en el país. Todos los servicios de salud restantes

(incluyendo la atención de maternidad-infantil fuera de Montevideo) se proporcionan a través de Instituciones de Ayuda Médica Colectiva (IAMC). Los asegurados pueden afiliarse a una IAMC y pueden cambiar libremente de una a otra. El BPS cobra todos los aportes para el seguro de enfermedad (los servicios de maternidad-infantil son financiados por el Estado), reembolsa a las IAMC sobre una base per cápita y paga directamente los permisos de maternidad-enfermedad a los asegurados. Las IAMC también ofrecen cobertura complementaria en relación con la medicina curativa a los lactantes después de los tres meses de edad, así como a los cónyuges no asegurados para tratamientos distintos del de maternidad (Banco de Previsión Social, 1989).

El sector de las IAMC está integrado por unas 50 sociedades de ayuda mutua y cooperativas de médicos similares a las organizaciones de mantenimiento de la salud; las IAMC ofrecen diferentes planes, pero todas han de proporcionar servicio de prevención, atención hospitalizada y ambulatoria y servicio de diagnóstico y rehabilitación sujetos a normas mínimas establecidas por el Ministerio de Salud Pública. Operan 17%, aproximadamente, de todas las camas de hospital, principalmente en clínicas. Las IAMC proporcionan cobertura a todos los asegurados por el BPS (salvo los amparados por acuerdos laborales colectivos) quienes, además de sus aportes mensuales al BPS, han de efectuar pagos de usuarios a las IAMC. Estas últimas también proporcionan atención para los miembros voluntarios no asegurados que sufragan el gasto completo de los servicios, y para los empleados públicos.

El sector público está representado principalmente por el Ministerio de Salud Pública, que está a cargo de todos los asegurados que son ciudadanos o residentes durante un año y que carecen de medios económicos. Quienes pasan la prueba de medios económicos reciben atención gratuita (72% en 1983); el resto paga cuotas que oscilan entre 20 y 100% del costo del servicio, según su ingreso. La mayoría de las instalaciones de salud en Uruguay son operadas por el Ministerio de Salud Pública, entre ellas 60 hospitales y 200 clínicas y centros de salud (63% de todas las camas de hospital); en los lugares en los que las IAMC carecen de instalaciones, los asegurados pueden utilizar las instalaciones del Ministerio. El Hospital Universitario de Montevideo también cae dentro del sector público; opera 5% de las camas de hospital y proporciona atención especializada, de tercer nivel, gratuita para los pobres. Muchos de los 19 de-

partamentos del país operan sus propias clínicas y centros de salud, concentrándose en la atención primaria y atendiendo a los pobres.

Hay otras instituciones de atención de salud en el sector público, pero fundamentalmente no protegen a los pobres —el sector militar y la policía tienen un hospital cada uno en Montevideo (3% de todas las camas de hospital) que proporcionan cobertura a estos dos grupos y sus familias y pensionistas; algunas instituciones autónomas operan sus propios servicios o contratan a las IAMC para proporcionar cobertura a sus empleados; y el Banco de Previsión del Estado administra el programa de lesiones en el empleo (que prácticamente excluye a todos los pobres) y tiene un hospital especializado en Montevideo. Tal como se ha dicho, los empleados del servicio civil disponen de cobertura a través de sus agencias; la mayoría de estos empleados probablemente estén afiliados a una IAMC o utilicen instalaciones privadas.

El sector privado incluye a las instituciones de medicina altamente especializadas que reciben algún financiamiento del gobierno y proporcionan servicio de hospitalización muy técnico para los afiliados del BPS-IAMC. Unas 60 empresas grandes han firmado acuerdos colectivos con los sindicatos, proporcionando cobertura a sus empleados (unos 60 000, que perciben sueldos por encima del promedio nacional) con paquetes especiales de servicios de salud; por tanto, no están cubiertos por el BPS. Estas empresas carecen de instalaciones y contratan a las IAMC. Hay unos cuantos hospitales y clínicas privados y la mayoría de sus servicios son contratados por las IAMC y las instituciones públicas; también proporcionan atención para un número reducido de individuos con ingresos elevados. El seguro de enfermedad y arreglos similares son un acontecimiento reciente y, hasta la fecha, tienen poco significado. El sector privado opera 10%, aproximadamente, de todas las camas de hospital en el país.

Esta yuxtaposición compleja de instituciones de salud es supervisada teóricamente por el Ministerio de Salud Pública. En 1985, una Ley de Salud Pública Básica encomendó al Ministerio el establecimiento de la política para el sector y la definición de las metas y estrategias programáticas, pero su autoridad sobre otros proveedores sigue siendo muy limitada (Márquez, 1989). En 1987, se creó la Administración de Servicio de Salud del Estado para coordinar los sectores público, del BPS y de las IAMC, pero se ha progresado poco hasta la fecha. El jefe del BPS considera que la integración es imposible en el Uruguay, pero que es factible cierto tipo de co-

ordinación, en particular entre el Ministerio y el BPS, si se realiza una planificación adecuada (Saldain, 1988).

En resumen, los segmentos pobres de la población del Uruguay (principalmente los trabajadores autónomos, los trabajadores familiares no remunerados, los trabajadores rurales estacionales, los desempleados que no reciben beneficio, etc.) tienen derecho legalmente a cobertura por el Ministerio de Salud, el Hospital Universitario y los servicios departamentales. La porción de los pobres que están asegurados en el BPS (por ejemplo, empleados del servicio doméstico, trabajadores rurales y pequeños productores, propietarios de microempresas urbanas) son atendidos por las IAMC y las propias instalaciones de servicio de maternidad-infantil del BPS. Estas últimas también proporcionan cobertura a otros grupos de amas de casa y vendedores ambulantes de periódicos.

Cobertura estadística

Dado el nivel de desarrollo del Uruguay y la tradición del país de estado de asistencia social y pionero del seguro social en el Hemisferio Occidental, deberían esperarse datos estadísticos adecuados sobre la cobertura de atención de salud de la población. Sin embargo, debido a la existencia de numerosas instituciones y programas y a la falta de una institución central fuerte, no es esto lo que ocurre.

En el Cuadro 29 se proporcionan estimaciones aproximadas de la cobertura. Los datos más exactos en el cuadro son los correspondientes a los asegurados en el BPS y los correspondientes a los afiliados a las IAMC; existe una serie estadística para ambas categorías. Las cifras del BPS corresponden principalmente a los asegurados en el programa de enfermedad; además, hay un pequeño número (que desciende de 20 000 en 1981 a 11 500 en 1987) de embarazadas y lactantes amparados por el programa de maternidad-infantil. Las cifras de las IAMC constituyen una substracción de los afiliados asegurados en el BPS del número total de afiliados a las IAMC; las cifras en la columna 3 constituyen, por tanto, los afiliados de las instituciones públicas o individuos. (Hasta 1980, las IAMC recopilaban información sobre las características de los afiliados, pero han dejado de hacerlo.)

La cobertura del Ministerio de Salud Pública es especulativa, ya que no se dispone de series estadísticas, solo de estimaciones muy aproxi-

Cuadro 29. Estimaciones aproximadas de la población abarcada por la atención de salud en Uruguay, 1981–1987 (en miles y porcentajes).

	Población total (1)	Cobertura del seguro social (BPS) ^a (2)	Cobertura declarada de los no asegurados			Cobertura total (6)	% de la población con cobertura				
			IAMC ^b menos BPS (3)	Ministerio de Salud (MSP) ^c (4)	Otros ^d (5)		BPS (2/1)	IAMC (3/1)	MSP (4/1)	Otros (5/1)	Total (6/1)
			1981	2927	293		1000	827	400	2520	10,0
1984	2990	266	955	900	386	2507	8,9	31,9	30,1	12,9	83,8
1985	3012	393	897	850	400	2540	13,0	29,8	28,2	13,3	84,3
1987	3057	484	943	830	424	2681	15,8	30,8	27,2	13,9	87,7

Fuentes: Recopilación del autor basada en Meerhoff, 1986; Acuña y colaboradores, 1987; Saldain, 1988; DGEC, 1989a; Márquez, 1989.

^aSeguro de enfermedad que proporciona cobertura al trabajador más programa materno-infantil que proporciona cobertura a las mujeres embarazadas y a los hijos de los asegurados.

^bCobertura total de las IAMC menos quienes tienen cobertura para enfermedad en el BPS: quienes aparecen en la columna son funcionarios del servicio civil y personas privadas.

^cLas estimaciones disponibles varían grandemente: 1,1 millón en 1984 y 1985, 596 000 en 1987 y más de un millón en 1989. Incluye al Hospital Universitario.

^dPrincipalmente las fuerzas armadas, los profesionales y empleados en otras instituciones públicas, así como acuerdos colectivos y otras disposiciones de carácter privado.

madas. Estas experimentan grandes fluctuaciones —se declaró que más de un millón de personas contaban con cobertura en 1984–1985, pero en 1987 solo se declaró algo más de medio millón de personas. Un funcionario y erudito del Ministerio me aseguró en 1989 que toda la población no protegida por otras instituciones tiene acceso en realidad a los servicios del Ministerio, y que el tiempo de viaje más largo entre una determinada agrupación de población y un hospital del Ministerio es de dos horas, y considerablemente menos para los centros de salud del Ministerio (Arán, 1989). Si esto es correcto, la cobertura del Ministerio en el cuadro debería exceder de un millón.

La columna de “otros” incluye el resto del sector público (principalmente las fuerzas armadas y las instituciones autónomas y departamentos), así como parte del sector privado (acuerdos colectivos, planes previamente pagados, seguro). Mi opinión informada es la de que este grupo quizás se haya subestimado en el cuadro. Las cifras sobre la cobertura total han de tomarse con suma cautela, ya que la mitad aproximadamente de esa cobertura es declarada bajo el Ministerio de Salud Pública. Por ejemplo, si se utiliza la baja cifra de cobertura del Ministerio de 1987, la cobertura total de ese año desciende en ocho puntos porcentuales, pero si se utiliza la cifra alta de 1989, la cobertura aumenta en seis puntos porcentuales.

Con las salvedades precedentes, el Cuadro 29 indica que la cobertura total de la población probablemente llegara a un máximo en 1981 (con anterioridad a la crisis) con 86%, descendiera a 83,8% durante la crisis (1984) y sobrepasara el nivel de 1981 con la recuperación económica,

llegando a 87,7% en 1987. La cobertura por el seguro de enfermedad descendió de 10,3% en 1981 a 8,9% en 1984, durante la crisis, pero aumentó notablemente después llegando a una cifra récord de 15,8% en 1987. Esto fue ocasionado en parte por la recuperación económica que redujo el desempleo y aumentó los salarios reales y las utilidades de las empresas, lo cual, junto con un mejor control fiscal por el gobierno, ayudó a reducir la evasión. Pero la causa más importante fue la expansión del seguro de enfermedad a 128 400 nuevos trabajadores en 1985 y aumentos posteriores en 1986–1988, que resultaron de la nueva política de ampliación de la cobertura que incorporó a los trabajadores rurales, a los pequeños productores agrícolas, a los empleados en el servicio doméstico y a los propietarios de microempresas urbanas (véase a continuación), entre otros.

El número de afiliados no asegurados con las IAMC descendió en 1981–1985 (de 34,2 a 29,8% de la cobertura total), y, aunque aumentó en 1987 (a 30,8%), estaba aún por debajo del nivel de 1981; la crisis económica y las dificultades financieras enfrentadas por las IAMC han sido responsables en parte de esta tendencia (véase la sección sobre “Viabilidad financiera del seguro social, las IAMC y el sector público para dar cobertura a los pobres”, que comienza en la página 78). Otro factor es el de que algunas de las personas que estaban afiliadas a las IAMC como individuos privados en 1984 se aseguraron posteriormente en el BPS; en consecuencia, la afiliación total a las IAMC en 1985 recuperó su nivel de 1981 (1 275 000), alcanzando una cifra máxima histórica en 1987 (1 415 215) que, sin embargo, se debió principalmente al espectacu-

lar incremento experimentado en el número de afiliados asegurados.

La cobertura por el Ministerio de Salud Pública debería haber aumentado durante la crisis (de 28,2% en 1981 a 30,1% en 1984), debido a que muchas de las personas que estaban aseguradas anteriormente en el BPS o afiliadas a las IAMC y perdieron esa cobertura tuvieron que recurrir a servicios gratuitos del Ministerio; en 1983, por ejemplo, el número de tarjetas de identidad de atención gratuita otorgadas al Ministerio aumentó en un 3%. Sin embargo, si bien la cobertura del Ministerio experimentó una expansión, sus recursos financieros se redujeron. La porción de los gastos gubernamentales en salud pública descendió continuamente pasando de 8,1 a 3,8% en 1974-1982, y la porción del Ministerio en los gastos de salud pública disminuyó de 94,7 a 66,2% en el mismo período; la porción de las fuerzas armadas y las instituciones autónomas aumentó proporcionalmente (Apezechea, Prates y Franco, 1984). A medida que la cobertura por la mayoría de los sectores se recuperó en 1986-1987, la población servida por el Ministerio de Salud Pública quizás descendiera a 27% en 1987; una estimación más baja para ese año la coloca en 19,5%, pero una estimación más alta para 1989 coloca la cifra en 35%. La cobertura por otras instituciones públicas y el sector privado fue siempre superior a 13% en ese período, pero descendió algo durante la crisis.

En 1987, había unas 376 000 personas aparentemente sin cobertura institucional, o 12% de la población total. Parte de este grupo tenía ingresos medios o elevados y podía pagar la atención de salud en instituciones privadas, IAMC o

el Ministerio, pero una porción podría haber estado constituida por pobres que carecían de protección. Supongamos que este último segmento representaba aproximadamente de 6 a 7% de la población. En 1986, la CEPALC estimó que 19% de la población total eran pobres y que 5% eran indigentes; por tanto, la mayoría de los pobres deberían tener cobertura, pero los indigentes y una pequeña proporción de los pobres pueden no haber tenido protección.

Carecemos de datos exactos sobre la pobreza, los sectores informal y rural, las categorías ocupacionales de la fuerza laboral o datos específicos acerca de la población amparada por la atención de salud para poder emprender un análisis a fondo de los pobres urbanos y rurales que cuentan con cobertura en el Uruguay. Debido a que el censo de población de 1985 no recopiló información sobre la atención de salud, y a que los anuarios estadísticos de la DGEY y el BPS no proporcionan los datos requeridos sobre el ingreso de las personas con cobertura, a continuación presentamos únicamente un panorama general del tema.

La cobertura de las IAMC está muy concentrada en Montevideo. El Cuadro 30 indica que aunque 44% de la población total vive en la ciudad capital, 68% de todos los afiliados a las IAMC residen en Montevideo. La cobertura por las IAMC de la población de Montevideo es de 71,6%, en comparación con solo 26,4% para el resto (el interior) del país. Sin embargo, cuando los afiliados a las IAMC se desagregan por asegurados y no asegurados por el BPS, la brecha entre Montevideo y el interior se reduce considerablemente, con el grado de cobertura de la capital cifrado en 20,6%, en contraste con 11,4%

Cuadro 30. Porcentaje de la población abarcada en Montevideo y el resto del país por proveedores/servicios de atención de salud, Uruguay, 1987 (en miles y porcentajes).

	Montevideo		Resto del país		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Población total	1345	44,0	1712	56,0	3057	100,0
Cobertura de atención de salud						
Seguro de enfermedad (BPS)	277	58,7	195	41,3	472	100,0
IAMC menos BPS	686	72,7	257	27,3	943	100,0
Total IAMC	963	68,1	452	31,9	1415	100,0
Cobertura de nacimientos por maternidad, BPS						
Total de nacimientos	22,8	42,7	30,6	57,3	53,4	100,0
Cobertura por el BPS	3,7	32,2	7,8	67,8	11,5	100,0
Grados de cobertura (%) ^a	Montevideo		Resto del país		Total	
Seguro de enfermedad (BPS)	20,6		11,4		15,4	
IAMC menos BPS	51,0		15,0		30,9	
Total, IAMC	71,6		26,4		46,3	
Nacimientos con cobertura por el BPS	16,3		25,6		21,6	

Fuente: Estimaciones del autor basadas en Saldain, 1988; DGEY, 1989a; BPS, 1988-1989.

^aPorcentaje de la población (en Montevideo, resto del país, total) con cobertura por varios proveedores y porcentaje de nacimientos en cada área de cobertura por el BPS.

para el interior. La explicación es, naturalmente, la de que Montevideo tiene casi tres cuartas partes de los afiliados no asegurados de las IAMC (empleados públicos, individuos), para un grado de cobertura del 51%, frente a 15% en el interior. En la capital se concentra la mayor parte de la burocracia pública y el ingreso de su población es más elevado que en el resto del país (31% más elevado que en otras zonas urbanas excluyendo el campo), por lo que su población puede permitirse un grado más alto de cobertura. La mayor parte del 28% de la población de Montevideo que no está afiliada a las IAMC probablemente cuenta con cobertura del Ministerio o de los servicios de salud de las fuerzas armadas, en virtud de acuerdos colectivos, o a través del sector privado. Por tanto, solo una pequeña proporción de la población de Montevideo es posible que carezca de protección.

La situación en el interior del país es diferente —tres cuartas partes de su población no está asegurada contra enfermedad ni afiliada a las IAMC. En 1987, la falta de cobertura de los 18 departamentos del interior estaba inversamente correlacionada con el grado de urbanización y desarrollo de un departamento dado, oscilando entre 81% en Rivera y 61% en Colonia (DGEC, 1989). Sin embargo, la población del interior utilizó los servicios de maternidad del BPS para parto tanto como lo hizo la población de la capital: 25,6% de todos los nacimientos en el interior fueron atendidos por servicios de maternidad del BPS frente a 16,3% en Montevideo, debido a que estos últimos fueron remitidos a otras instalaciones públicas y privadas de las IAMC (Cuadro 30). Por la misma razón, los servicios del Ministerio fueron mucho más utilizados en el interior que en la capital: 33% frente a 11% en 1981. Además, los departamentos más pobres y menos urbanizados tenían la proporción más elevada de cobertura del Ministerio en 1984 (por ejemplo, 52% en Treinta y Tres, 41% en Flores, 40% en Rivera y 39% en Cerro Largo), mientras que los departamentos más desarrollados y urbanizados con la cobertura más elevada por las IAMC, tenían la cobertura más baja del Ministerio (por ejemplo, Montevideo 10,5%). Cabe advertir que los departamentos más pobres, tales como Rivera, tienen las tasas de mortalidad infantil más elevadas mientras que los más desarrollados, tales como Montevideo y Colonia, tienen las más bajas (DGEC, 1986; Mesa-Lago, 1989).

La ampliación de la cobertura del seguro de enfermedad del BPS en 1984-1988, llevó a una duplicación de su población protegida, la mayor

parte de ella integrada por trabajadores y pequeños empleadores que pudieran ser pobres. El Cuadro 31, segmento A, indica que, en ese período de cuatro años, 136 200 de estos pobres potenciales quedaron asegurados, representando más de la mitad de los 261 800 incorporados. En 1988, 27% del número total de asegurados eran potencialmente pobres: 16,6% se hallaban comprendidos en el sector rural (trabajadores y propietarios de pequeñas empresas con un máximo de dos empleados) y 10% se hallaban en el sector urbano, inclusive empleados del servicio doméstico y propietarios de microempresas con un máximo de un empleado (de acuerdo con la encuesta del sector informal en Montevideo, estos últimos no son pobres).

El segmento B del Cuadro 31 ofrece estimaciones aproximadas del número de puestos de trabajo asegurados con el BPS, sin diferenciar entre los programas de enfermedad y pensiones. El sector público tiene cobertura universal, mientras que el sector privado tiene una cobertura de 61%; dentro de este último, hay una diferencia notable en la cobertura entre los empleados asalariados (71%) y las personas no asalariadas (34%). La cobertura es más elevada entre los empleados de la industria y el comercio (89%, el 11% no asegurado quizás estén empleados en el sector informal), pero desciende a 55% entre los asalariados rurales y a 31% entre los empleados del servicio doméstico. Dentro del grupo no asalariado, el número combinado de empleadores y de trabajadores autónomos con un lugar fijo de trabajo tiene 53% de la cobertura, pero el resto del grupo está excluido totalmente del seguro. Solo 36% del número combinado de empleadores y trabajadores autónomos (estos últimos constituyen 83% de este grupo) tiene cobertura.

Aunque Uruguay ha logrado uno de los porcentajes más elevados de cobertura de atención de salud en la Región, hay todavía algunos grupos pobres que pudieran carecer de protección. Los niños con más de tres meses de edad no tienen derecho a atención curativa con el BPS y, si sus padres no pueden pagar la cobertura complementaria de las IAMC, su única opción la constituyen los servicios del Ministerio de Salud Pública. Un experto estimó que, en 1987, solo 49% de la población de hasta 14 años de edad tenía cobertura de atención de salud, 37% por el Ministerio y 12% por el BPS, que limitaba su cobertura a los lactantes menores de tres meses de edad para atención curativa y, posteriormente en la vida, para prevención y atención dental (Saldafín, 1988). Las mujeres pobres no trabajadoras carecen de cobertura del seguro

Cuadro 31. Cobertura de la población económicamente activa (PEA) por los seguros sociales (BPS), Uruguay, 1984-1988 (en miles y porcentajes).

A. GRUPOS POTENCIALES DE POBRES CON COBERTURA POR EL BPS						
	1984		1985		1988	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cobertura total BPS	250,1	100,0	378,5	100,0	511,9	100,0
Grupos de pobres potenciales	0	0	74,3	19,6	136,2	26,6
Rurales	0	0	54,9	14,5	85,1	16,6
Trabajadores	0	0	39,5	10,4	49,6	9,7
Propietarios de microempresas	0	0	15,4	4,1	35,5	6,9
Urbanos	0	0	19,4	5,1	51,1	10,0
Trabajadores domésticos	0	0	4,7	1,2	13,7	2,7
Propietarios de microempresas	0	0	14,7	3,9	37,4	7,3
B. ESTIMACIONES DE GRUPOS OCUPACIONALES CON COBERTURA POR EL BPS (1987) ^a						
	PEA	Asegurados	Con cobertura (%)	Sin cobertura (%)		
Sector privado	1000,1	609,6	61,0	39,0		
Asalariados	728,5 ^d	517,3	71,0	29,0		
Industria y Comercio	431,7	383,6	88,9	11,1		
Rurales	208,4	115,0	55,2	44,8		
Trabajadores domésticos	88,4	18,7	21,1	78,9		
No asalariados	271,6	92,3	34,0	66,0		
Autónomos con local de trabajo fijo ^b	130,7	92,3	53,3	46,7		
Empleadores	42,5					
Autónomos sin local de trabajo fijo ^b	77,9	0	0	100,0		
Trabajadores familiares no remunerados	20,5	0	0	100,0		
Sector público ^c	201,9	201,9	100,0	0		
Totales	1202,0	811,5	67,5	32,5		

Fuentes: Segmento A, cálculos del autor basados en el BPS, 1989; segmento B, recomposición del autor basada en el BPS, n/d.

^aSe refiere a trabajos en vez de a personas para hacer ajustes por doble empleo.

^bEl PBS se refiere a autónomos con o sin local de trabajo.

^cCon cobertura por el BPS para pensiones pero no para seguro de enfermedad.

^dIncluye a profesionales bancarios y universitarios sin cobertura por el BPS sino por un seguro independiente.

de enfermedad y no pueden pagar su afiliación en las IAMC, por lo que fundamentalmente dependen de los servicios del Ministerio. Los pensionistas pobres, cuyo número probablemente haya aumentado en la década de 1980 debido a la erosión en el valor de las pensiones reales, carecen de cobertura del seguro de enfermedad; irónicamente, tienen derecho a atención de maternidad-infantil, servicio que probablemente no necesitan. La cobertura del seguro y de las IAMC en Montevideo es la más elevada en el país, y la cobertura en el resto de las áreas urbanas quizás sea más elevada que en el campo. Los grupos ocupacionales con la peor cobertura del seguro de enfermedad del PBS son aquellos en los que está concentrada la pobreza: los trabajadores autónomos sin un lugar fijo de trabajo y los trabajadores familiares no remunerados están totalmente excluidos, al igual que cuatro quintas partes de los empleados del servicio doméstico, la mitad aproximadamente de los trabajadores rurales y el resto de los trabajadores autónomos y empleadores (entre estos últimos pueden figurar algunos po-

bres). Los pobres en estos grupos no pueden pagar su afiliación en las IAMC y su único acceso a la atención de salud se efectúa a través del Ministerio y de unas cuantas instituciones públicas más (departamentos) y organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, carecemos de datos que nos permitan evaluar con exactitud la cobertura proporcionada por el Ministerio de Salud Pública.

RAZONES PARA LA ALTA COBERTURA DE LOS POBRES Y OBSTÁCULOS QUE QUEDAN PARA LA UNIVERSALIZACIÓN

En la sección precedente se indica que al menos dos terceras partes de los pobres (y quizás todos ellos) cuentan con cobertura de atención de salud en el Uruguay. Los factores generales y las

políticas de la seguridad social pueden explicar este resultado.

Factores generales

Uruguay es el país más pequeño de Sudamérica y, fundamentalmente, es llano sin barreras topográficas importantes. Su pequeña población, étnicamente homogénea, habla el mismo idioma y posee los mismos rasgos culturales básicos; su tasa de alfabetización ocupa el segundo lugar entre las más altas de América Latina. La red vial del país y el sistema de comunicación son excelentes y no existen grupos de población aislados. Estas características han facilitado el acceso a la atención de salud.

Durante todo el Siglo XX, el país ha tenido sólidas instituciones democráticas, excepto durante una década, aproximadamente, de intervención militar en los años setenta y la primera mitad de los ochenta. Los dos partidos políticos principales se han sucedido en el poder, y ambos han apoyado políticas sociales, a menudo en competencia por sufragio electoral. Los sindicatos son fuertes y tienen una larga tradición de lucha por el progreso social. Los compromisos políticos con la seguridad social y la atención de salud han sido un factor fundamental en su universalización.

En 1986, según la CEPALC, Uruguay tenía la segunda incidencia de pobreza entre las más bajas de 10 de los países más desarrollados de la América Latina, lo que significa que también ocupa ese lugar en la Región en su conjunto. Uruguay es el país más urbanizado de América Latina y el Caribe o el segundo entre dichos países; casi la mitad de la población vive en Montevideo, la capital. Y sin embargo, la dimensión de su sector informal está solo ligeramente por encima de la media regional, mucho más baja proporcionalmente que la de otros países menos urbanizados tales como México y Perú. La fuerza laboral asalariada como porcentaje de la población económicamente activa ocupa el sexto lugar entre las mayores de la Región, la proporción del empleo autónomo ocupa el sexto lugar entre las más bajas y la de trabajadores familiares no remunerados es la tercera entre las más bajas. La diminuta área rural (12 a 15% de la población total) tiene el sector moderno más extenso de la Región salvo uno. Estos factores estructurales han facilitado la expansión del seguro social.

El ingreso por persona en el Uruguay ocupa el tercer lugar entre los más elevados de América

Latina y el Caribe. Los datos disponibles en 1963, 1976, 1981 y 1983 indican que la distribución del ingreso era una de las más equitativas de la América Latina, a pesar de alguna concentración en la década de 1970. Aunque no hay datos recientes sobre la distribución general del ingreso ni sobre la del sector rural, la encuesta de la CEPALC halló que, en 1986, la distribución del ingreso en la ciudad capital estaba en segundo lugar entre las más equitativas de ocho de los países más desarrollados de la Región. Hay diferencias relativamente pequeñas en el nivel de vida entre las zonas urbanas y rurales (Davrieux, 1987; Mesa-Lago, 1989; CEPALC, 1989, 1990).

Política de la seguridad social

Uruguay es un pionero en el establecimiento del seguro social en América Latina y el Caribe y es considerado como estado de asistencia social típico del Hemisferio Occidental. Y sin embargo, aunque los programas del seguro de lesiones en el empleo y pensiones fueron introducidos a principios del siglo, los programas de seguro de enfermedad y maternidad no hicieron su aparición hasta fines de la década de 1950 ó 1960, considerablemente después que en países con programas de seguro social más recientes tales como Costa Rica y México. Además, esos programas no se ampliaron notablemente hasta la década de 1980. La razón para este fenómeno fue la de que en el Uruguay, las sociedades de ayuda mutua y las cooperativas médicas dedicadas a los servicios de atención de salud experimentaron un desarrollo temprano y vigoroso.

Estas instituciones comenzaron a establecerse en el Siglo XIX por conducto de grupos de inmigrantes tales como los españoles y los italianos que deseaban tener mejor atención de salud que los pobres. Posteriormente, médicos y hombres de negocios establecieron asociaciones más amplias (no basadas en la etnicidad). Con la posible excepción de la Argentina (e incluyendo los programas administrados por sindicatos de ese país), el Uruguay es el país de América Latina y el Caribe con el sector más extenso de su población (casi la mitad) que recibe atención de salud a través de estos tipos de proveedores. En realidad, el BPS, excepto en lo que respecta a unas cuantas instalaciones de atención de maternidad-infantil, depende de las IAMC para la provisión de atención de salud a la población asegurada.

Con el retorno a la democracia en la segunda

Cuadro 32. Contribuciones al programa de enfermedad del seguro social por diferentes grupos ocupacionales en Uruguay, 1989 (en porcentaje del sueldo o ingreso).

Programas	Asalariados			Sector rural			Trabajadores domésticos ^a			Trabajadores en el hogar		
	A	E	T	A	E	T	A	E	T	A	E	T
Enfermedad ^b	3	4	7	3	4	7	3	4	7	3	4	7
Pensiones	13	13-20 ^d	28-33	10-13 ^e	f	f	12	13	25	13	42	55
Total ^c	16	17-24	35-40	13-16	f	f	15	17	32	16	46	62

Fuente: BPS, 1989.

A = asegurado; E = empleador; T = total.

^aSe aplica al 85% del salario nacional mínimo.

^bPrograma de maternidad-infantil financiado por ingresos generales.

^cExcluye lesiones en el empleo; las primas se fijan de acuerdo con el riesgo y tienen un promedio del 5%; incluye asignaciones familiares y desempleo.

^dIndustria y comercio 13%; educación 15%; servicio civil 20%; los dos últimos grupos no contribuyen al seguro de enfermedad del BPS ya que tienen cobertura de sus agencias.

^eDe acuerdo con el salario.

^fFijo de acuerdo al tamaño y productividad de la finca (mientras menos productiva es, más baja es la tasa) y el número de propietarios.

mitad de la década de 1980, el programa de seguro de enfermedad y maternidad-infantil pronto se amplió a los grupos ocupacionales, una porción de los cuales pueden ser pobres. Sin embargo, a pesar de un mandato legal y de una duplicación en la cobertura del BPS, la mayoría de estos grupos siguen sin asegurar por razones que se explorarán a continuación.

El Cuadro 32 demuestra que la contribución porcentual sobre el salario para el seguro de enfermedad es la misma en todos los grupos protegidos por el seguro: 3% para los asegurados y 4% para el empleador. El porcentaje abonado por el asegurado es el mismo que el de México y Perú, y la mitad que el de Costa Rica; además, debido a que la contribución del empleador es la más baja en estos cuatro países, la contribución porcentual combinada del asegurado y el empleador es aproximadamente la mitad que la de Costa Rica y México y dos terceras partes que la del Perú. Además, la base para los aportes (tanto de los empleadores como de los asegurados) en el servicio doméstico es solo de 85% del salario mínimo nacional, más beneficiosa que en Costa Rica y México (menos que en el Perú). Por último, el programa de maternidad-infantil es financiado totalmente por el Estado, por lo que no requiere aportes de los asegurados. Estos factores deberían fomentar el seguro de los empleados del servicio doméstico y otros grupos informales y rurales, pero entre la mitad y cuatro quintas partes de ellos no cuentan realmente con seguro.

Una de las razones principales para esta evasión importante es la contribución sumamente elevada requerida para el programa de pensiones, que es una de las más altas de la Región; sin embargo, debido a que el BPS administra ambos programas, el asegurarse en uno lleva en la práctica a asegurarse en el otro. Para los traba-

jadores asalariados del sector privado, el aporte porcentual total para las pensiones oscila entre 28 y 33%; el porcentaje total para los empleados del servicio doméstico es menor (25%), pero es aun cuatro veces el de México y unas tres veces el de Perú o Costa Rica. La contribución porcentual que el asegurado tiene que pagar para pensiones en el Uruguay se reduce ligeramente a 12% para los empleados del servicio doméstico y llega solo hasta 10% para los trabajadores rurales, pero es aún entre cuatro y seis veces más elevada que la de los otros tres países. Los empleadores de trabajadores en el hogar han de pagar 41%; debido a la pesada carga contributiva, los empleadores y trabajadores conspiran para evadir la inscripción. Además, el cálculo del aporte del empleador en el sector rural es sumamente complejo y constituye un desincentivo para la inscripción. Los elevados aportes a las pensiones son el resultado de la madurez del programa, el elevado porcentaje de la población jubilada (una relación de un pensionista por cada contribuyente activo en la fuerza laboral) y condiciones de habilitación excesivamente generosas. A menos que se restrinjan las condiciones de habilitación y se reduzca el porcentaje de contribución para las pensiones por los grupos económicamente más vulnerables, la pesada carga sobre las pensiones continuará siendo una barrera para acceder al seguro de enfermedad.

El BPS parece haber abandonado los intentos por detectar, inscribir y cobrar las cantidades adeudadas de los actuales evasores, salvo en lo que respecta a los trabajadores asalariados en la industria y el comercio. Además, los interventores del banco estiman que el costo de incorporar eficazmente a los empleados del servicio doméstico, los trabajadores rurales y los trabajadores autónomos sin un lugar fijo de trabajo no

cubiertos por el seguro serían sumamente elevados y, debido a los bajos ingresos de estos grupos, el costo de proporcionarles beneficios sería más alto que sus posibles contribuciones y agravaría el desequilibrio financiero del BPS. Finalmente, las autoridades del BPS consideran que para combatir la evasión no serían eficaces los métodos coercitivos puros sin una reforma drástica del seguro social, en particular del programa de pensiones (Banco de Previsión Social, s/f).

Los pobres no asegurados no pueden unirse a las IAMC debido a que no pueden pagar las primas mensuales cargadas por estas instituciones. Las primas fueron congeladas por el gobierno militar como parte de su política antiinflacionaria hasta 1979; con posterioridad, comenzaron a aumentar paulatinamente y, desde 1984, han sido determinadas por la oferta y la demanda (Arán, 1986).

Las primas se dispararon en la década de 1980, haciendo aún más difícil para los pobres afiliarse a las IAMC. Pero incluso para aquellos pobres que ya están asegurados en el BPS y afiliados a una IAMC, los pagos de los usuarios cargados por las IAMC por sus servicios pudieran ser otro obstáculo que se interpone a su acceso real a la atención de salud. A mi mejor saber y entender, estos pagos han de abonarlos todos los afiliados, independientemente de su ingreso.

El Ministerio de Salud Pública es, por tanto, la opción fundamental para los no asegurados y, conforme a distintas estimaciones, proporciona cobertura a 20-35% de la población. El Ministerio también carga pagos de los usuarios por sus servicios; en el pasado, estos fueron muy bajos pero han aumentado lentamente en la década de 1980, reduciendo la brecha con los pagos de los usuarios de las IAMC. Aun así, para 1986 eran relativamente bajos: para consulta ambulatoria, el equivalente de \$US2 a \$US3; sala de maternidad, \$US22; sala de atención intensiva, \$US67 (diarios); cirugía menor, \$US18; cirugía mayor, \$US67. El Ministerio clasifica a los usuarios en cuatro grupos en función de sus ingresos y el número de miembros de la familia: los que son pobres reciben todos los servicios gratuitamente; los que ganan más de \$US80 a \$US253, pagan 20% de los gastos; quienes ganan de \$US100 a \$US327, pagan 40% de los gastos; y el resto paga 100% de los gastos. En 1952, los pagos de los usuarios representaron solo 3% de todos los costos del Ministerio y 1% de los costos del Hospital Universitario. El servicio gratuito para los pobres ha garantizado su acceso a la atención de salud del Ministerio (Arán,

1986; Meerhoff, 1986; Acuña y colaboradores, 1987; Davrieux, 1987).

VIABILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL, LAS IAMC Y EL SECTOR PÚBLICO PARA DAR COBERTURA A LOS POBRES

A lo más, una tercera parte de los pobres no tienen cobertura del seguro en Uruguay (o entre 6 y 7% de la población total), pero incluso este grupo puede estar protegido por el Ministerio. En esta sección analizamos la capacidad del seguro social (a través de las IAMC) y del sector público para continuar ampliando y universalizando la cobertura de atención de salud para los pobres.

Viabilidad del seguro social (BPS) y las IAMC

Debido a que el BPS tiene muy pocas instalaciones y depende de las instalaciones de las IAMC, deberán evaluarse ambos sectores. El déficit general del BPS (todos los programas) alcanzó la cifra de 95% de los ingresos y 45% de los desembolsos en 1982 (el peor año de la crisis); el déficit disminuyó en 1983-1988 y, en el último año, representaba 16% del ingreso y 14% de los desembolsos. A pesar de este descenso, en 1988 el déficit representó 1,4% del PIB, y la subvención del gobierno fue de 2,7% del PIB y 15% de los gastos gubernamentales. En 1988, los gastos del seguro de enfermedad y la atención de maternidad-infantil (más las asignaciones familiares) ascendieron a 16% de los gastos totales del BPS; el grueso de los gastos (76%) correspondió al programa de pensiones. Se prevé que el déficit de este último (y el déficit general del BPS) aumentarán pronunciadamente en 1990 debido a una enmienda constitucional aprobada en 1989 que dictamina el ajuste de las pensiones al costo de la vida a partir de abril de 1990. A menos que se produzca un incremento de 8 a 11 puntos porcentuales en los aportes, se prevé que el déficit aumentará de forma pronunciada (Diéguez y Giral-Bosca, 1988; DGEC, 1989; Banco de Previsión Social, 1988-1989; Mesa-Lago, 1990).

Hasta 1981, el programa del seguro de enfermedad generó un superávit, pero en 1982-1987 concluyó en déficit, aumentando de 5 a 32% de

los ingresos (5 a 25% de los desembolsos); los datos para 1988 indican una reducción en la proporción del déficit. El déficit creciente en 1982-1984 se debió a la crisis económica general que provocó un descenso en los salarios reales, un incremento en la evasión, etc. Y con todo, el déficit siguió aumentando en 1986-1987, a pesar de la recuperación económica, debido a que la cobertura del BPS se amplió a los grupos de ingresos más bajos que pagan proporcionalmente menos y que posiblemente utilizan más los servicios dada su mayor incidencia de enfermedad.

En 1987, el déficit combinado de los programas de enfermedad y maternidad fue equivalente a 20% del déficit total del BPS, en comparación con 12% en 1983. Aun cuando el programa de pensiones sigue siendo el principal generador de déficit, la porción del déficit correspondiente al programa de enfermedad-maternidad está creciendo. En 1982, 83% de los desembolsos del seguro de enfermedad se destinaron a reembolsar los servicios prestados por las IAMC a los asegurados, y la proporción aumentó a 86% en 1988 (otro 12% de los desembolsos se destinó al permiso pagado). Los costos crecientes de la atención de salud en las IAMC (véase a continuación) han ocasionado en parte un déficit creciente en el programa de enfermedad-maternidad del BPS.

El gobierno central financia la tercera parte, aproximadamente, del déficit con cargo a los ingresos generales. Estos últimos provienen principalmente de los impuestos sobre las ventas, que son regresivos: solo 16% de la población está asegurada (y la gran mayoría probablemente tiene ingresos medios); en consecuencia, el grueso de la población ayuda a financiar la cobertura de una minoría mediante transferencias de precios e impuestos. Dicha regresividad debería haber descendido desde 1984 con la incorporación en el BPS de grupos de ingresos más bajos, incluidos algunos pobres, y con la eliminación de los topes salariales para los aportes (DGEC, 1989; Banco de Previsión Social, 1988-1989; Saldaín, 1988).

En resumen, el programa de enfermedad-maternidad del BPS es cada vez más deficitario y le corresponde una proporción creciente del déficit total del BPS. Las causas principales del déficit son, en términos de ingresos, la duplicación de la cobertura de la población en 1984-1988 que incorporó principalmente a los grupos de bajos ingresos que aportan menos y, en términos de gastos, los costos crecientes de la atención de salud en las IAMC. El desequilibrio cada vez mayor de los programas de enfermedad y

maternidad, junto con el enorme desequilibrio en el programa de pensiones, indica la incapacidad del programa de enfermedad-maternidad para mantener servicios actuales sin una subvención importante por parte del Estado, y mucho menos para ampliar la cobertura a fin de incluir a los pobres no asegurados. Aunque la regresividad del BPS se ha reducido desde 1984 con la incorporación de los grupos de ingresos más bajos, probablemente sea aún considerable.

Desde 1977, las IAMC han hecho frente a crecientes dificultades financieras. Hemos visto que, en 1979-1984, las primas de las IAMC y los pagos de los usuarios fueron congelados por el gobierno; debido a la inflación, su valor real se deterioró en ese período. Esto fue beneficioso para los afiliados a las IAMC pero perjudicial para sus finanzas; sin embargo, debido a la crisis económica, el número de afiliados a las IAMC descendió en 3% en 1981-1984 (19% en Montevideo). Hacia fines de 1984, se permitió de nuevo que las primas fueran establecidas por el mercado y estas experimentaron un rápido incremento. En 1983-1985, el valor real de las primas en Montevideo aumentó en 28% y en 14% en el resto del país. Este incremento produjo un descenso de 6% en la afiliación individual a las IAMC en 1985, pero fue más que compensado por el número creciente de afiliados al BPS como resultado de la ampliación de la cobertura del seguro de enfermedad en 1985-1988. La afiliación individual aumentó de nuevo con la recuperación económica, pero en 1987 estaba aún por debajo del nivel de 1984.

En 1981-1987, el número de IAMC descendió en un 38% (de 81 a 50) debido a la bancarrota; esta reducción fue en realidad positiva, ya que las IAMC restantes compitieron por atraer el número mayor de afiliados del BPS. El número de afiliados en Montevideo experimentó una disminución de 3% en el mismo período, pero aumentó en 64% en el resto del país debido a que la mayor parte de la expansión de la cobertura del BPS tuvo lugar fuera de la ciudad capital. Algunas de las IAMC supervivientes experimentan grandes déficit y un endeudamiento creciente; en 1986, cuatro quintas partes de las IAMC en Montevideo sufrieron importantes dificultades financieras.

Hemos visto que el incremento en las primas de las IAMC ha contribuido al déficit creciente de los programas de enfermedad y maternidad del BPS. El acceso a las IAMC de las personas aseguradas de bajos ingresos se ha reducido también notablemente; una comparación de los afiliados a las IAMC por categoría de ingresos en 1981 y 1988 indica que el porcentaje de los

que tienen el ingreso más bajo descendió de 16,5 a 4,4%. La encuesta por hogares sobre atención de salud realizada en 1982 indicó que cuanto más elevado es el ingreso de los usuarios de la atención de salud tanto mayor es la cobertura por los proveedores del sector privado, las IAMC y las instituciones de las fuerzas armadas, mientras que cuanto más bajo es el ingreso, tanto mayor es la cobertura por el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, la familia de ingresos más bajos empleó la porción más elevada (72%) de su presupuesto total de salud en primas a las IAMC. Evidentemente, las IAMC no son un medio factible para proporcionar cobertura a los pobres (Arán, 1986; DGEC, 1983, 1989; Mesa-Lago, 1989; Márquez, 1989).

Viabilidad del sector público

El sistema de hospitales públicos (Ministerio de Salud Pública y el Hospital Universitario) adolece de varias deficiencias: las instalaciones tienen más de 40 años, la infraestructura se ha deteriorado debido a falta de mantenimiento adecuado, el equipo está anticuado y los servicios en general son considerados como de mala

calidad e inferiores a los prestados en otros sectores. La razón principal para esta situación es la reducción en el presupuesto real del Ministerio a fines de la década de 1970 y en la primera mitad de la de 1980, pero hay también causas gerenciales. La red del Ministerio se constituyó sin un plan aparente y la distribución y complejidad de los servicios no siempre han respondido a las necesidades de la población; existe una centralización excesiva junto con falta de liderazgo y coordinación, así como ineficiencias generales a un micronivel en el uso de los recursos disponibles y el control de los costos y la utilización; y a pesar del compromiso del gobierno a la atención primaria de salud, la mayoría de los recursos del Ministerio todavía son asignados a servicios secundarios y terciarios (Márquez, 1989).

A simple vista, los recursos del Ministerio parecen adecuados para servir a la población legalmente asignada a dicha institución (principalmente los pobres). El Cuadro 33, segmento A, indica que, a mediados de la década de 1980, el Ministerio proporcionaba cobertura a 28% de la población, recibía 27% de los desembolsos totales de salud, contrataba a 26% de los médicos y operaba 67% de las camas de hospital. Excluyendo el presupuesto de salud, los recursos del

Cuadro 33. Comparación de las instalaciones/recursos de atención de salud y eficiencia entre los proveedores en el Uruguay, 1985-1987.

A. INSTALACIONES Y RECURSOS (1985-1986)						
	Distribuciones porcentuales				Por persona	
	Población	Gastos de salud	Camas de hospital	Médicos ^a	Gastos (\$US)	Camas de hospital
MSP ^b	28,2	27,0 ^d	67,3	25,7	107,05	10,7
IAMC ^c	42,8	55,2	17,2	54,8	131,45	1,8
Fuerzas armadas	10,6	6,2	3,1	5,8	65,60	1,3
Privados	2,3	3,9	10,2	0,8	185,71	19,8
Otros	16,1	7,7	5,3	12,9	53,72	0,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	111,88	4,5

B. EFICACIA					
	Ocupación hospitalaria		Días promedio de permanencia		Consultas por persona (1987)
	1980	1987	1980	1987	
MSP ^f	50,0	60,9	9,7	10,1	2,4 ^e
Montevideo	52,2	78,1	13,2	15,0	n.d.
Interior	49,0	51,9	8,4	8,1	n.d.
IAMC	n.d.	n.d.	5,7	4,8	5,8
Montevideo	n.d.	n.d.	5,4	5,2	5,8
Interior	n.d.	n.d.	6,0	4,1	6,1

Fuentes: Cálculos del autor basados en Acuña y colaboradores, 1987; DGEC, 1981-1989; Márquez, 1989.

^a1980.

^bIncluye el Hospital Universitario.

^cIncluye a los afiliados del BPS.

^dSegún otra fuente, 18,8%.

^e1985.

^fExcluye a los hospitales para enfermedades crónicas.

Ministerio solamente eran superados proporcionalmente por los de las IAMC en su proporción de médicos y por los del sector privado en su proporción de camas de hospital. Los desembolsos por persona del Ministerio eran bastante elevados conforme a normas regionales (\$US107) y eran solo ligeramente más bajos que los del promedio nacional, aunque eran mucho más bajos que los de las IAMC y, en particular, que los desembolsos por persona del sector privado. Por consiguiente, en términos cuantitativos, los recursos de salud pública del Uruguay son favorables al compararse con el resto de la América Latina; además, desde 1986 el presupuesto del Ministerio ha experimentado un incremento.

La capacidad real del Ministerio es más que suficiente para ampliar la cobertura a cualquier segmento pobre de la población que pueda haberse dejado sin protección. El segmento B del Cuadro 33 indica que, aunque el porcentaje de ocupación nacional de hospitales aumentó de 50 a 61% en 1980-1987, en el pasado año había aún una cantidad sustancial de capacidad no utilizada. Además, el Cuadro indica que el aumento en la utilización se produjo en Montevideo (de 52 a 78%), mientras que en el resto del país, la mitad de las camas de hospitales quedó sin utilizar. Los datos correspondientes a 1987 para los hospitales y centros de salud indican que la mitad de las instalaciones en Montevideo tienen tasas de utilización por debajo del promedio (oscilan entre 29 y 63%), mientras que en el interior, más de una tercera parte tienen tasas de utilización por debajo del promedio (oscilan entre 36 y 46%).

Adviértase que el promedio nacional de días de estancia en las instalaciones del Ministerio (excluyendo a los hospitales de enfermedades crónicas) es alto y creciente; en 1987, era más del doble que el de las IAMC, mientras que el promedio del Ministerio en Montevideo fue de tres veces más alto que el promedio de las IAMC. Aunque estas diferencias las explica en parte el hecho de que la mayoría de los hospitales del Ministerio y el Hospital Universitario son especializados y requieren un período más prolongado de estancia, la brecha es aún tan grande que también se debería a un uso más intensivo de las instalaciones de las IAMC. Una reducción en los días de permanencia promedio en el Ministerio exacerbaría su capacidad no utilizada. Finalmente, aunque las consultas por persona en las instalaciones del Ministerio son menos de la mitad que las de las IAMC, siguen siendo más altas que la tasa recomendada por la OPS de dos consultas anuales por persona (Márquez, 1989).

Si verdaderamente hay pobres sin acceso a la atención de salud en el Uruguay, es cierto que la razón no se debe a falta de instalaciones del Ministerio. Las dificultades de transporte no parecen constituir un obstáculo importante tampoco y los servicios del Ministerio son gratuitos para los pobres. La calidad, por el contrario, es un grave problema: aunque hay diferencias entre los servicios del Ministerio, en general, su calidad es más deficiente que la de las IAMC y, en particular, que la del sector privado. Hemos advertido ya la edad y el deterioro de la planta física del Ministerio y lo anticuado que es su equipo. En 1982, solo 2% de los hospitales habían sido construidos después de 1963 y 37% habían sido construidos antes de 1930. Desde mediados de la década de 1980, ha habido cierta mejora: se han construido dos hospitales nuevos, uno se ha reequipado y unos cuantos están en vías de construcción. Además, los usuarios prefieren las IAMC debido a que tienen derecho a solicitar atención adecuada y las instalaciones son más privadas y ofrecen mejor alojamiento y comidas (Arán, 1989; Mesa-Lago, 1989c). Algunos de estos problemas requieren atención, pero con un adecuado mantenimiento y una mayor eficiencia, el Ministerio parece ser bastante capaz de proporcionar cobertura a toda la población de pobres, si no lo hace ya.

EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS POBRES Y SU IMPACTO SOBRE LAS NORMAS DE SALUD

En esta sección se evalúa el acceso real de los pobres a la atención de salud y el impacto posible de la universalización de la cobertura sobre las normas de salud en general y la distribución del ingreso.

Acceso real de los pobres a los servicios de atención de salud

Tal como se indicó en el Capítulo 2, la cobertura legal y estadística no significa necesariamente acceso verdadero a los servicios de salud. En el Uruguay, Costa Rica y la República Dominicana, el verdadero acceso de los pobres puede evaluarse sobre la base de encuestas por hogares. En 1982, una Encuesta Nacional de Salud por Hogares realizada en el Uruguay recopiló infor-

Cuadro 34. Acceso real de los pobres a la atención de salud en el Uruguay, 1982 (distribuciones porcentuales).

A. COBERTURA DE ATENCION DE SALUD										
	Total	Por ingreso (terceros)			Por zona			Por edad		
		Más bajo	Mediano	Más alto	Montevideo	Otras ciudades ^a	Resto	0-14	15-59	60+
Con cobertura	79,6	73,1	79,9	86,2	83,5	78,2	70,7	75,7	81,1	83,7
Sin cobertura	19,9	26,4	19,7	13,3	14,2	21,4	28,9	23,7	18,4	16,0
No se conoce	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

B. COBERTURA POR PROVEEDOR ^b										
	Total	Por ingreso (terceros)			Por zona			Por edad		
		Más bajo	Mediano	Más alto	Montevideo	Resto	0-14	15-59	60+	
MSP	30,5	55,4	28,7	11,0	15,8		46,8	37,2	25,3	32,4
Fuerzas armadas	10,2	5,9	12,2	11,7	9,3		11,1	12,2	9,7	5,6
BPS ^c	1,8	1,7	2,5	1,1	2,1		1,4	10,0	0,4	0,2
Otro público	1,3	1,3	1,4	1,3	1,5		1,1	0,9	1,7	1,3
IAMC	53,8	33,9	53,0	71,8	67,8		38,4	38,6	60,2	55,2
Otro privado	2,4	1,8	2,2	3,1	3,5		1,2	1,1	2,7	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Apezechea y colaboradores, 1984.

^aCiudades con más de 10 000 habitantes.

^bDistribución porcentual de quienes cuentan con cobertura institucional.

^cPrograma maternoinfantil; los asegurados por enfermedad se declaran bajo IAMC.

mación sobre el acceso de atención de salud por el nivel de ingresos, ubicación, edad y proveedores; los resultados de esta encuesta se presentan en forma resumida en el Cuadro 34.

De acuerdo con la encuesta, 79,6% de la población de la muestra declaró tener "cobertura institucional" de atención de salud bien por el Ministerio de Salud Pública, las fuerzas armadas, el programa de maternidad del BPS, otras instituciones públicas, las IAMC (incluyendo a los asegurados del BPS por enfermedad) o el sector privado. El término "cobertura institucional" no se ha definido claramente, pero significa aparentemente el "derecho" a la protección y posiblemente el uso previo de los servicios. La población sin cobertura (personas que declararon que no tenían el "derecho" o que no habían tenido acceso a los servicios en el pasado o ambas cosas) era de 19,9%. Dado el elevado porcentaje de la población que declaró que tenía cobertura del Ministerio de Salud Pública, que técnicamente está a cargo de todas las personas no protegidas por otras instituciones, un grupo de expertos llegó a la conclusión de que el sector "sin cobertura" hacía frente a cierto tipo de falta de acceso a los servicios del Ministerio, bien sea cultural, social, administrativo (por ejemplo, horas inadecuadas para consulta ambulatoria), o en relación con el transporte (Apezechea, Prates y Franco, 1984). Adviértase que, en el Cuadro 29, el grupo sin cobertura estadísticamente estimado era de 14%

en 1981 y de 16% en 1984; la encuesta de 1982 indicó que la falta de acceso real era mayor.

De acuerdo con el segmento A del Cuadro 34, la proporción de la población con cobertura aumentaba con el ingreso, el grado de urbanización y la edad. En la gama de ingresos que ocupaba el tercer lugar más bajo de la población (que incluía a los indigentes, los pobres y las personas de bajos ingresos por encima de la línea de pobreza), la proporción de personas sin cobertura aumentó a 26,4% (en comparación con el 13% entre quienes ocupaban la tercera gama de ingresos entre las más altas); entre quienes viven en las localidades con menos de 10 000 habitantes o en las zonas rurales, la proporción aumentó a 29% (en comparación con el 14% en Montevideo). Si bien solo 16 a 18% de las poblaciones de edad productiva y jubiladas carecen de cobertura, casi 24% de los niños menores de 14 años de edad carecían de cobertura.

La distribución general de la población con cobertura por proveedor (segmento B del Cuadro 34, ajustada sobre la base del porcentaje del total en vez de la cifra de personas con cobertura) presenta similitudes y diferencias con los datos estadísticos de 1981 contenidos en el Cuadro 29: la cobertura combinada del BPS y las IAMC es casi idéntica (45% en la encuesta frente a 44% en el Cuadro 29), pero la cobertura del Ministerio de Salud Pública es menor (24% frente a 28%) y la cobertura por otros es también menor (11% frente a 14%).

El porcentaje de las personas que tienen cobertura del Ministerio disminuye con el ingreso y la urbanización, mientras que lo opuesto ocurre en el caso de las personas protegidas por las IAMC y el sector privado. En la gama de ingresos más baja, 55% tenían cobertura del Ministerio (en comparación con 11% en la gama más alta) y, en el interior del país, la proporción fue de 47%, en contraste con 16% en Montevideo. A la inversa, la cobertura de las IAMC era de 34% en el nivel de ingresos más bajo, frente a 72% en el más alto, y 68% en Montevideo frente a 38% en el resto del país. De la misma forma, solo 1,8% del grupo de ingresos más bajos utilizaba los servicios privados frente a 3,3% en el grupo de ingresos más altos; 1,2% lo hacía en el interior frente a 3,5% en Montevideo. Debido a la falta de cobertura o la baja cobertura de los niños por las IAMC, salvo con cobertura complementaria, 39% de los niños menores de 14 años tenían cobertura de las IAMC, frente a 60% del grupo de edad productiva; a la inversa, el porcentaje de la población con cobertura del Ministerio de Salud Pública era el más elevado entre los niños (37% frente a 25% del grupo de edad productiva). El programa de maternidad-infantil del BPS concentraba su cobertura en los niños, particularmente en los menores de seis años de edad. Debido a la falta de cobertura de muchos pensionistas por el seguro de enfermedad del BPS, la proporción de este grupo protegida por el Ministerio era más elevada (32%) que el grupo de edad productiva (25%).

Los resultados de la encuesta de 1982 confirman muchos de los análisis previos e indican que la baja estimación de la cobertura del Ministerio seleccionada para inclusión en el Cuadro 29 es más pragmática que las estimaciones más altas que rechazamos. Lamentablemente, la encuesta de 1982 se realizó en el primer año de la crisis económica y no hay una encuesta reciente que arroje luz sobre el mejoramiento de la cobertura de atención de salud, tanto en general como de los pobres, que ha tenido lugar desde mediados de la década de 1980.

Impacto sobre las normas generales de salud

Como estado de asistencia social pionero en la Región, el Uruguay alcanzó con rapidez niveles singulares de salud en la Región para mediados del Siglo XX, pero el estancamiento de su economía y de los desembolsos en salud pública condujo a una disminución en el ritmo de mejora del nivel de salud. Entre tanto, otros países

de la América Latina y del Caribe aceleraron sus mejoras de salud y dejaron a la zaga al Uruguay (Apezechea, Prates y Franco, 1984). Por ejemplo, en 1950-1960, el Uruguay tenía la tasa de mortalidad infantil más baja entre 25 países de la Región, pero para 1980-1990, 10 países tenían tasas más bajas (CEPALC, 1989a).

Por tanto, para evaluar cabalmente el efecto de la universalización sobre las normas de salud, necesitaríamos series estadísticas exactas que se remonten a la década de 1900, cosa que es imposible. Las series disponibles, tales como las contenidas en el Cuadro 35, se remontan a mediados de la década de 1960 o la de 1970, cuando el mejoramiento de las normas de salud se había visto frenado ya. De acuerdo con el segmento A del Cuadro, la tasa de médicos por 10 000 habitantes se duplicó en 1965-1987; en realidad, el país tiene un superávit de médicos y la tercera tasa entre las más elevadas de la Región. La tasa de camas de hospital por 1000 habitantes alcanzó una cifra máxima en 1980 (la segunda entre las más altas en la Región en esa fecha) y descendió en 1987 a 5,0, volviendo al nivel de 1965. Se ha demostrado que existe exceso de capacidad aquí también (véase el Cuadro 12). En vez de ser afectadas por los problemas de la planta física y de personal, las asignaciones presupuestarias han tropezado con deficiencias, en particular la ineficiencia gerencial.

El Uruguay tiene la población más vieja de América Latina y el Caribe, y por lo tanto la tasa de mortalidad general ha aumentado lentamente, de 9,6 a 10,2. La expectativa de vida aumentó con rapidez en 1908-1956, pero los aumentos se vieron frenados notablemente en 1957-1963 y la expectativa de vida casi se estancó hasta mediados de la década de 1970; algún progreso ha ocurrido desde entonces (Apezechea, Prates y Franco, 1984). En 1960-1970, el Uruguay tenía la expectativa de vida más alta de la Región, pero experimentó un incremento de menos de tres años en 1970-1990; en otros países, la expectativa de vida aumentó con más rapidez y, para fines de la década de 1980, seis países tenían expectativas de vida más largas que el Uruguay. Las tasas de mortalidad infantil descendieron pronunciadamente en 1930-1955, casi estancándose hasta 1971, y descendieron después (Apezechea, Prates y Franco, 1984). Los datos recientes sobre las tasas de mortalidad infantil son poco uniformes. El Cuadro 35 ofrece tres series diferentes que indican un descenso en la tasa, de 11 a 26 puntos en 1970-1988. La aceleración en la tasa anual de descenso en la tasa de mortalidad infantil desde fines de la dé-

Cuadro 35. Instalaciones y normas de atención de salud en el Uruguay, 1965-1988.

A. INSTALACIONES Y NORMAS							
	Camas de hospital por 1000	Médicos por 10 000	Tasa de mortalidad			Expectativa de vida ^b	
			General	Infantil ^a			
				(1) ^b	(2)		(3)
1965	5,1	11,4	9,6	47,9	49	n.d.	68,4
1970	5,9	10,9	9,6	47,1	48	50,2	68,6
1975	n.d.	14,1	10,0	46,3	41	48,6	68,8
1980	6,0	17,5	10,3	41,7	38	38,2	69,6
1987-88	5,0	22,1	10,2	35,8	28	23,8	71,0

B. CAUSAS DE MUERTE (%)		
	1978-1979	1987
Toda la población		
Cardiovascular	40,9	41,1
Tumores	21,0	22,1
Accidentes	5,6	4,8
Infecciones y parásitos	2,7	2,0
Perinatal	3,8	2,1
Respiratoria	1,9	2,5
Niños menores de 1 año		
Perinatal	42,9	47,3
Anomalías perinatales	8,2	15,3
Infecciones intestinales	16,9	1,8
Deficiencias nutricionales	5,2	6,1
Respiratoria	6,4	5,6

Fuentes: Ministerio de Salud Pública, 1987; CEPALC, 1989; Mesa-Lago, 1989c; DGEC, 1981-1989; Márquez, 1989; Banco Mundial, 1989.

^aLas tres series provienen de CEPALC, Mesa-Lago y Márquez.

^bValores para períodos quinquenales.

cada de 1970 (o la de 1980) se ha debido principalmente al uso de las sales de rehidratación oral en todo el país, junto con la inmunización (Márquez, 1989).

El cambio en los perfiles de causas de defunción y de morbilidad en el Uruguay ocurrió mucho antes que en el resto de la Región. Para fines de la década de 1970, 62% de todas las muertes eran ocasionadas por las "enfermedades típicas del desarrollo", tales como las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos, mientras que solo 8% eran el resultado de "enfermedades típicas del subdesarrollo", tales como las enfermedades intestinales, parasíticas, perinatales y respiratorias. La tendencia previa continuó en la década de 1980 por lo que para 1987 las proporciones eran 63 y 6,6%, respectivamente (véase el Cuadro 35, segmento B). La vacunación generalizada en la última década erradicó la poliomielitis y la difteria y redujo espectacularmente la incidencia de la tuberculosis, la tos ferina, el sarampión y el tétanos.

Entre los lactantes, la proporción de infecciones intestinales como causa de muerte descendió pronunciadamente de 17 a 1,8% en 1978-1987 (principalmente como resultado de la campaña de rehidratación). A medida que disminuyó la proporción de estas enfermedades (y de las enfermedades respiratorias), el porcen-

taje de enfermedades perinatales y causas congénitas de la muerte infantil disminuyó. La malnutrición como causa de la muerte infantil es relativamente reducida, pero pareció estar aumentando en la década de 1980. La inmunización masiva de los niños ha reducido la morbilidad y la mortalidad; en 1983, 95% de los niños menores de un año de edad estaban vacunados contra la tuberculosis, 73% contra la poliomielitis, 70% contra el DPT y 62% contra el sarampión (Márquez, 1989).

Finalmente, el acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado también se ha ampliado. En 1960, 73,7% de la población urbana y solo 2,4% de la rural tenían acceso a agua potable (por tubería y pozos), pero las proporciones aumentaron a 96,5 y 69,2%, respectivamente, en 1985, arrojando un promedio nacional de 83%. En 1985, 96% de la población total tenía inodoro, 97,5% en las zonas urbanas y 86,5% en las zonas rurales (CEPALC, 1989a; DGEC/CEPALC, 1989).

Sin embargo, tal como se ha advertido, hay departamentos (los más pobres) en el país en los que las normas de salud y sanitarias están considerablemente por debajo del promedio nacional. Por ejemplo, se informó que la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional en 1986 era de 27,9 pero había tres departamentos con tasas

que oscilaban entre 38,8 y 44,8 (Ministerio de Salud Pública, 1987).

Efecto sobre la distribución del ingreso

Una encuesta por hogares en 1982 sobre los desembolsos públicos sociales evaluó el impacto sobre la distribución del ingreso de las subvenciones estatales para la atención de salud, la seguridad social (pensiones), el agua y el alcantarillado, la educación y la vivienda. En la atención de salud, la encuesta incluyó al Ministerio de Salud Pública, el Hospital Universitario, el programa de seguro de enfermedad y maternidad-infantil del BPS, los hospitales de las fuerzas armadas y otras instituciones públicas; se excluyeron las IAMC. El efecto de distribución se desagregó por proveedores y zonas de la manera siguiente: Montevideo, capitales de departamento, otras ciudades y zonas rurales. En el Cuadro 36 se presenta un resumen de los resultados principales de la encuesta.

Entre los desembolsos públicos sociales, los correspondientes a la atención de salud acusaron la mayor progresividad, contribuyendo más a una distribución igualitaria del ingreso. La transferencia por el Estado a todos los servicios de salud fue del 2,5% del PIB y alcanzó un promedio de 2,8% del ingreso familiar. Debido a la alta prioridad asignada a la atención de salud por las familias pobres, estas emplearon proporcionalmente más en dicho rubro que en otros servicios sociales; a medida que aumentó el ingreso familiar, se dedicó una proporción más baja del presupuesto a la atención de salud. Sin embargo, el efecto relativo de la subvención de salud sobre la distribución del ingreso fue menor que el de otras subvenciones (por ejemplo, pensiones), debido a que se asignaron menos recursos al sector salud en comparación con el

resto. Una reasignación de la subvención del Estado que incrementara la porción relativa de la salud aumentaría, por tanto, la progresividad de la subvención y su impacto redistributivo. En consecuencia, la reducción en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública a principios de la década de 1980 debería haber reducido la productividad de la subvención estatal, mientras que el incremento en el presupuesto durante la segunda mitad de la década de 1980 la debería haber aumentado (Davrieux, 1987).

El Cuadro 36 indica que el quintilo más pobre de la población recibió solo 7,2% del ingreso pero 34% de la subvención de salud, que aumentó su ingreso aproximadamente en un punto porcentual. El 40% más pobre de la población recibió 64% de la subvención, que aumentó su porción del ingreso en 1,5 puntos porcentuales. A medida que aumentó el ingreso familiar, disminuyó la porción de la subvención. El Ministerio canalizó 60% de la subvención recibida por las familias más pobres (54% de las familias amparadas por el Ministerio cayeron dentro del quintilo más bajo) y, luego, en importancia estuvo el programa de maternidad-infantil del BPS; el quintilo más pobre recibió de 48 a 49% de la subvención total asignada a cada proveedor. A la inversa, la distribución de la subvención al seguro de enfermedad del BPS fue considerablemente menos progresiva, debido a que el programa proporcionó cobertura a pocas personas dentro del quintilo más pobre y, por tanto, recibió solo 11,4% de la subvención (véase la sección sobre "Viabilidad del seguro social (BPS) y las IAMC", que comienza en la página 78). Sin embargo, con la expansión de la cobertura del BPS desde 1985 para incorporar a los grupos de ingresos más bajos, la progresividad de este programa puede haber mejorado. Las subvenciones a los servicios militares y otras agencias públicas fueron las menos progresivas (Davrieux, 1987; Mesa-Lago, 1989).

Cuadro 36. Efectos de las subvenciones estatales de salud sobre la Distribución del Ingreso Familiar en el Uruguay, 1982 (en porcentajes).

Quintilos por hogares	Distribución del subsidio por proveedor								
	Distribución del ingreso		BPS				Distribución del subsidio por zona		
	Antes del subsidio	Después del subsidio	Total	MSP	Materno infantil	Seguro de enfermedad	Montevideo	Otras ciudades ^a	Rural
20% más pobre	7,2	8,1	34,0	47,9	49,3	11,4	48,2	25,6	44,5
Segundo 20%	11,8	12,4	29,7	28,9	33,1	23,5	19,0	8,4	21,2
Tercer 20%	14,8	14,9	16,1	8,5	10,0	22,5	6,1	52,9	18,6
Cuarto 20%	19,9	19,5	8,4	7,0	7,6	26,0	6,7	9,3	10,3
Quinto 20%	46,3	45,2	11,8	7,7	0,0	16,6	20,0	3,8	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuentes: Davrieux, 1987; Petrei, 1987.

^aExcluye las capitales de departamento.

En términos de áreas, el impacto más progresivo de la subvención total de salud se registró en las zonas rurales (una reducción de -0,36 en el coeficiente de Gini), seguido por Montevideo (-0,27), otras capitales (-0,23) y otras ciudades (-0,17). El quintilo más pobre de la población rural recibió 44,5% de la subvención rural y el quintilo más pobre en Montevideo recibió 48% de la subvención asignada a esa capital (Cuadro 36). La distribución de la subvención total de salud por las áreas fue proporcional a la población residente en ellas, pero la distribución del Ministerio se concentró claramente en las áreas rurales como prioridad: estas recibieron 23,4% de la subvención frente a una porción de la población de 13,3%. En contraste, todos los demás proveedores salvo uno asignaron de 3 a 4% de la subvención a las zonas rurales donde la incidencia de la pobreza es más elevada (Davrieux, 1987). Las subvenciones para el agua potable y el alcantarillado ocuparon el tercer lugar en cuanto a progresividad (las subvenciones a la educación ocuparon el segundo), seguidas de las subvenciones a la vivienda y la seguridad social (pensiones).

Aunque no pudimos evaluar plenamente el acceso real de los pobres a la atención de salud, esta sección indica que la universalización de la cobertura en el Uruguay ha tenido un efecto positivo en elevar las normas de salud (aunque el efecto fue más fuerte antes y disminuyó en las dos últimas décadas) así como en mejorar la distribución del ingreso y ayudar a los pobres. El Ministerio emerge como el vehículo clave, tanto para cobertura de los pobres como para progresividad en la distribución del ingreso; por tanto, una asignación mayor de la subvención del Estado al Ministerio (junto con las políticas adecuadas encaminadas a mejorar la calidad y la eficiencia) tendría consecuencias beneficiosas importantes para los pobres.

ALTERNATIVAS PRIVADAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS POBRES

Análisis general

Los segmentos pobres de la población que no cuentan con cobertura del BPS tienen derecho a

atención de salud gratuita del Ministerio de Salud Pública, pero si no tienen acceso real a los servicios de este último o la calidad de los servicios disponibles es inferior, pocos de ellos podrían contrarrestar esta situación afiliándose a las IAMC o adquiriendo servicios privados. Además, las familias de los pobres que están aseguradas en el BPS no cuentan con cobertura en la mayoría de los servicios de salud, tales como los niños mayores de tres meses para medicina curativa, los mayores de seis años de edad para medicina preventiva y los mayores de nueve años de edad para atención dental; también tienen cobertura los cónyuges para cualquier atención de salud excepto la de maternidad. Los pobres no pueden sufragar los gastos de una cobertura complementaria en las IAMC para su familia en relación con los servicios no proporcionados por el seguro de enfermedad (en 1989, la cobertura complementaria para una esposa y dos hijos costaba \$US45 mensuales); de ahí que su única opción es la de recurrir a los servicios del Ministerio, gratuitos pero de baja calidad. Además, muchas familias de bajos ingresos (no pobres) de los asegurados en el BPS o los afiliados a las IAMC tampoco pueden sufragar los gastos de la cobertura complementaria y, al contrario de los pobres, tienen que pagar los servicios del Ministerio de acuerdo con sus ingresos.

El sector privado de salud (fuera de las IAMC) en el Uruguay es reducido, y proporciona cobertura solo a 2,3% de la población y efectúa 3,9% de los desembolsos totales de salud. Hay algunas organizaciones no gubernamentales que ayudan a los pobres y a las personas de bajos ingresos a obtener una atención de salud más integral y de mejor calidad. Además, hay algunos grupos de trabajadores de bajos ingresos que se han organizado en sindicatos, asociaciones o cooperativas que han podido obtener servicios complementarios. En Montevideo, la Asociación de Trabajadores Municipales tiene una clínica ambulatoria y un acuerdo con una IAMC, la Cooperativa de la Vivienda opera una pequeña clínica y una fábrica de sandalias tiene una clínica dental; en el interior, la Cooperativa de Omnibus de Paysandú administra una clínica ambulatoria. Como caso de estudio de estos servicios complementarios para las familias pobres y de bajos ingresos, hemos seleccionado la clínica de la Cooperativa de Producción de Botellas Termo (COTER) de Montevideo (Fundación Interamericana, 1987; Roura y colaboradores, 1989).

La clínica COTER y el paquete de salud

Historial

Esta cooperativa de artesanos fabrica botellas termo y otros artículos de vidrio utilizando el método tradicional de soplado. En 1966, la empresa privada que precedió a la cooperativa quebró y 26 de sus trabajadores decidieron adquirir la fábrica. En sus 25 años de existencia, COTER ha tenido sus períodos altos y bajos: en la década de 1970, cuando había mucha demanda de sus productos, la producción experimentó una rápida expansión, pero la crisis de la década de 1980 llevó a la cooperativa al borde de la bancarrota. Sin embargo, los trabajadores consiguieron, con una modesta ayuda externa, superar la crisis y hacer rentable de nuevo a la factoría; la producción se ha triplicado desde 1982. El número de miembros aumentó de 26 en 1966 a 80 en 1982 y a más de 200 en 1989. Cada miembro aporta un capital mínimo de \$US50 al principio; todos los trabajadores tienen garantizado un salario mínimo y los miembros tienen derecho a una participación en las utilidades.

COTER no solo es una empresa autoadministrada saludable, sino que es una de las pocas cooperativas industriales urbanas en el Uruguay que tiene un amplio programa social que incluye atención médica y dental en su propia clínica. En 1985, los miembros de la cooperativa votaron prácticamente con unanimidad para rechazar un aumento salarial a fin de crear una clínica. COTER alquiló una vivienda al otro lado de la calle de la fábrica y contrató a unos cuantos profesionales médicos; ese mismo año, la Fundación Interamericana proporcionó una donación de \$US5700 para adquirir equipo dental para la clínica. COTER también firmó un acuerdo con una IAMC, MIDU, para proporcionar servicios curativos complementarios a las familias de los trabajadores, 90% de los cuales se afiliaron al programa. En consideración de los servicios de la clínica y del número de personas en el grupo, MIDU redujo la cuota mensual para la cobertura complementaria. En 1987, la Fundación otorgó a la cooperativa una segunda donación de \$US28 000 para comprar el edificio en el que opera la clínica; a cambio, COTER convino en pagar \$US10 000 en cinco años a un fondo de desarrollo para financiar la ampliación de la cobertura de los servicios de atención primaria de salud clínicos a los trabajadores en seis fábricas más situadas en la vecindad, así como a los residentes pobres en una barriada urbana adyacente a la cooperativa.

La población servida por la clínica de COTER

Para fines de 1989, había 620 personas (180 miembros de la cooperativa y 440 familiares) que contaban con cobertura de la clínica y servicios complementarios de las IAMC. Para 1992, se espera que la clínica tenga un fondo de desarrollo establecido y que incorpore a 200 personas más, muchas de ellas pobres, aumentando el total a más de 800 usuarios. Las edades promedio de los miembros de COTER oscilan entre 25 y 30 años, la familia promedio tiene 3,5 miembros y la mayoría de ellos viven cerca de la fábrica y la clínica, que es la única en el área.

Los miembros de COTER no son pobres, pero la mayoría de ellos tienen bajos ingresos. De acuerdo con los funcionarios de COTER, el ingreso mensual promedio de una familia en 1989 era de \$US121, aproximadamente 2,4 veces más elevado que el de la línea de pobreza estimada por la CEPALC para Montevideo en 1988, pero aproximadamente una cuarta parte del ingreso familiar mensual promedio de esa ciudad en 1989. Si se dividiera la población de la capital en tres niveles de ingresos, los funcionarios de la cooperativa colocarían a los miembros de la cooperativa en el nivel superior de la gama de ingresos más baja.

Antes de establecerse la clínica y firmarse el convenio con MIDU, la mayoría de los trabajadores de COTER no tenían cobertura de atención de salud para sus familias y todos carecían de atención dental. Iban a las instalaciones del Ministerio de Salud Pública y abonaban pagos de usuarios o acudían al sector privado y pagaban aún más; cuando el servicio de salud necesario era demasiado costoso para ellos, la cooperativa tenía que ayudarles financieramente. Los trabajadores también se quejaban de la baja calidad de los servicios del Ministerio. De acuerdo con el presidente de COTER, los miembros de la cooperativa estaban en una situación peor que los pobres, porque tenían que pagar los servicios del Ministerio y de vez en cuando pasaban sin tratamiento médico.

Instalaciones, servicios y financiamiento

La clínica tiene una sala de recepción, un gabinete dental con todo el equipo requerido, una sala de ginecología, una farmacia bien abastecida y un cuarto de aseo. Su personal consiste en cinco médicos, dos dentistas, un ayudante dental y una secretaria; excepto en lo que respecta a los cuatro médicos suministrados por MIDU, el personal restante lo paga COTER. Los miembros y sus familias tienen acceso a todos los servicios clínicos: consulta ambulatoria sobre

medicina general, pediatría y ginecología cada día de la semana; cirugía menor y servicio de emergencia; atención dental (incluyendo ortodoncia) tres veces por semana; pruebas de laboratorio y medicinas; y servicios preventivos tales como inmunización, atención de maternidad, educación para la salud y control de la tuberculosis, diabetes y alta presión arterial. Por los distintos servicios se cargan bajos pagos de usuarios: \$US1 a \$US2 por un empaste dental y extracción (estos honorarios son aproximadamente una quinta parte de los cargados en otros lugares), \$US162 por un tratamiento de ortodoncia completo (pagaderos en 12 mensualidades), \$US0,35 por pruebas de laboratorio y \$US0,10 por cada receta; todos los servicios adicionales son gratuitos.

Las instalaciones de MIDU prestan todos los servicios que no pueden obtenerse en la clínica, tales como hospitalización, cirugía mayor, atención curativa compleja, rehabilitación, transporte por ambulancia y visitas a domicilio por los médicos; los servicios de MIDU también están disponibles cuando la clínica está cerrada. Los miembros de la cooperativa tienen derecho a seleccionar libremente entre las instalaciones y el personal de MIDU; también pueden cambiar de MIDU a otra IAMC si optan por hacerlo, pero al ejercer dicha opción pierden muchas de las ventajas actuales de que gozan con el plan de COTER.

COTER paga la mitad de la cobertura familiar complementaria en MIDU y los trabajadores pagan la otra mitad. Los costos anuales totales de todos los servicios de salud para COTER ascienden a \$US30 000 (cifra que sale de las utilidades) y se estima que, con todos los paquetes de salud, los trabajadores ahorran aproximadamente 90% de los costos promedio de servicios similares en otros lugares. La única ayuda financiera recibida por COTER para sus servicios de salud la han constituido las dos donaciones de la Fundación por un total de \$US33 700, suma análoga a los costos anuales de los servicios pagados por COTER.

Evaluación

El costo anual promedio por persona por todo el paquete de salud, incluido el honorario de COTER a MIDU pero excluyendo la depreciación del edificio y equipo de la clínica y el pago de los trabajadores a MIDU, fue de \$US48 en 1989; cuando se añaden estos otros costos, el costo por persona aumenta a \$US90. Aunque esta cifra no es estrictamente comparable a los desembolsos de salud por persona para 1986, tal

como se indica en el Cuadro 33, el costo por persona de COTER es 16% más bajo que el del Ministerio y la mitad aproximadamente que el de la IAMC promedio.

Los usuarios de los servicios clínicos citaron otras ventajas no financieras de la clínica tales como la proximidad, una relación directa con el personal médico, menos clientes y ausencia de colas de espera y mejor calidad de los servicios. Algunos usuarios dijeron que, incluso si una clínica de MIDU estuviera más cerca que la de COTER, seguirían utilizando esta última. Unos cuantos problemas advertidos por el personal clínico y los usuarios fueron ayuda de enfermería insuficiente y falta de algunas medicinas en la farmacia; no hubo quejas con respecto a los bajos pagos de los usuarios.

Queda por saber si la clínica de COTER ampliará su cobertura de atención primaria de salud a los trabajadores en otras seis fábricas y a los pobres en la barriada cercana. El acuerdo entre la Fundación y COTER en relación con la segunda donación no está claro en lo que respecta a cuándo debería comenzar la extensión de los servicios; según una interpretación, esto debería ocurrir en 1992 cuando quede establecido el fondo de desarrollo. Yo considero que, a menos que la Fundación aplique presión a COTER, la extensión prevista de los servicios no se hará realidad.

Una última cuestión importante es la de si el paquete de atención de salud de COTER puede duplicarse en otros lugares. Es cierto que parece haber una necesidad para ello ya que, tal como demuestra esta evaluación, corrigió algunas deficiencias clave con las que tropezaba la atención de salud en el Uruguay, tal como la mala calidad y las ineficiencias de los servicios públicos y dificultades financieras generales. Además, el plan de salud de COTER ha llegado a un segmento de la población que, aunque no es pobre, tiene un ingreso bajo, no está asegurado por el BPS y no hubiera podido afiliarse a una IAMC con sus propios medios. El elemento catalizador aquí lo constituyó sin duda esta cooperativa inusitada que ha tenido éxito tanto económica como socialmente. Los funcionarios de COTER, aunque conscientes de que su institución tenía características singulares, han declarado con optimismo que este modelo podría duplicarse si se educara a los trabajadores en los sindicatos y las cooperativas y se dispusiera de algún apoyo externo. La inversión modesta en este proyecto ha producido grandes dividendos y debería ampliarse.

COSTA RICA

LA POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS

De acuerdo con la CEPALC, en 1988 Costa Rica ocupaba el tercer lugar entre los países con la incidencia de pobreza más baja (población) en 10 países latinoamericanos (solo la Argentina y el Uruguay tenían tasas más bajas): 25% en todo el país, 21% en las zonas urbanas y 28% en las zonas rurales (Cuadro 2). En 1961-1981, la incidencia de la pobreza nacional (familia) en Costa Rica descendió de 51 a 22%, pero aumentó en 25% en 1988. Los datos sobre la población total acusan un aumento en la incidencia de la pobreza nacional de 24% en 1981 a 27% en 1988; el número de pobres aumentó en 35% en 1981-1988 (CEPALC, 1990).

La economía de Costa Rica creció a un ritmo muy bueno durante la década de 1960 y la de 1970; el desempleo manifiesto y la inflación fueron bajos y los salarios reales aumentaron constantemente. La crisis económica de 1981-1982 interrumpió ese proceso de desarrollo: el PIB real descendió casi en un 10% en esos dos años, la inflación alcanzó cotas máximas de 65 y 82%, el desempleo manifiesto llegó a un máximo de 9,4% en 1982 (mientras que el subempleo aumentó a 14,4%), y los sueldos reales descendieron en casi 30% en 1981-1982. Durante el resto

de la década de 1980, la economía experimentó una recuperación: el PIB real aumentó a una tasa anual promedio de 4% (con una tasa acumulativa de 21% en 1981-1989), la inflación descendió a un promedio de 16%, el desempleo manifiesto disminuyó a 5,5% en 1989 y los salarios reales se recuperaron algo, pero en 1988 permanecían 12% por debajo del nivel de 1980 (Vedova, 1986; CEPALC, 1989, 1989a).

La estimaciones de Altimir (1984) para 1979 indican que la incidencia de la pobreza nacional (familias) había descendido en realidad durante ese año a 17% (en comparación con la cifra de 24% dada por la CEPALC para 1970). También estimó que en 1982, en mitad de la crisis, la incidencia de la pobreza aumentó a 29% (cifra considerablemente más elevada que la proporcionada por la CEPALC de 22% para 1981). La encuesta de la CEPALC siguió la metodología de Altimir, por lo que suponemos que ambas series son comparables y llegamos a la conclusión de que la incidencia de la pobreza había alcanzado una cifra máxima en 1982 y había descendido a 25% en 1988.

En 1965-1988, la población urbana de Costa Rica experimentó un modesto aumento, de 38 a 45%. En 1988, Costa Rica ocupó el quinto lugar entre los países menos urbanizados de la Región (el quinto país entre los más rurales) y tuvo una tasa anual muy baja de incremento en la urbanización, que fue en realidad más baja en la década de 1980 que en la de 1965-1970 (Banco Mundial, 1990). La incidencia de la pobreza urbana (familias) casi se estancó entre 1970 y 1981 (15 y 16%), pero aumentó a 21% para 1988. La incidencia de la pobreza rural descendió de 30 a 28% en 1970-1981 y permaneció en 28% en 1988 (Cuadro 2). El grueso de los pobres sigue aún concentrado en las zonas rurales: en 1988, había el doble de indigentes en las zonas rurales que en las zonas urbanas. En el mismo año, había 726 300 pobres en Costa Rica (35% de ellos indigentes); 62% vivían en las zonas rurales y 38% en las urbanas (CEPALC, 1990).

El sector urbano (informal)

Como porcentaje de la población económicamente activa, el sector informal experimentó básicamente un estancamiento desde 1950 hasta al menos 1980, cuando se estimó que alcanzaba la cifra de 12,4%. Ese porcentaje fue el más bajo registrado por PREALC (1981) entre 14 países latinoamericanos; se excluyeron del estudio de PREALC los países menos desarrollados que probablemente tienen porcentajes más elevados del sector informal (excepto en lo que respecta a Cuba, que tiene un sector informal diminuto). Otras estimaciones del sector informal son más elevadas: aproximadamente 27% en 1979 y aumentando a 29 o 32% en 1982, el año máximo de la crisis (Fields, 1985; Pollack y Ulholf, 1985). La oficina de la OIT en San José estimó aproximadamente este sector en 18 a 22% en 1988. Hay consenso de que la crisis de 1981-1982 indujo un incremento en el sector informal, pero no existen datos fidedignos que expliquen lo que ha ocurrido en el período de recuperación. En 1988 se inició un estudio sobre el sector informal, pero no he podido obtener los resultados.

La Encuesta Nacional de Hogares, Empleo y Desempleo realizada trimestralmente proporciona datos para comparar las categorías ocupacionales de la fuerza laboral en 1980, 1982 (el peor año de la crisis) y 1986. El porcentaje combinado de los trabajadores autónomos y los trabajadores familiares no remunerados aumentó de 13% de la población económicamente activa en 1980 a 15% en 1986; probablemente todos los trabajadores familiares no remunerados y la mayoría de los trabajadores autónomos trabajan en el sector informal. Además, había 5,3% de empleados en el servicio doméstico (considerado como informal) en 1980. No se dispone de datos para 1986 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1980 a 1986). Algunos trabajadores asalariados y empleadores deberían haber estado en el sector informal. En 1987, la mitad del empleo industrial lo proporcionaban 15 000 microempresas y empresas pequeñas con un promedio de cinco empleados cada una, la mayoría de ellos trabajadores familiares no remunerados. Las entrevistas celebradas con líderes de tres asociaciones que abarcan a unas 7000 microempresas y empresas pequeñas, entre ellas cooperativas, indicaron que cada una emplea de uno a dos trabajadores, la mayoría familiares no remunerados, y que tanto los propietarios como los empleados reciben ingresos muy bajos. Dada la información precedente, el sector informal debería haber sido algo más elevado que 20% en 1986 (Mesa-Lago, 1990a).

El ingreso del sector informal como porcentaje del salario del sector formal aumentó de 42 a 46% en 1979-1982, pero descendió a 34% en 1983. En 1980, 16% de la población económicamente activa en los niveles de ingresos más bajos eran trabajadores autónomos y trabajadores familiares no remunerados; 85% de estos grupos se hallaban en la gama de ingresos más bajos. En 1979, 15% de todos los trabajadores anuales urbanos y los trabajadores que proporcionaban servicios (categorías en las que se concentran los trabajadores informales) eran pobres, y esta proporción había aumentado a casi 27% para 1982. Los datos sobre distribución del ingreso indican que el porcentaje del ingreso del 10% más pobre de las familias urbanas descendió de 2,1 a 1,5% en 1971-1983, pero aumentó a 2,3% en 1988 (Altimir, 1984; Fields, 1985; Vedova, 1986; Rovira, 1988; CEPALC, 1990). No existe información sobre otras categorías de trabajadores informales.

El sector rural

La población rural de 1988 era de 1,5 millones (55% de la población total), de la cual 447 100 eran pobres (30% de la población rural); 173 100 de estos últimos eran indigentes (11,6% de la población rural). El 20% más pobre de la población rural recibió 5,5% del ingreso rural total en 1988, y el ingreso promedio de ese quintilo rural era aproximadamente la mitad del ingreso promedio del quintilo urbano más pobre (CEPALC, 1990). La incidencia de la pobreza (familias) entre los trabajadores agrícolas aumentó de 34 a 53% en 1969-1982; aproximadamente 60% del incremento en la incidencia de la pobreza nacional durante la crisis se concentró en ese grupo (Altimir, 1984). El desempleo manifiesto y el subempleo combinados en las zonas rurales aumentaron de 11,6% en 1977 a 25% en 1982, pero descendieron pronunciadamente en 1983-1988 (Vedova, 1986; CEPALC, 1989).

Un estudio de las zonas rurales realizado para el Plan Nacional de Salud de 1971-1980 constató que 51% de la población del país vivía en poblados con menos de 2000 habitantes y 35% vivía en asentamientos con menos de 500 habitantes. La población rural más dispersa también era la que estaba geográficamente más aislada y la que era más pobre (con el ingreso por persona más bajo); estaba gravemente afectada por el desempleo, el analfabetismo, vivienda precaria y apiñada, contaminación del agua, falta de servicios adecuados para la evacuación de excretas, y altas tasas de malnutrición y mortalidad infan-

til (Sáenz, 1985). Debido a su dispersión, aislamiento y bajos niveles de vida, este segmento de la población tenía poco o ningún acceso a la atención de salud. Se estimó que el costo de proporcionar servicios de salud a esa población era elevado, debido a la ausencia de infraestructura, problemas en la construcción y el transporte y dificultades para atraer a personal médico calificado (Beirute, 1988).

Los cantones más rurales y menos desarrollados en las regiones de Brunca (sudeste, en la frontera con Panamá), Chorotega (al oeste, en la frontera con Nicaragua al norte) y Huetar Atlántica (nordeste, en la frontera con el Atlántico) son los que tienen los niveles de salud más bajos, tales como las tasas de mortalidad infantil más elevadas y malnutrición entre los niños (véase la sección sobre "Evaluación de la cobertura de los pobres y su impacto sobre las normas de salud", que comienza en la página 103). Aunque han habido mejoras impresionantes en la salud en todo el país, persisten graves problemas de salud en unos cuantos cantones y entre los grupos más vulnerables, especialmente en las zonas rurales remotas (Overholt, 1986)

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS (INFORMALES) Y RURALES

Estructura administrativa y cobertura legal

La Caja Costarricense de Seguro Social fue establecida en 1941 y comenzó a funcionar en 1943 proporcionando cobertura de enfermedad-maternidad y pensiones para los trabajadores urbanos asalariados. Conforme a las normas latinoamericanas fue introducida tarde, e inicialmente se limitó a la capital del país y a las capitales de provincia. La cobertura incluye atención general y especializada, atención de maternidad, cirugía, hospitalización, servicio de laboratorio, atención dental, servicios limitados de optometría y medicina para los asegurados (y pensionistas) y sus cónyuges e hijos a su cargo; los asegurados también tienen derecho a permiso pagado por enfermedad y maternidad.

En 1961, la ley dictaminó que el gobierno ampliase la cobertura del seguro social a toda la población dentro de un período de 10 años; la aplicación de la ley fue retrasada casi una dé-

cada debido a falta de la infraestructura necesaria. En 1971, una nueva ley ordenó a la CCSS que siguiera adelante con la "universalización" de la cobertura; hacia tal fin, una ley de 1973 transfirió todos los hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS. A cambio, este último se responsabilizó de la provisión de atención de salud gratuita para los pobres (indigentes), y el Estado pagó la factura. En 1973 la ley también estipuló que la CCSS se concentraría en la medicina curativa, mientras que el Ministerio lo haría en la medicina preventiva.

Como parte del énfasis en la expansión de la atención de salud de la década de 1970, la CCSS otorgó cobertura obligatoria a los empleados del servicio doméstico y a los de las microempresas y los familiares a su cargo, así como cobertura del seguro voluntario a los trabajadores autónomos, a los trabajadores familiares no remunerados y empleadores y los familiares a su cargo. Además, la cobertura de asistencia social (no contributiva) se hizo obligatoria para la atención de salud y las pensiones a los indigentes y los familiares a su cargo. Una familia indigente es definida como aquella que no puede satisfacer las necesidades básicas de alimento, vestimenta, vivienda y atención de salud; los indigentes o quienes ganan menos de 75% del salario agrícola mínimo pueden acogerse a los programas de asistencia social. La condición de los indigentes es comprobada dos veces al año por la CCSS, pero los expedientes no indican si la persona está asegurada o es indigente, lo que asegura legalmente un tratamiento de atención de salud igual para todos los usuarios. El Estado está obligado legalmente a reembolsar al CCSS el costo de la atención de salud a los indigentes, mientras que el programa de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF), iniciado en 1974, financia las pensiones de asistencia social concedidas por la CCSS.

El Plan Nacional de Salud de 1971-1980 encomendó al Ministerio de Salud (establecido en 1927) la tarea de ampliar la atención primaria de salud a la población rural más remota y dispersa, así como a la población urbana marginal. El programa rural de salud, que comenzó en 1973, se concentró primero en los asentamientos con menos de 500 habitantes y, posteriormente, en los asentamientos con menos de 2000 habitantes, donde estaba concentrada la pobreza. Un grupo de poblados y asentamientos constituye una "zona de salud" de 150 km² y con unos 3000 habitantes; un puesto rural de salud sirve a dicha zona y el personal paramédico visita la población en sus hogares; los servicios se proporcionan de acuerdo con las necesidades

locales; varios puestos de salud dependen de un centro de salud del Ministerio.

El programa urbano de la comunidad del Ministerio comenzó en 1976 y se orientó a la población urbana de las barriadas, que consistían básicamente en emigrantes rurales. Se formuló una infraestructura similar a la del programa rural, integrada por "áreas de trabajo", puestos de salud y centros de salud del Ministerio. El Ministerio también opera unidades móviles para medicina general y atención dental que proporcionan servicios a las personas que viven demasiado lejos de los centros de población y que no tienen acceso a la atención de salud.

Además, el Ministerio proporciona a toda la población servicios generales tales como control epidemiológico, saneamiento ambiental, inmunización, nutrición, educación para la salud y planificación de la familia. Por último, el Ministerio opera centros de educación y nutrición (CEN) que proporcionan leche y suplementos nutricionales y educación a los niños y mujeres embarazadas y administra los centros de atención integral (CINAI), que son centros de puericultura que suministran tres comidas a los niños menores de 6 años, así como otros servicios. El Ministerio de Educación proporciona comidas en las escuelas a los niños entre las edades de 6 y 12 años.

DESAF financia parte de la atención de salud del Ministerio para los pobres de las zonas rurales y urbanas, algunos de sus programas generales de prevención (agua potable, letrinas) y sus centros de educación y nutrición y atención integral.

Otras instituciones públicas que proporcionan algunos servicios de atención de salud son el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA); el Instituto Nacional de Seguros (INS) a cargo de los accidentes del trabajo, que fundamentalmente excluye a los pobres de la cobertura; y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) que ayuda a los pobres y personas de bajos ingresos (muchas de ellas en el sector informal) con apoyo monetario, capacitación y crédito, pero no con atención de salud: quienes la necesitan son transferidos por el IMAS a las instalaciones del Ministerio y de la CCSS.

En 1979, se introdujo legalmente el concepto de un sistema nacional de salud y con él se determinaron más claramente las funciones para todas las instituciones de atención de salud. El Plan Nacional de Desarrollo de 1982-1986 y el Plan Nacional de Salud de 1983 hicieron progresos en la integración, principalmente entre la CCSS y el Ministerio, que incluyeron lo si-

guiente: se estableció un Consejo Nacional de Salud bajo la dirección del Ministerio de Salud y se le encomendó el desarrollo del Sistema Nacional de Salud; las funciones se separaron y se realizó la coordinación, al igual que la uniformidad en términos de regiones de salud; si solo una institución servía a un determinado lugar, se decidió que esta se responsabilizaría totalmente de la atención de salud; y, en las instalaciones recién construidas, se integraron todos los programas y se albergaron bajo el mismo techo. Y sin embargo, menos de la mitad de las instalaciones de salud han sido integradas; ambas instituciones continúan funcionando básicamente bajo sus propias autoridades de alto nivel, burocracias y presupuestos; y la mayoría de los servicios no están funcionalmente unificados. La integración se ha logrado en parte a nivel local, pero no a nivel superior, y persisten problemas de superposición, uso ineficaz de los recursos, coordinación inadecuada y deficiencias en la calidad de los servicios.

Como hemos dicho, el Ministerio es responsable de la medicina preventiva mientras que la CCSS se dedica a la medicina curativa, con funciones y niveles de atención coordinados entre las dos instituciones en una estructura piramidal. El primer nivel de atención lo proporcionan los servicios de salud primarios y los de prevención del Ministerio a toda la población y a los grupos beneficiarios a través de las siguientes instalaciones: puestos de salud (control de las enfermedades contagiosas, vacunas, atención de salud materno-infantil, visitas domiciliarias); unidades móviles (grupos médicos completos, incluyendo dentistas, para diagnóstico y primeros auxilios); clínicas dentales; y centros de nutrición y educación. El segundo nivel combina los servicios de prevención y curativos a través de las instalaciones de ambas instituciones: los centros de salud del Ministerio (prevención, consulta ambulatoria, emergencia, servicios obstétricos, servicios pediátricos y medicina general) y los centros de asistencia rural (con funciones análogas, incluyendo hospitalización, en particular para partos) y las clínicas de la CCSS (consulta ambulatoria y funciones similares a las de los centros de salud del Ministerio) y consulta ambulatoria y cirugía menor en los hospitales. El tercer y cuarto niveles son los servicios curativos proporcionados por los hospitales periféricos, regionales y nacionales (especializados) de la CCSS.

En resumen, el sistema de salud de Costa Rica es uno de los pocos en la Región que es más típico de la seguridad social que del seguro social, y que ofrece las coberturas legales más

completas de los segmentos pobres de la población. Los indigentes de las zonas urbanas y rurales y sus familias tienen derecho a servicios preventivos, de atención primaria y todos los servicios curativos, gratuitamente, del Ministerio (pero no a beneficios monetarios). La cobertura de los pobres no está limitada a la población de edad productiva y los familiares a su cargo, sino que se extiende a los pensionistas de la asistencia social (no asegurados que reciben pensiones no contributivas de la CCSS) y sus familias.

La ley extiende cobertura obligatoria completa (atención de salud y beneficios monetarios) a todos los trabajadores asalariados (urbanos o rurales), incluyendo los empleados del servicio doméstico y los de las microempresas, aun las que tienen un solo empleado e independientemente del capital y el ingreso de la empresa. Sin embargo, los propietarios de las empresas clandestinas solicitan a menudo que sus empleados se afilien a la CCSS como autónomos, a fin de ahorrar el aporte del empleador. Los trabajadores autónomos (y los empleadores) pueden afiliarse a la CCSS voluntariamente (con beneficios completos de enfermedad-maternidad), bien individualmente o por medio de un convenio colectivo si son miembros de una asociación, sindicato, cooperativa o empresa autoadministrada. Los trabajadores familiares no remunerados, si no están ya amparados por la CCSS como familiares a cargo del asegurado, también pueden afiliarse voluntariamente. Todos los familiares a cargo de estos grupos de trabajadores tienen derecho también a la cobertura de atención de salud en la CCSS. Finalmente, los asegurados que pierden el empleo y los indigentes tienen derecho a cobertura gratuita de atención de salud (Sáenz, 1985; Rodríguez V., 1986; Overholt, 1986; Beirute, 1988; Miranda, 1990; Mesa-Lago, 1990).

Cobertura estadística

Los datos estadísticos sobre la cobertura de la población de la CCSS figuran entre los más integrales y fiables de la América Latina y el Caribe e incluyen series históricas que datan de tres décadas. La cobertura aumentó de 15,4% de la población total en 1960 a 38,4% en 1970, y, con la rápida expansión experimentada durante la década de 1970, alcanzó una cota histórica de 84,4% en 1979 (Mesa-Lago, 1990; Cuadro 37). Debido a la crisis económica, la cobertura de la CCSS descendió a 77% en 1981 pero aumentó

Cuadro 37. Datos oficiales sobre la población abarcada por la atención de salud en Costa Rica, 1979-1987 (en miles y porcentajes).

	Población ^a			Cobertura de los seguros sociales (CCSS)			% de la población con cobertura			% de la población con cobertura					
	Total (1)	Urbana (2)	Rural (3)	Asegurados ^b (4)	Indigentes ^c (5)	Total (6)	Asegurados (4/1)	Indigentes (5/1)	Total (6/1)	Urbana (7)	Rural (8)	Total (9)	Urbana (7/2)	Rural (8/3)	Total ^d (9/1)
1979	2170	927	1243	1678	155	1833	77,3	7,1	84,4	600	718	1318	64,7	57,7	60,7
1981	2342	1016	1326	1631	170	1801	69,7	7,2	76,9	527	641	1168	51,8	48,3	49,8
1984	2534	1128	1406	1878	206	2084	74,1	8,1	82,2	486	812	1298	43,1	57,7	51,2
1987	2774	1265	1509	2082	223	2305	75,1	8,0	83,1	602	859	1461	47,6	56,9	52,7

Fuentes: Cálculos del autor basados en la CCSS, 1984, 1986, 1988a; Beirute, 1988.

^aLa CCSS y el Ministerio de Salud proporcionan estimaciones totales de población más bajas para todo el período; escogimos las estimaciones más elevadas de acuerdo con los datos de las agencias internacionales. Las poblaciones urbanas y rurales constituyen estimaciones del autor basadas en datos de los censos de población para 1973 y 1984, y en proyecciones.

^bAsegurados por la CCSS; incluye a población activa, jubilados y personas a cargo (también incluye a un pequeño número de personas con cobertura de fondos de jubilación independientes).

^cCobertura no contributiva de los indigentes por la CCSS; incluye tanto a población activa como a jubilados.

^dLa superposición de la cobertura proviene de los distintos servicios: la CCSS proporciona medicina preventiva mientras que el Ministerio de Salud se ocupa predominantemente de la prevención, el saneamiento y la atención primaria de salud en zonas marginales rurales y urbanas dispersas.

de nuevo en 1984-1987, casi recuperando su nivel de 1979. El Cuadro 37 muestra que el número de asegurados (programa contributivo) descendió en 1979-1981 y, debido al incremento de la población, la proporción de asegurados con cobertura disminuyó de 77,3 a 69,7%. A la inversa, el número de indigentes con cobertura de salud aumentó durante la crisis, sobrepasando el incremento en la población y manteniendo la tasa de cobertura por encima de 7%. Si suponemos que el nivel superior de 15 a 20% de la población de Costa Rica, clasificado en el quintilo de ingresos superiores, adquiere su propia atención de salud, llegamos a la conclusión de que toda la población (y, por ende, los pobres) está protegida por la atención curativa.

El informe anual de la CCSS dio una cobertura total de población de 89,3% en 1987, debido a que utilizó estimaciones más bajas de población que las del Cuadro 37; si se toma la cifra oficial, el porcentaje de la población sin cobertura en 1987 era solo de 10,7% (CCSS, 1988). El informe afirma que este grupo tiene suficientes ingresos para pagar su propia atención, bien en la CCSS (que carga honorarios de acuerdo con el ingreso de los usuarios) o en el sector privado. Sin embargo, este último es muy pequeño en Costa Rica, de ahí que la mayor parte del grupo de ingresos más elevados dependa de los servicios de la CCSS.

Incluso si algunos de los pobres (principalmente rurales en zonas remotas y aisladas) no están protegidos por la medicina curativa de la CCSS, casi todos ellos tienen acceso a los servicios de atención primaria de salud y preventiva. El Cuadro 37 muestra que la cobertura combinada de los programas del Ministerio para los pobres de las zonas urbanas y rurales alcanzó a casi 61% en 1979, descendió a 50% en 1981 debido a la crisis económica y aumentó de nuevo a 53% en 1987. Durante este último año, la cobertura combinada de los servicios de salud de la CCSS y el Ministerio fue de 136%, siendo la superposición el resultado de diferentes servicios proporcionados por cada institución.

Además de concentrarse en los pobres, los servicios de atención de salud en Costa Rica se concentran en otros segmentos vulnerables de la población tales como las embarazadas y los lactantes. En 1983, 81% de todas las embarazadas estaban aseguradas por la CCSS, más otro 7% que se calificó como indigente; el 12% restante fue financieramente capaz de pagar la atención y contó con protección del Ministerio. En 1987, 90,7% de todos los nacimientos en el país (incluyendo los de familias indigentes) fueron atendidos en instalaciones de la CCSS. Una

encuesta de consultas ofrecidas en las instalaciones de la CCSS/Ministerio en 1983 puso de relieve que los lactantes tenían un promedio anual de 8,7 consultas por persona, 3,5 veces la cobertura total promedio de la población de 2,5; además, de 81 a 85% de todos los niños estaban inmunizados contra las enfermedades contagiosas más comunes. Finalmente, de 400 000 a 500 000 niños (54 a 68% de la población menor de 10 años de edad) recibió comida diaria a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación en 1988; sin embargo, los funcionarios de DESAF declararon que la mayoría de las zonas rurales aisladas y necesitadas no se beneficiaban de este programa (Overholt, 1986; CCSS, 1988, 1988a; Rodríguez Cubero, 1988; Fernández Campos, 1988).

Los segmentos pobres de las zonas urbanas

El programa del Ministerio para la población marginal de las zonas urbanas aumentó constantemente su cobertura de 10% de la población urbana total en 1976 a una cifra máxima de 65% en 1979, pero, debido a la crisis económica, la cobertura descendió a 43% en 1984. Durante la crisis de 1981-1982, se redujeron los servicios; por ejemplo, 44% en atención infantil y 11% en visitas domiciliarias. Con la recuperación económica, la mayoría de estos servicios se restablecieron y para 1987 las instalaciones del Ministerio proporcionaban cobertura a 281 zonas urbanas marginales con 146 094 viviendas. La cobertura aumentó de nuevo a más de 47% en 1987 pero permaneció por debajo de la máxima en 1979. A pesar de este descenso, en 1987 el porcentaje de cobertura urbana por el Ministerio (47%) fue el doble que la incidencia de la pobreza urbana (24%). Además, el programa del Ministerio se concentra en la población marginal urbana (pobre), por lo que su grado de cobertura es superior al de la población urbana total. Sin embargo, se ha declarado que 20% de los pobres urbanos que son visitados por personal médico o paramédico del Ministerio no utilizan las instalaciones del Ministerio o de la CCSS a las que son remitidos (Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, 1984; Overholt, 1986; Beirute, 1988).

La cobertura de población por la CCSS no puede desagregarse por residencia urbano-rural, pero podemos evaluar de forma aproximada la protección de algunos grupos informales. En 1980-1986, el número de trabajadores autónomos protegidos por el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS aumentó en 69%, de 93 941 a 158 488. Como porcentaje

del total de los trabajadores autónomos en la fuerza laboral, los asegurados aumentaron de 81 a 109%, mientras que el porcentaje de cobertura de los trabajadores asalariados descendió de 79 a 74% (véase el Cuadro 38). La explicación para el exceso de cobertura en 1986 de los trabajadores autónomos es que 45% de los inscritos como autónomos son en realidad trabajadores asalariados empleados en pequeñas empresas (71 320) que pretenden ser autónomos debido a las presiones de sus propietarios (para ahorrar el aporte del empleador) o a los incentivos ofrecidos por convenios en grupo firmados con la CCSS. (Por tanto, el número real de autónomos asegurados en 1986 fue de aproximadamente 87 168, y su cobertura promedio fue de 60%). En 1987, había 70 acuerdos de grupo en vigor, proporcionando cobertura a 39 871 trabajadores autónomos afiliados en alguna clase de asociación, que se beneficiaron de una contribución porcentual más baja que la pagada por los trabajadores asalariados y los trabajadores autónomos individuales (véase la sección sobre "Política de seguridad social", que comienza en la pág. 98). En cualquier caso, el porcentaje de cobertura de los trabajadores autónomos en Costa Rica parece ser el más alto de América Latina y el Caribe (véase el Cuadro 9).

De acuerdo con el Cuadro 38, los ingresos promedio de todos los trabajadores autónomos asegurados en 1987 eran aproximadamente una tercera parte de los ingresos promedio de todos los asegurados en la CCSS. Sin embargo, el promedio de trabajadores autónomos asegurados individualmente era menos de una décima parte

del promedio de ingresos en conjunto; puesto que 76% de todos los trabajadores autónomos asegurados figuran en esta categoría, podemos suponer que la mayoría de ellos son pobres o tienen ingresos muy bajos (pero, véase la sección "Política de seguridad social", a partir de la pág. 98). A la inversa, 24% de todos los trabajadores autónomos que están asegurados mediante acuerdos en grupo tienen ingresos promedio que están 7% por encima del promedio general (Cuadro 38).

Tenemos datos sobre el número de empleados en el servicio doméstico amparados por la CCSS, pero no sobre el número total de estos trabajadores del sector informal; una estimación aproximada para 1980 es de 40 800, con 9772, o solo una cuarta parte, asegurados ese año. Los ingresos promedio de los empleados en el servicio doméstico en 1987 eran los más bajos de todos los grupos asegurados, 30% del promedio general; de ahí que puedan considerarse como pobres o de ingresos muy bajos. El número de empleados en el servicio doméstico asegurados por la CCSS alcanzó una cifra máxima en 1985 en 1982, pero descendió constantemente a 6065 en 1987 (Cuadro 38; CCSS, 1988a). Esto se debe probablemente a un descenso en este tipo de empleo, pero también pudiera ser el resultado de evasión en una ocupación que es muy difícil de comprobar para la CCSS.

Prácticamente no existe información sobre el número de pequeños empleadores o propietarios de microempresas que están asegurados por la CCSS. El jefe de una asociación de empleadores me señaló que solo 20% de sus miembros

Cuadro 38. Número de asegurados, ingresos promedio y grado de cobertura de la población por el programa de enfermedad-maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por grupos ocupacionales, Costa Rica, 1987.

Grupos ocupacionales	Número de asegurados (en miles)	Distribución (%)	Ganancias mensuales (colones)	Relación frente a todos los asegurados	Porcentaje de cobertura de grupo ^a
Trabajadores asalariados	493,5	74,8	15 733	1,22	74
Privados ^b	322,7	48,9	13 230	1,03	n.d.
Agencias autónomas	96,1	14,6	23 867	1,86	n.d.
Gobierno	68,7	10,4	17 153	1,33	n.d.
Trabajadores domésticos	6,0	0,9	3943	0,30	25
Agricultores ^c	72,6	11,0	11 377	0,88	48,8
Trabajadores autónomos	166,2	25,2	4158	0,32	109 ^d
Individuos	126,3	19,2	1115	0,08	n.d.
Acuerdos de grupo	39,9	6,0	13 800	1,07	n.d.
Todos los asegurados	659,7	100,0	12 816	1,00	66,9

Fuentes: Cálculos del autor basados en la CCSS, 1988, 1988a; OIT, 1988; Mesa-Lago, 1990.

^aPorcentaje de la PEA con cobertura, total y por grupos específicos; datos de 1986.

^bExcluye a los trabajadores domésticos.

^cIncluidos en el total de trabajadores asalariados.

^dUnos 71 000 trabajadores asalariados informales se han inscrito como autónomos; al excluirlos, la cobertura de seguro de los trabajadores autónomos desciende a 60%.

estaban asegurados, otro que la mayoría no estaba asegurada y aún otro que muy pocos de sus miembros estaban asegurados (Mesa-Lago, 1990).

El número combinado de trabajadores autónomos (incluidos los que realmente son trabajadores informales asalariados o empleadores) y de empleados del servicio doméstico asegurados en el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS aumentó constantemente de 18% del total de asegurados en 1979 a 26% en 1987 (Cuadro 38; CCSS, 1988a). Esta es una cifra impresionante, aún considerando el tamaño relativamente reducido del sector informal en Costa Rica. Además, los trabajadores informales que son indigentes tienen derecho a atención de salud gratuita de la CCSS.

Lamentablemente, solo tenemos datos sobre los indigentes autónomos y estos no están desagregados por residencia urbano-rural, por lo que posteriormente nos referimos al total (incluyendo a los autónomos rurales). En 1987, había 57 870 trabajadores autónomos que recibían atención de salud como indigentes en la CCSS o 32% de la población total indigente amparada y 40% del número total de trabajadores autónomos. Cuando añadimos el número de trabajadores autónomos protegidos como indigentes (57 870) y asegurados (87 168), el total resultante (145 000) es igual al número total de trabajadores autónomos en 1986, lo que indica que todos ellos estaban protegidos de una u otra forma.

Pobres en las zonas rurales

El programa del Ministerio para los pobres en las zonas rurales amplió constantemente su cobertura de 12% de la población rural en 1973 a un máximo de 58% en 1979. La crisis económica produjo reducciones en casi todos los servicios (16% en los asentamientos servidos, 23% en las visitas domiciliarias y 20% en la atención prenatal) y la cobertura de la población descendió a 48% en 1981. Con la recuperación económica se restablecieron los servicios y para 1984 la cobertura había vuelto al nivel máximo de 1979, indicando que se daba prioridad a las zonas rurales frente a las urbanas. Incluso en medio de la crisis (1982), 53% de los gastos en medicina curativa y 61% de los gastos en medicina preventiva fueron asignados a las zonas rurales (Pfefferman, 1989). En 1987, el programa proporcionó servicios a través de 393 puestos rurales de salud a 236 840 hogares en 4966 lugares. Cabe advertir que, aunque 58% de la población rural total contaba con protección, se

estimó que la población destinataria (asentamientos con menos de 2000 habitantes) que contaba con protección era de 95% en 1983. Finalmente, la incidencia de la población rural en 1988 fue menor (30%) que la cobertura rural del Ministerio, que fue de 57% (Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, 1984; Overholt, 1986; Beirute, 1988).

En 1987, los ingresos promedio de los trabajadores agrícolas asegurados por la CCSS equivalieron a 88% de todos los ingresos promedio de todos los asegurados, por lo que difícilmente pueden considerarse como pobres. Cerca de la mitad de todos los trabajadores agrícolas asalariados estaban asegurados (Cuadro 38). Sin embargo, la mayoría de los trabajadores autónomos son rurales, la cobertura de los trabajadores autónomos por la CCSS es prácticamente universal y los trabajadores autónomos asegurados (en particular individualmente) tienen ingresos muy bajos. En consecuencia, podemos llegar a la conclusión de que un elevado porcentaje de los trabajadores pobres autónomos en las zonas rurales está asegurado por la CCSS.

Lamentablemente, carecemos de información sobre el número de indigentes en las zonas rurales protegidos por la CCSS. Sin embargo, podemos suponer sin temor a equivocarnos que los servicios curativos de la CCSS no llegan a las zonas más remotas como lo hacen los servicios del Ministerio de Salud. Aun cuando es cierto que los que necesitan tratamiento más complejo deberían ser remitidos por el personal del Ministerio a los hospitales de la CCSS, las dificultades de transporte y otras barreras económicas y culturales probablemente impidan a algunos de los pobres más necesitados en las zonas rurales utilizar estos servicios. Si 20% de los pobres urbanos que son transferidos no utilizan los servicios de hospitalización, el porcentaje probablemente sea más elevado entre los pobres de las zonas rurales.

El Cuadro 39 proporciona un panorama general de la distribución de las instalaciones de salud del Ministerio y de la CCSS en las cinco regiones de salud. Las regiones rurales más aisladas, Brunca y Chorotega, incluyen la mayor parte de los cantones con los niveles de salud más bajos del país. Aunque es de esperar alguna concentración de las instalaciones y recursos de la CCSS en la Región Central (donde está situada la ciudad capital), el cuadro muestra disparidades excesivas entre la Región Central y las otras regiones: con 52% de la población del país, la Región Central tiene entre 79 y 81% de las camas de hospital, médicos y enfermeras

Cuadro 39. Distribución porcentual de los recursos de salud por región en Costa Rica, 1984.

Regiones sanitarias	Población	CCSS			Ministerio de Salud	
		Camas de hospital ^a	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras
Central ^b	52	80	79	81	61	37
Huetar Norte	18	2	2	2	15	24
Huetar Atlántico	7	4	5	3	8	15
Chorotega	13	8	9	9	10	14
Brunce	10	6	5	5	6	10
Total	100	100	100	100	100	100

Fuentes: Cálculos del autor basados en Sáenz, 1985; Overholt, 1986; CCSS, 1988a.

^a1987.

^bCombina las regiones norte y sur.

de la CCSS. A la inversa, las instalaciones del Ministerio están distribuidas más equitativamente; en realidad, la proporción de enfermeras en la Región Central es más baja que su proporción de la población. Por ejemplo, Chorotega tiene 14% de la población pero solo recibe 9% de los médicos y enfermeras de la CCSS, y solo 10% de los médicos del Ministerio y 14% de sus enfermeras. Nuevamente, la naturaleza del Ministerio y los servicios de la CCSS justifica en parte la distribución más pareja de los primeros, pero no aclara por completo la cuestión del acceso a los servicios de hospital en las zonas remotas.

RAZONES PARA LA ALTA COBERTURA DE LOS POBRES

En la sección precedente se indicó que casi todos los pobres urbanos y rurales cuentan con cobertura de atención de salud en Costa Rica mediante una combinación de servicios de la CCSS y el Ministerio de Salud. ¿Cómo es esto posible, en particular en un país con menos recursos naturales y un ingreso por persona más bajo que otros, tales como Venezuela y México, que han sido incapaces de alcanzar dicha meta? En comparación con el Uruguay, que también tiene un ingreso más elevado por persona y un sistema de seguridad social mucho más antiguo, Costa Rica ha logrado una cobertura de atención de salud más amplia de los pobres. Los factores generales y la política de seguridad social pueden explicar este fenómeno.

Factores generales

Costa Rica ocupa el cuarto lugar entre los países latinoamericanos más pequeños, no tiene ba-

rreras topográficas importantes y su población es muy homogénea étnicamente; solo se habla un idioma y las diferencias culturales entre sus habitantes (cuya tasa de alfabetización ocupa el cuarto lugar entre los países de la Región) son poco importantes. Asimismo, existe un buen sistema de comunicación y muy pocas zonas están totalmente aisladas. Por más de tres décadas, el país ha gozado de estabilidad política y de un sistema democrático; no hay grandes diferencias entre los dos partidos políticos principales que se han alternado en el poder. El Partido de Liberación Nacional (PLN) ha sido la principal fuerza política desde la década de 1960 y puso en práctica con rapidez una política social (con énfasis en la educación, la atención de salud y la seguridad social) que ha sido sancionada básicamente por las ramas ejecutiva y legislativa independientemente del partido en el poder. Aunque la CCSS fue creada en 1941 (por un presidente ilustrado y avanzado a su época), su expansión de la cobertura en la década de 1960 y en particular de 1970 fue el resultado del compromiso político y continuos esfuerzos del PLN. Debido a que Costa Rica no tiene fuerzas armadas, los desembolsos de la defensa han podido dedicarse a programas sociales.

Costa Rica ocupa el tercer lugar entre los países con menos incidencia de pobreza encuestados por la CEPALC. También ocupa el quinto lugar en América Latina y el Caribe en cuanto al menor grado de urbanización y probablemente tiene el sector informal más reducido de la Región, con excepción de Cuba. Además, ocupa el segundo lugar entre los países con el mayor porcentaje de trabajadores asalariados en la fuerza laboral (más elevado incluso que el Uruguay y la Argentina), lo que ha facilitado la expansión de la cobertura de la población por el seguro social. Por el contrario, los grupos ocupacionales que son difíciles de proteger (los trabajadores autónomos, los trabajadores familiares no remunerados y los empleados en el servicio doméstico) son los más pequeños de la Región.

Aunque el sector rural en Costa Rica es proporcionalmente uno de los cinco mayores de la Región, tradicionalmente ha sido relativamente próspero. A fines de la década de 1980, la desigualdad en el ingreso rural en Costa Rica (medida por el coeficiente de Gini) ocupó el segundo lugar entre las más bajas de siete países latinoamericanos (en cuanto a la menor desigualdad en el ingreso urbano, Costa Rica también ocupó el segundo lugar entre nueve países). Y lo que es incluso más importante, la brecha en la desigualdad del ingreso entre las zonas rurales y las urbanas en Costa Rica fue la menor (0,005 conforme al coeficiente de Gini) entre siete países (CEPALC, 1990). No hay diferencias importantes en la alfabetización y otros indicadores sociales entre las zonas urbanas y rurales, al contrario de lo que ocurre en otros países de América Latina y el Caribe.

Política de seguridad social

No hay duda de que el compromiso político ha desempeñado un papel clave en la política de seguridad social de Costa Rica desde la década de 1970, pero la atención de salud es lo que más ha avanzado. Los programas del Ministerio de Salud para las poblaciones rurales y urbanas marginales dispersas y los programas de la CCSS para los indigentes, los trabajadores autónomos y los empleados en el servicio doméstico han permitido universalizar la atención de salud. A la inversa, la cobertura del seguro sobre pensiones, en particular entre los trabajadores autónomos, es considerablemente más baja: en 1987, el programa de seguro de pensiones del CCSS protegía a 45% de la población económicamente activa, frente a 67% por el programa de seguro de enfermedad-maternidad (la cobertura de los trabajadores autónomos era de 3,4 y 100%, respectivamente). Aun cuando hay un programa de pensiones de asistencia social para

los indigentes, tiene que llenar el enorme vacío dejado por el seguro social.

La diferencia en la cobertura entre los dos programas del seguro social se explica si tenemos en cuenta las prioridades de la población (la atención de salud es una necesidad inmediata, mientras que las pensiones son una preocupación de largo plazo) y también la estructura de financiamiento diferente de los dos programas.

El Cuadro 40 indica que la contribución porcentual total para el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS correspondiente a los trabajadores asalariados es de 16%, pero los asegurados solo aportan 5,5% (excluyendo a los empleados del servicio doméstico). Habitualmente, los trabajadores autónomos han de pagar la contribución porcentual total, ya que no tienen empleador, y la carga de dicha contribución ha de ser un medio de disuación para su afiliación en muchos países. Sin embargo, en Costa Rica los trabajadores autónomos pagan entre 5 y 12,5% de acuerdo con una escala basada en el ingreso; como la mayoría de ellos declaran un ingreso bajo, pagan el porcentaje más bajo en la escala. En 1988, los trabajadores autónomos asegurados individualmente aportaron un promedio de 5,8%, mientras que los asegurados a través de acuerdos colectivos pagaron 6,8% y la contribución promedio fue de 6% (frente al 5,5% abonado por los trabajadores asalariados).

Por el contrario, la contribución porcentual aportada por los trabajadores asalariados a las pensiones es de 2,5% mientras que la abonada por los trabajadores autónomos es de 7,25%, tres veces más. Esto explica en gran medida por qué la afiliación de los trabajadores autónomos en el programa de pensiones es tan baja, mientras que es muy elevada en el programa de enfermedad-maternidad. Tal como se indicó antes, algunos de los inscritos como trabajadores autónomos son realmente trabajadores

Cuadro 40. Contribuciones de los trabajadores asalariados y autónomos a la CCSS, Costa Rica, 1988 (porcentaje del sueldo o ingreso).

Programas	Asalariados ^a			Total	Autónomos
	Asegurados	Empleador	Estado		
Enfermedad-maternidad	5,50	9,25	1,25 ^c	16,00	5,0-12,25 ^d
Pensiones	2,50	4,75	0,25	7,50	7,25
Otros ^b	1,00	11,66	0	12,66	0
Total	9,00	25,66	1,50	36,16	12,25-19,50

Fuente: Legislación.

^aIncluye a los trabajadores domésticos.

^bLesión en el empleo, asignaciones familiares, capacitación, IMAS, etc.

^cNo está claro si la contribución actual del Estado es 1,25% ó 0,75%.

^dLa escala se basa en los ingresos; el promedio para todos los asegurados es 6%; la base mínima es 75% del salario agrícola mínimo.

asalariados en empresas informales, cuyos propietarios ahorran 26% de los aportes del empleador mediante ese subterfugio: el propietario ahorra dinero incluso cuando reembolsa "generosamente" a sus empleados por la contribución del asegurado.

La base mínima para aplicar la escala de enfermedad-maternidad de contribución a los trabajadores autónomos es de 75% del salario agrícola mínimo. Este salario ha aumentado paulatinamente, pero el salario base para la escala de contribución ha permanecido inmutable; de ahí que el porcentaje de trabajadores autónomos que aportan la contribución más baja haya aumentado con el tiempo. Además, la CCSS afirma que el ingreso declarado para fines de contribución por los trabajadores autónomos individualmente asegurados es más bajo que el ingreso real y, debido a que es imposible controlar dicho fraude, pagan menos de lo que deberían y son subvencionados por el resto. Sin embargo, esta subvención quizás surta un efecto progresivo sobre la distribución, debido al ingreso muy bajo de los trabajadores autónomos. Además, la CCSS indica que la contribución porcentual aportada por los trabajadores autónomos en acuerdos de grupo, aunque más elevada que la abonada por los individuos, es baja para estos grupos, que tienen un ingreso promedio 7,6% más elevado que el del trabajador asalariado; en este caso, la subvención debería tener un efecto regresivo (López Vargas, 1988).

Los acuerdos en grupo han sido un mecanismo para acelerar la incorporación de los trabajadores autónomos, debido a que es difícil y costoso cobrar de cada uno de ellos individualmente. La asociación, sindicato o cooperativa es responsable del cobro de los aportes y de responder a cualquier deuda, pero existen desventajas. Con frecuencia, estas asociaciones proporcionan cobertura a los grupos de ingresos medios (tales como chóferes de taxi, pequeños fabricantes, agricultores de tamaño intermedio, profesionales) que, según se indica, declaran ingresos más bajos que sus ingresos reales. Aunque el aporte puede ajustarse anualmente, ha sido casi imposible elevarlo debido a la fuerza de algunas de estas asociaciones. Como sus aportes son más bajos, los acuerdos en grupo animan adicionalmente a los trabajadores asalariados a presentarse como trabajadores autónomos y promueven el paso del sector formal al sector informal. Teóricamente, las asociaciones deberían evitar esta simulación (si se halla fraude, la CCSS puede cancelar el acuerdo), pero en la práctica no existe un control eficaz (Quirós, 1987; Acuña, 1988).

Finalmente, un trabajador autónomo o trabajador informal asalariado que requiera atención médica y no es indigente ni está asegurado en la CCSS puede inscribirse, abonar la primera contribución y dejar de pagar después de recibir la atención. Legalmente, la CCSS no puede negarse a prestar los servicios médicos, sino que solo puede comprobar el historial financiero del usuario. En consecuencia, la persona autónoma con deuda puede recibir nuevamente atención médica y lo peor que puede ocurrir es que se vea obligada a firmar un acuerdo de pago de la deuda, que es difícil luego de ejecutar para la CCSS (Mesa-Lago, 1990).

El análisis precedente demuestra lo fácil y poco costoso que es para los trabajadores autónomos y asalariados del sector informal ser asegurados por el programa de enfermedad-maternidad de la CCSS. Evidentemente, hay costos financieros para la institución y han de eliminarse algunos abusos (tal como se explicará en la próxima sección), pero esta flexibilidad ha sido un factor clave en la universalización de la cobertura, especialmente en el sector urbano.

VIABILIDAD FINANCIERA DE LOS SEGUROS SOCIALES Y EL SECTOR PÚBLICO PARA MANTENER LA COBERTURA DE LOS POBRES

Los pocos pobres que quedan sin protección en la cobertura casi universal de Costa Rica, especialmente los que no tienen hospitalización, residen en los cantones menos desarrollados y más aislados de las zonas rurales. Probablemente pudieran ser incorporados con la infraestructura y recursos existentes, junto con un mejor sistema de envío al nivel superior de atención y educación de la población en los condados más pobres. La cuestión es la de si el actual sistema de atención de salud es financieramente viable para mantener cobertura universal y la calidad de los servicios a largo plazo. Debido a la integración relativa de la CCSS y el Ministerio de Salud, hablaremos de la viabilidad de ambas instituciones en combinación, en tanto advertimos las diferencias importantes que existen entre ellas.

Los desembolsos de salud por persona (en colones constantes) experimentaron una duplica-

Cuadro 41. Instalaciones, recursos y eficiencia de la atención de salud en Costa Rica, 1965-1987.

	1965	1973	1979	1982	1987
Instalaciones					
Hospitales (CCSS)	33	33	32	32	29
Clinicas (CCSS)	n.d.	69	94	107	129
Puestos de salud (Ministerio)	0	61	360	367	444
Unidades móviles (Ministerio)	0	6	63	44	88 ^c
Centros de salud (Ministerio)	22 ^b	65	83	84	84 ^c
Hospitales					
Camas x 1000	4,3	3,9	3,5	3,2	2,7
Ocupación hospitalaria (%)	n.d.	71,5	72,0	75,3	77,6
Promedio diario de permanencia	11,2	9,4	7,2	7,2	6,4
Médicos por 10000	4,5	6,1 ^b	8,9	9,8 ^c	10,4
Consultas por persona	1,5	2,7	3,5	3,4	3,1 ^a
Nacimientos en hospitales	n.d.	n.d.	n.d.	85,7	90,7
Gastos de salud					
% of PNB	n.d.	4,9	7,4	5,6	6,9 ^c
Colonos (1978) p/c	545 ^b	703	1022	457	693 ^c

Fuentes: Sáenz, 1985; Overholt, 1986; Rodríguez V, 1986; DETEC, 1987; Beirut, 1988; CCSS, 1988a; CEPALC, 1989a.

^aCCSS solamente.

^b1970.

^c1985.

ción entre 1970 y 1979, pero descendieron en más de la mitad a mediados de la crisis; aunque habían crecido desde 1983, para 1987 permanecían por debajo de su nivel de 1973. Como porcentaje del PIB, los desembolsos totales en salud aumentaron de 4,9% en 1973 a una cifra máxima de 7,4% en 1979, descendieron a 5,6% en 1982 (en medio de la crisis) y aumentaron a 6,9% en 1985 (véase el Cuadro 41). A pesar del descenso, este porcentaje figura aún entre los más elevados de la Región, y Costa Rica ha sido uno de los pocos países que ha salido con rapidez de la situación deprimida por la que atravesaba la atención de salud en la Región. Después del descenso en la cobertura de la población tanto en la CCSS como en el Ministerio durante la crisis, para 1987 se habían recuperado los niveles previos de cobertura, salvo en lo que respecta al programa urbano del Ministerio. Pero algunos expertos declaran que la calidad de los servicios se ha deteriorado (véase la sección sobre "Evaluación de la cobertura de los pobres y su impacto sobre las normas de salud", a partir de la pág. 103).

La CCSS, que proporciona cobertura a 83% de la población en lo que respecta a medicina curativa, recibe 80,4% del ingreso total de salud no privado y emplea 81% de los desembolsos correspondientes. También tiene entre 90 y 93% de todas las camas de hospital, médicos y enfermeras. A la inversa, el Ministerio, que proporciona cobertura a 52% de la población en cuanto a medicina preventiva y atención primaria de salud, recibe 19% del ingreso total y emplea una porción similar de los desembolsos totales; el Ministerio administra entre 7 y 10% de todos los

recursos de salud (véase el Cuadro 42, segmento A).

La disparidad en las asignaciones de los recursos de salud entre las dos instituciones puede explicarse en parte considerando la naturaleza diferente de los servicios proporcionados por cada una de ellas: los servicios curativos de

Cuadro 42. Comparación de las instalaciones/recursos de atención de salud y gastos por persona entre los proveedores en Costa Rica, 1985.

A. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL			
	CCSS	Ministerio de Salud	Total
Cobertura de la población ^a	83,1	52,7	135,8 ^b
Ingresos	80,4	19,5	100,0
Gastos	80,9	19,1	100,0
Camas de hospital ^a	93,4	6,6	100,0
Médicos	90,4	9,6	100,0
Enfermeras	90,5	9,1	100,0
B. GASTOS DE SALUD POR PERSONA			
	Colonos 1978	Relación sobre el total	
CCSS	707 ^c	1,02	
Asegurados	765 ^c	1,10	
Indigentes	549	0,79	
Ministerio de Salud	116	0,16	
Pobres urbanos	28	0,04	
Pobres rurales	4	0,006	
Total	693	1,00	

Fuentes: Cálculos del autor basados en Sáenz, 1985; Overholt, 1986; DETEC, 1988.

^a1987.

^bCobertura excesiva debido a distintos servicios ofrecidos por la CCSS y el Ministerio de Salud.

^cIncluye transferencias; si se las elimina, las cifras son de 587 CCSS, y 634 asegurados.

la CCSS requieren alta densidad del capital y necesitan instalaciones, equipo y personal más costosos que los servicios preventivos del Ministerio. La proporción de desembolsos de salud destinada a la medicina preventiva en Costa Rica es menos de una décima parte de la destinada a la medicina curativa (cabe advertir que algunos servicios del Ministerio son curativos). Los costos de atención de salud por persona (en colones de 1978) para las dos instituciones y sus clientes respectivos se presentan en el segmento B del Cuadro 42: la CCSS emplea seis veces más personas que el Ministerio. Además, los programas del Ministerio para los pobres en las zonas urbanas y rurales tienen desembolsos por persona que son 24 y 3% de los desembolsos promedio totales del Ministerio por persona y son insignificantes cuando se les compara con los desembolsos por persona de la CCSS. Cosa interesante, los desembolsos por persona de los asegurados o indigentes en la CCSS son bastante similares, en particular si se considera que estos últimos no reúnen las condiciones para recibir beneficios monetarios; esto es un indicio de que no hay discriminación entre ellos. Sin embargo, esta razón no explica plenamente la disparidad en los recursos y costos entre la CCSS y el Ministerio. En gran medida, el problema guarda relación con el cambio en los perfiles patológicos y de morbilidad hacia enfermedades que son más complejas y costosas de tratar. Los costos más elevados en la CCSS también han sido el resultado de un exceso de personal y de otras ineficiencias (Mesa-Lago, 1989c).

En el Cuadro 41 se presentan, en forma resumida, las instalaciones de salud y su eficiencia en 1965-1987. Aunque el número de hospitales experimentó un ligero descenso, el número de clínicas de la CCSS y puestos de salud del Ministerio aumentó siete veces durante ese período mientras que el número de centros de salud del Ministerio aumentó casi cuatro veces; las unidades móviles del Ministerio aumentaron 15 veces en 1973-1987. Por tanto, la expansión de la planta física en las dos últimas décadas ha sido verdaderamente impresionante, en particular en las instalaciones de los niveles primero y segundo de atención.

La eficiencia también ha mejorado. La ocupación de hospitales aumentó de 71,5 a 77,6% en 1973-1987, mientras que la duración promedio de permanencia descendió de 11,2 a 6,4 días en 1965-1987. Estos cambios, junto con la reorganización de la atención médica infantil y el descenso en la tasa de natalidad, permitió una pequeña reducción en el número de hospitales y

en la relación de camas de hospital por 1000 habitantes, que descendió de 4,3 a 2,7. Prácticamente todas las camas de hospital pertenecen a la CCSS, pero los centros de salud del Ministerio tienen algunas camas para partos, cirugía menor y emergencias. Aunque la ocupación promedio de hospital para los hospitales de la CCSS fue de 79% en 1987, hubo tres hospitales con tasas muy bajas de 57 a 59% (dos de ellos en la Región de Bruncas) y cuatro hospitales con tasas de 65 a 68%; por tanto, hay aquí cabida para mejora. La duración promedio de permanencia fue de 6,1 días en 1987, pero esta cifra incluyó a hospitales para enfermedades crónicas; cuando estos se excluyeron, la mayoría de los promedios de los hospitales restantes oscilaron entre tres y cinco días. Las tasas de ocupación en el Ministerio fueron considerablemente más bajas que en la CCSS y descendieron de 59,9% en 1982 a 50,9% en 1987 (CCSS, 1988a).

La relación de empleados de la CCSS por 1000 asegurados alcanzó la cifra de 12,6 en 1981, una de las más altas de la Región. El plan de emergencia de 1983 redujo la relación a 10,4 en 1987, pero aún era excesivamente alta. El porcentaje de desembolsos en el programa de enfermedad-maternidad destinados a los salarios de personal y beneficios marginales descendió de 54% en 1983 a 50% en 1987, pero el salario mensual promedio de la CCSS en 1987 fue el doble del salario promedio de todos los asegurados y 5% más elevado que el salario promedio en las instituciones autónomas (el más alto en Costa Rica). Entre los beneficios marginales percibidos por los empleados de la CCSS, la exención de pagar los aportes de los asegurados, que son abonados por la CCSS, es especialmente ofensiva (Mesa-Lago, 1989a; CCSS, 1988a).

El número de médicos totales por 10 000 habitantes se duplicó en Costa Rica en 1965-1987, pasando de 4,5 a 10,4. Las consultas por persona aumentaron a más del doble en 1965-1979, pasando de 1,5 a 3,5, pero parecían haberse estabilizado después. Los partos en hospitales aumentaron de 85,7 a 90,7% de los nacimientos totales en 1982-1987 (Cuadro 41). Finalmente, en 1981-1982, de 81 a 85% de los niños estaban inmunizados contra el DPT, la poliomielitis y la tuberculosis; en 1984-1987, 81% de los niños menores de un año de edad estaban inmunizados contra el sarampión (Overholt, 1986; Beirute, 1988; Pfefferman, 1989).

El programa de enfermedad-maternidad de la CCSS acaparó 74% de los desembolsos corrientes de la CCSS en 1987; terminó con un déficit financiero en seis años en 1975-1982. Las razones para el déficit, en términos de ingresos,

fueron: porcentaje insuficiente de contribuciones salariales; incumplimiento por el Estado de su parte de las obligaciones financieras a la CCSS, principalmente su contribución como tercero y el reembolso del costo para el tratamiento de los indigentes (la deuda acumulativa total del Estado en 1987 fue de \$US61 millones, 86% de la cual recayó sobre el programa de enfermedad-maternidad); y la evasión, demoras en los pagos y pérdidas de ingresos por motivo de la subdeclaración del ingreso por los trabajadores autónomos y la inscripción de trabajadores asalariados informales como autoempleados. En términos de desembolsos, las razones para el déficit fueron beneficios demasiado generosos tales como el costo parcial de los servicios de ortodoncia y lentes de contacto; personal excesivo y sueldos y beneficios marginales demasiado elevados y algunas ineficiencias en los hospitales.

El plan de emergencia de 1983 corrigió algunos de estos problemas. Por ejemplo, el porcentaje de contribución se aumentó de 14 a 16% (en mucho, el más elevado en América Latina y el Caribe, y cuatro puntos porcentuales por encima del más elevado siguiente); se firmaron acuerdos con el Estado para que pudiera pagar sus deudas con valores; y se mejoraron los controles sobre la evasión y las moras. Además, se eliminaron algunos beneficios generosos; para 1984 se despidieron 852 empleados o se jubilaron (aún así, el número de empleados en 1987 fue 5,4% más elevado que en 1982, antes del plan de emergencia); la eficiencia de los hospitales siguió mejorándose. Como resultado de estas medidas, desde 1983 ha habido un superávit en el programa de enfermedad-maternidad. Un estudio actuarial realizado en 1988 recomendó una transferencia de 1% del aporte porcentual del programa de enfermedad-maternidad al programa de pensiones, dejando 15% en el primero. El estudio aseguró que, a pesar de la transferencia, el programa de enfermedad-maternidad generaría un superávit por 10 años o hasta 1998 (Durán, 1988; DETEC, 1988; Beirute, 1988).

Incluso si las proyecciones actuariales sobre el programa de enfermedad-maternidad son exactas, la estabilidad financiera de toda la CCSS está en peligro debido al desequilibrio en el programa de pensiones. Cuatro estudios actuariales y las revisiones de este programa realizadas en 1980-1988 llegaron a la conclusión de que terminará con déficit entre 1990 y 1996, obligando así a utilizar las reservas para pagar las pensiones. En 1990, el Actuario Jefe reconoció que no había ahorro de las reservas en ese año y

que el programa experimentaría graves problemas financieros en 1996, y la bancarrota para el año 2000.

Algunas causas para el desequilibrio en el programa de pensiones son similares a las responsables de problemas en el programa de enfermedad-maternidad, pero hay causas específicas también. En términos de ingresos, el porcentaje de la contribución salarial ha permanecido sin modificar por 40 años, y el rendimiento real de la inversión ha sido negativo, en parte debido a que muchas de las reservas se han prestado a los programas de enfermedad-maternidad, los préstamos no se han indexado y los tipos de interés han sido más bajos que las tasas de inflación. En lo que respecta a los desembolsos, la edad para jubilación anticipada se redujo paulatinamente, mientras que la expectativa de vida aumentó con rapidez y las pensiones se ajustaron por encima del incremento en el costo de vida. Como resultado de estas políticas, los beneficios aumentaron mucho más de lo que se calculó actuarialmente, no todos los ingresos se obtuvieron en realidad y las contribuciones no se aumentaron; para empeorar las cosas, el programa de pensiones comenzó a madurar y el número de pensionistas aumentó con rapidez. Por tanto, no es sorprendente que el déficit actuarial experimentara una rápida expansión.

En 1983, cesaron los préstamos del programa de pensiones al programa de enfermedad-maternidad y el programa de emergencia redujo los desembolsos; sin embargo, la mayoría de los problemas principales que ocasionaron el desequilibrio en el programa de pensiones permanecieron sin resolver. A fin de restablecer el equilibrio, han de adoptarse dos o más de las medidas siguientes: elevar la edad de jubilación, aumentar la contribución porcentual en 1,5% (la transferencia de 1% del programa de enfermedad-maternidad ayudaría pero no sería suficiente), aumentar los rendimientos reales de la inversión, reducir las pensiones y obligar al Estado a cumplir sus obligaciones financieras. La mayoría de estas medidas son política o económicamente difíciles de implantar y ninguna se había puesto en práctica a principios de 1990.

Puesto que el programa de enfermedad-maternidad está ahora generando un superávit financiero, será mayor la tentación de utilizar dichos fondos para compensar los déficit financieros que con el tiempo se produzcan en el programa de pensiones (la transferencia recomendada de 1% de la contribución es una indicación de este hecho). Si el programa de pensiones entra realmente en una grave crisis, pudiera

arrastrar consigo al programa de enfermedad-maternidad. Es evidente que estas son dos razones poderosas para estabilizar el programa de pensiones (Dávila, 1988; Mesa-Lago, 1988b; CCSS, 1990; Carvajal, 1990).

Al principio de esta sección, se mencionó que el grupo de pobres que necesita cobertura de atención de hospitalización quizás viva en los cantones rurales más aislados. Y sin embargo, los esfuerzos recientes de la CCSS por ampliar la cobertura se concentran en los trabajadores autónomos, los cuales, tal como se ha demostrado, tienen prácticamente cobertura universal bien como asegurados o como indigentes. De acuerdo con la oficina actuarial de la CCSS, en 1987 había 58 586 trabajadores autónomos que necesitaban incorporación, básicamente el mismo número que ya recibía atención de salud como indigentes (aunque este grupo necesita desesperadamente cobertura de pensiones). Los proyectos modificaron las escalas de aportes para los trabajadores autónomos, haciéndolas más uniformes; las escalas se ajustarían periódicamente de acuerdo con los salarios mínimos y máximos en el sector privado así como con la capacidad real de pago de los trabajadores autónomos. Los acuerdos en grupo se cancelarían y serían sustituidos por acuerdos nuevos con normas uniformes: las asociaciones cobrarían los aportes de los asegurados y, además, efectuarían su propia contribución. Parte de la contribución del Estado se utilizaría para subvencionar la afiliación de trabajadores autónomos individuales que no están asociados y, por tanto, que carecen de la contribución de la asociación. Por último, los trabajadores autónomos tendrían derecho a permiso pagado de enfermedad-maternidad.

Aunque estos proyectos incluyeron mejoras de normalización y financiamiento, también ignoraron el ingreso bajo de los trabajadores autónomos que son incorporados como indigentes, sobreestimaron la capacidad de la CCSS para ejercer control y determinar el ingreso real de los trabajadores autónomos asociados que tienen capacidad para aportar más a la CCSS, diluyeron aún más la contribución del Estado (aportada normalmente tarde y desvalorizada) como medio de subvencionar los ingresos individuales bajos y añadieron nuevos beneficios (permiso pagado) que son difíciles de financiar y no son esenciales. Aunque estos proyectos fueron aprobados por la CCSS en 1988, no habían sido puestos en práctica todavía para fines de 1989, debido probablemente a las dificultades arriba citadas (Acuña, 1988; López Vargas, 1988; CCSS, 1988b; Mesa-Lago, 1990a).

EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS POBRES Y SU IMPACTO SOBRE LAS NORMAS DE SALUD

En esta sección se evalúa la cobertura combinada por la CCSS y el Ministerio de Salud de los pobres en tres áreas: acceso real de los pobres a la atención de salud, impacto de los programas de la CCSS y el Ministerio sobre las normas generales de salud, y efecto de dichos programas en la distribución del ingreso.

Acceso real de los pobres a los servicios de atención de salud

En 1984, una encuesta por hogares en relación con los desembolsos sociales públicos recopiló información sobre el acceso a la atención de salud por nivel de ingresos y de pobreza de la población; los resultados de esta encuesta se han analizado en un estudio minucioso por Rodríguez V. (1986). La encuesta caracterizó la indigencia absoluta como falta de ingreso familiar suficiente para comprar una cesta mínima de alimentos, y pobreza absoluta como falta de ingresos suficientes para satisfacer necesidades básicas no alimentarias, incluyendo la atención de salud; el resto de la población se consideró como no pobre. La encuesta distinguió entre las zonas rurales y urbanas para los tres grupos. Se determinó que el ingreso promedio de una familia indigente era 22% del ingreso promedio nacional, mientras que el ingreso promedio de una familia pobre se determinó como 44% del promedio nacional. En el Cuadro 43 se proporciona un resumen de los resultados principales de la encuesta.

La encuesta preguntó a la población que había estado enferma, había tenido problemas de salud o había sufrido un accidente en los tres meses previos a la administración del cuestionario si había buscado atención médica. A nivel nacional, 64% contestó afirmativamente y 36% negativamente, pero 45% de los indigentes no buscaron ayuda médica, en comparación con 36% de los pobres y 34% de los no pobres. Aunque hubo una diferencia de 11 puntos porcentuales entre los dos grupos extremos, la encuesta indicó que la mayoría de los pobres buscaban ayuda médica.

Del 64% que buscó ayuda médica a nivel nacional, 81,4% lo hicieron en la CCSS, 3,9% en el Ministerio y 14,6% en el sector privado. La desa-

Cuadro 43. Miembros de la población que estuvieron enfermos y buscaron o no buscaron consulta médica (proveedores y razones), por niveles de pobreza en Costa Rica, 1983 (distribución porcentual).

Niveles de pobreza	¿Se buscó o no consulta médica? ^a		Proveedores de consulta médica		Razones para no buscar consulta médica							
					Ministerio de Salud		Se curaron solos o con ayuda de amigo	No necesario	Ninguna instalación cercana	Mucha espera, mala calidad	Costo elevado	Otros
					CCSS	Privados						
Indigentes	54,8	45,2	83,3	9,7	7,0	59,8	19,8	9,6	4,8	3,4	3,5	
Pobres	64,0	36,0	89,1	4,2	6,7	57,5	24,5	5,7	5,6	5,2	1,5	
No pobres	66,0	34,0	79,5	2,6	17,9	62,4	19,1	5,4	7,3	1,4	4,4	
Total	63,8	36,2	81,4	3,9	14,6	61,1	20,0	6,3	6,3	2,4	3,8	

Fuentes: Rodríguez V., 1986, y cálculos del autor.

^aPersonas que se sintieron enfermas o tuvieron problemas de salud o un accidente tres meses antes de la encuesta y tuvieron consulta médica o no la tuvieron.

gregación de los usuarios por niveles de pobreza indicó que la CCSS era el principal proveedor de servicios independientemente del nivel de ingresos, pero el grado de utilización fue más elevado entre los pobres (89%), seguido de los indigentes (83%) y fue el más bajo entre los no pobres (79,5%). Parece que la encuesta utilizó el término "asegurados" (en la CCSS) en el cuestionario, excluyendo así la atención de asistencia social de los indigentes pagada por el Estado; si se hubiera incluido esta última, el porcentaje de indigentes que utilizaron los servicios de la CCSS habría sido aún más elevado. El uso de las consultas del Ministerio fue más alto entre los indigentes (casi 10%) y más bajo entre los no pobres (2,6%). Por el contrario, las consultas privadas fueron más numerosas entre los no pobres (18%) y aproximadamente las mismas entre los indigentes y los no pobres (7%). Las consultas anuales por persona promedio fueron diferentes para los distintos proveedores: 1,95 en el Ministerio, 2,61 en la CCSS y 3,19 en el sector privado; si se hubiera empleado el número de consultas, en vez de usuarios, en los cálculos del Cuadro 43, la porción de la CCSS y el sector privado habría sido más elevada y la del Ministerio, más baja.

La encuesta también preguntó a los usuarios por qué habían ido a un determinado proveedor para consulta ambulatoria. Quienes fueron a la CCSS lo hicieron, primero, porque tenían cobertura institucional y, segundo, porque las instalaciones de la CCSS estaban cerca de sus hogares (se constató que esto era más importante en las zonas rurales que en las urbanas); la calidad del servicio también fue mencionada pero no pareció ser relevante. Los usuarios del Ministerio de Salud citaron primero la proximidad como la razón más importante y el bajo costo como la segunda razón (en particular entre los pobres, y aún más entre los pobres de las zonas rurales). Finalmente, quienes pagaron por la

consulta privada lo hicieron para recibir mejor atención o porque no podían seleccionar al médico (Rodríguez V., 1986).

Las razones aducidas para no buscar atención médica por 36% de la población fueron las siguientes: 61% se curaron a sí mismos o recurrieron a un amigo no médico (60% entre los indigentes, 58% entre los pobres y 62% entre los no pobres); 20% consideraron que la atención médica no era necesaria debido a que la enfermedad no era grave (24% entre los pobres y 19% tanto entre los indigentes como entre los no pobres); 6% dieron como razón la falta de servicios próximos a su residencia (9% entre los indigentes); 6% culparon a las largas colas o a la mala calidad de los servicios (que osciló entre 4,8% entre los indigentes y 7% entre los no pobres); y 2,4% dijeron que la causa la constituía el costo elevado del servicio (3,4% en los indigentes).

En resumen, salvo unas cuantas excepciones, la encuesta no detectó diferencias espectaculares entre los tres grupos en términos de acceso a la salud, utilización de proveedores y razones para utilizarlos o causas para no buscar la atención médica cuando se hallaban enfermos. Además, la encuesta subestimó el número de indigentes con acceso a los servicios de la CCSS. La encuesta halló las diferencias menores siguientes: el uso de las instalaciones de la CCSS fue más frecuente entre los pobres que entre los indigentes, pero más frecuente entre estos últimos que entre los no pobres; los indigentes recurrieron al Ministerio de Salud como segundo proveedor, pero la segunda opción de los pobres fueron los servicios privados (aunque con una pequeña diferencia entre el Ministerio y la atención privada), y una proporción importante de los no pobres utilizaron los servicios privados; la proximidad de las instalaciones a sus lugares de residencia, la cobertura institucional y el bajo costo del servicio fueron las ra-

zonas más importantes para seleccionar a los proveedores en el caso de los indigentes y los pobres (la proximidad para los pobres de las zonas rurales y el costo para los de las zonas urbanas), mientras que la calidad del servicio fue irrelevante para ellos pero vital para los no pobres (Rodríguez, V. 1986).

Impacto sobre las normas generales de salud

Costa Rica es uno de los países de América Latina y el Caribe que ha mejorado las normas de salud con más rapidez. En el Cuadro 44 se indica que, en la década de 1970, la tasa anual promedio de reducción en la tasa de mortalidad fue el doble que en la década de 1960, mientras que el descenso en la tasa de mortalidad infantil fue 6 veces más elevado. Hubo una reducción importante en la tasa de descenso en la década de 1980, debido probablemente en parte a la crisis económica, pero también debido a que a medida que las tasas de mortalidad alcanzan niveles bajos, se hace cada vez más difícil reducirlas; en el caso de las tasas generales de mortalidad, el envejecimiento de la población costarricense induciría con el tiempo un incremento. En cualquier caso, el cuadro muestra que en 1960-1987 las tasas generales de mortalidad se redujeron en la mitad, las tasas de mortalidad infantil se redujeron en tres cuartas partes y la expectativa de vida aumentó en 14,5 años.

También ha habido un cambio espectacular en el perfil epidemiológico del país. En 1965, 49% de las causas principales de defunción fueron "enfermedades del subdesarrollo", tales como las enfermedades contagiosas, los problemas del aparato digestivo, los parásitos, las enfermedades respiratorias y las condiciones prenatales, mientras que solo 22,7% fueron "enfermedades del desarrollo", tales como las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes. Para 1980, las proporciones se habían invertido a 24,5 y 55%, respectivamente; en la década de 1980, aunque la tendencia continuó, hubo una reducción importante y las proporciones fueron de 24 y 58%, respectivamente. Entre los niños menores de un año de edad, 23,4% de las muertes en 1970 fueron ocasionadas por gastroenteritis, enfermedades infecciosas y parásitos, pero para 1980, la proporción había descendido a 10,8%; además, 10,3% de las muertes en 1970 fueron ocasionadas por bronquitis, tétanos y sarampión, pero 10 años después no se declararon muertes debidas a dichas enfermedades. Entre los niños de 1 a 4 años de edad, la gastroenteritis fue la causa principal de defunción en 1970 (23,4%), mientras que el sarampión, el tétanos, la tos ferina y la bronquitis ocasionaron 19% de las muertes; para 1980, no se notificaron defunciones debidas a ninguna de estas enfermedades. Hubo descensos paralelos en las tasas de morbilidad en la década de 1970 para enfermedades evitables mediante la inmu-

Cuadro 44. Normas de salud en Costa Rica, 1960-1987.

	1960 ^a	1970 ^b	1980	1987	Cambio 1987/1960
Tasas de mortalidad					
General	8,0	6,7	4,1	3,9	-4,1
Infantil	68,6	61,5	19,1	17,8	-50,8
Expectativa de vida (años)	60,2	65,6	70,8	74,7	14,5
Causas de muerte (%)					
Contagio, intestinal, parásitos	27,0	19,0	8,4	8,1	-18,9
Respiratoria	11,5	10,4	10,2	8,9	-2,6
Prenatal	10,7	6,2	5,9	6,9	-3,8
Cardiovascular	9,1	22,0	25,3	27,9	18,8
Tumores	9,5	12,6	16,7	19,2	9,7
Accidentes	4,1	8,8	13,3	10,6	6,5
Otras	28,1	21,0	20,2	18,4	-9,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Malnutrición infantil (%)					
General	57,4	53,2	34,2 ^c	n.d.	-23,2
2° y 3er. grado	13,7	12,7	3,6 ^c	n.d.	-10,1
Saneamiento: % población con:					
Agua potable	57	73	84	93 ^d	36
Alcantarillado	n.d.	48	87	95 ^d	47

Fuentes: Sáenz, 1985; Overholt, 1986; Rodríguez V., 1986; Beirut, 1988; CEPALC, 1989a; Mesa-Lago, 1990; Banco Mundial, 1990.

^a1965 por causas de muerte, malnutrición y saneamiento.

^b1973 por causas de muerte; 1975 por malnutrición.

^c1982.

^d1985.

nización; la poliomielitis, la difteria y el sarampión son ahora prácticamente inexistentes, mientras que las tasas de malaria, tos ferina y tétanos son sumamente bajas (Overholt, 1986).

La malnutrición general entre los niños menores de 5 años de edad descendió de 57,4% en 1965 a 34,2% en 1982; la malnutrición de segundo y tercer grado descendió aún más espectacularmente, de 13,7 a 3,6%, respectivamente, en esos mismos años; la tasa anual de descenso en 1970-1982 fue casi cuatro veces más elevada que en 1965-1970. Finalmente, el porcentaje de la población con acceso a agua potable (acueducto o fácil acceso) aumentó de 57% en 1965 a 93% en 1985, mientras que la proporción de la población servida por alcantarillado u otros medios de eliminación de excretas aumentó de 48 a 95%. Las zonas urbanas tienen 100% de acceso a ambos servicios, mientras que las zonas rurales tienen 82 y 88% de acceso, respectivamente (Beirute, 1988). Las enfermedades relacionadas con la falta de estos servicios se han reducido espectacularmente.

Varios expertos internacionales y nacionales en materia de atención de salud y/o desarrollo están de acuerdo en que, aunque las citadas mejoras en materia de salud introducidas por Costa Rica no pueden atribuirse única o completamente a las políticas de salud de la década de 1970, ambas están claramente correlacionadas: el establecimiento de los programas del Ministerio de Salud para las zonas rurales y urbanas, la aceleración de la ampliación de la cobertura de la CCSS (incluyendo a los indigentes) y el establecimiento de programas de nutrición y otros programas para las embarazadas y los niños ocurrieron todos en esa década. El Plan Nacional de Salud de 1974-1980 estableció metas que los expertos consideraron difíciles de alcanzar en sus comienzos, pero que realmente se alcanzaron con creces. En realidad, Costa Rica había proporcionado atención de salud prácticamente

para todos sus ciudadanos antes de la meta de la OMS de salud para todos establecida en Alma-Ata en 1978 (Sáenz, 1985; Overholt, 1986; Rodríguez V., 1986; Beirute, 1988; Pfefferman, 1989).

No pudimos evaluar con exactitud el impacto respectivo de la CCSS y el Ministerio sobre las normas de salud cada vez más elevadas de Costa Rica, pero hay indicaciones de que el impacto del Ministerio (en relación con su porción menor de los recursos) ha sido más elevado debido a que se ha concentrado en grupos más vulnerables tales como las mujeres pobres y los niños; los desembolsos de la CCSS en los indigentes, las embarazadas y los niños quizás hayan tenido un efecto más beneficioso sobre las normas generales de salud que los desembolsos en grupos de ingresos más elevados y de edad productiva. Un documento de la CCSS declara que los programas de atención primaria de salud, inmunización y nutrición infantil del Ministerio han hecho más para reducir la mortalidad y morbilidad que los programas curativos de la CCSS, que tratan las enfermedades cardiovasculares y los tumores. El director del mejor hospital de niños en el país demostró que el factor más importante en reducir la mortalidad infantil fue el control de las enfermedades infecciosas, la mayoría de ellas evitables mediante vacunación y saneamiento. Y el Ministerio de Salud identificó la falta de equipo básico y medicamentos en las zonas rurales como la deficiencia mayor, en contraste con el equipo ultramoderno y la alta tecnología que prevalecen en la capital y que se utilizan para tratar a un número proporcionalmente menor de pacientes.

Se ha analizado el efecto de los programas del Ministerio para los pobres (véase el Cuadro 45). Una comparación por cantones del grado de cobertura para el programa rural del Ministerio y los aumentos en la expectativa de vida entre 1970-1972 y 1974-1976, halló una correlación positiva entre ambas variables: los cantones con

Cuadro 45. Efectos sobre las normas de salud de los programas del Ministerio de Salud para los pobres en Costa Rica, 1968-1980.

Agrupación de países por grado de cobertura de la población	Expectativa de vida ^a			Mortalidad infantil ^b		
	1970-1972	1974-1976	Cambio (años)	1968-1969	1979-1980	Cambio ^c
Menos de 25% ^d	68,7	71,1	2,4	49	20	-29
25% a 49%	63,9	67,4	3,5	64	23	-41
50% a 74%	67,3	71,3	4,0	76	22	-54
Más de 75%	67,9	73,0	5,1	80	17	-63
País	67,7	71,1	3,4	63	20	-43

Fuente: Sáenz, 1985.

^aPrograma rural solamente.

^bProgramas rurales y urbanos.

^cReducción de puntos en la tasa de niños menores de un año que murieron por 1000 nacidos vivos.

^dEstos países son los más desarrollados y aquellos en los que los programas del Ministerio de Salud para los pobres no son importantes.

una cobertura de 25 a 49% experimentaron un incremento de 3,5 años y el número de años obtenidos aumentó constantemente llegando a 5,1 años en los cantones con una cobertura de más de 75%. Los cantones con una cobertura inferior a 25% por el programa rural del Ministerio son los más desarrollados y en los que este programa es menos importante; esto explica la elevada expectativa de vida de ese grupo.

Una comparación por cantones del grado de cobertura por los programas urbanos y rurales del Ministerio y la reducción en la mortalidad infantil entre 1968-1969 y en 1979-1980 muestra resultados análogos: a medida que aumenta el grado de cobertura de 25% a más de 75%, las tasas de mortalidad infantil descienden cada vez más, de 41 a 63 puntos. Nuevamente, los cantones con una cobertura inferior a 25% son los más desarrollados y los que tienen la mortalidad infantil más baja. Lamentablemente, carecemos de datos sobre la cobertura de la CCSS por cantón para reproducir este tipo de análisis.

Otra comparación divide los cantones en seis grupos de acuerdo con las tasas de mortalidad infantil (de menos de 10 a más de 50) y compara la distribución porcentual en 1972-1974 y 1986. Al comienzo, no había cantón en el grupo de menos de 10, y el porcentaje de cantones aumentó en cada uno de los grupos siguientes, llegando a 33% en el grupo de 50 y más. Pero para 1987, había 12,7% de los cantones en el grupo de menos de 10, y 53% en el grupo de 10 a 19,9; el porcentaje descendió luego constantemente, llegando a cero en el grupo de 50 y más. No solo hubo una reducción general en las tasas en todo el país, sino que se produjo una dispersión considerablemente menor de las tasas entre los cantones, más concentración en torno a la tasa promedio nacional y una reducción en la disparidad entre los cantones (Sáenz, 1985; Ministerio de Salud, 1987).

Aun así, unos cuantos cantones tienen tasas de mortalidad infantil por encima del promedio nacional. En 1986, la tasa nacional fue de 17,6, pero los cantones siguientes tuvieron tasas mucho más elevadas: Turrubares, 47,6%; La Cruz, Carrillo, Aguirre y Garabito, de 31,6 a 29%; Limón, Tarrazú, San Mateo y Corredores, de 28,8 a 26,1%; y Tilarán, Talamanca, Oreamuno, Acosta y Alfaro Ruiz, de 25,9 a 25,1%. La concentración más alta en estos cantones ocurrió en las regiones de Chorotega y Huetar Atlántica (Ministerio de Salud, 1987). Con unas pocas excepciones, estos cantones son los más pobres de Costa Rica, indicación de que hay aún algunas zonas donde debería mejorarse el acceso a la atención de salud. Y sin embargo, con la excep-

ción de Turrubares, las tasas para los cantones restantes están muy por debajo de las tasas nacionales de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (véase el Cuadro 12).

Impacto de la distribución del ingreso

La encuesta por hogares sobre gastos sociales públicos evaluó el efecto de las subvenciones del Estado en 1982 para los servicios de atención de salud sobre la distribución del ingreso familiar (Rodríguez, V., 1986). Los servicios de salud abarcados por la encuesta fueron la medicina curativa, proporcionada básicamente por la CCSS, incluyendo consulta y hospitalización, y la medicina preventiva, proporcionada básicamente por el Ministerio, incluyendo servicios directos (tales como los destinados a los pobres en las zonas rurales y urbanas) y los servicios generales. El estudio evaluó el efecto de la subvención sobre los diferentes niveles de ingresos, niveles de pobreza (indigentes, pobres, no pobres) y zonas (nacional, urbana —desagregando la ciudad capital— y rural).

La subvención total de salud en 1982 se estimó en \$US131 millones, o 5,3% del PIB y 17,9% de los desembolsos del gobierno central. Sin embargo, cabe advertir que el estudio no consideró los aportes y pagos de los usuarios de los servicios. De la subvención total, 89,2% fue a la medicina curativa (59% a hospitalización, principalmente especializada, y 30,2% a consulta ambulatoria) y 10,8% a la medicina preventiva (8,2% a los servicios directos y 2,6% a los servicios generales).

La distribución de la subvención por ubicación favoreció sistemáticamente a las zonas rurales frente a las urbanas, pero aún más para los servicios preventivos que para los curativos. De acuerdo con la encuesta, la distribución de la población fue de 51,8% urbana (27,4% en la capital y 24,4% en otros lugares) y 48,2% rural, mientras que la distribución de la subvención fue de 46,5% urbana (sin diferencia significativa entre la capital y el resto de la zona urbana) y 53,5% rural. De la subvención total, la zona rural recibió 46,9% y la zona urbana 42,3% en medicina curativa; en medicina preventiva, la zona rural recibió 6,6% y la zona urbana 4,2%.

La distribución de las subvenciones fue progresiva para todos los programas y todas las zonas. El grado más elevado de progresividad fue el de la medicina preventiva (en particular los programas directos) y el más bajo, el de la hospitalización (en particular los hospitales es-

Cuadro 46. Efectos de las subvenciones estatales de salud sobre la distribución del ingreso familiar por niveles de ingresos, estratos de pobreza y zonas en Costa Rica, 1982 (en porcentajes).

Hogares	Distribución porcentual de los ingresos antes (A) y después (D) del subsidio								
	Nacional			Urbana			Rural		
	A	D	I ^a	A	D	I ^a	A	D	I ^a
Quintiles de ingresos									
10% más pobre	2,2	3,3	61,1	1,9	2,8	61,1	3,1	4,8	77,5
Primer 20%	6,1	7,9	41,4	6,1	7,5	29,8	7,8	10,2	49,2
Segundo 20%	11,2	11,9	14,1	10,4	10,8	9,6	13,4	14,3	22,1
Tercer 20%	14,9	15,3	11,8	15,1	15,2	6,3	17,7	17,5	12,9
Cuarto 20%	21,4	21,1	6,6	21,1	20,9	4,7	21,5	21,4	13,7
Quinto 20%	46,4	43,8	2,4	47,3	45,6	2,0	39,6	36,6	5,5
Total	100,0	100,0	8,4 ^d	100,0	100,0	5,7 ^d	100,0	100,0	14,2 ^d
Estratos de pobreza									
Indigentes ^b	2,8	4,1	57,2	1,4	2,2	62,7	5,8	7,8	54,3
Pobres ^c	6,0	7,0	25,4	4,1	4,7	21,2	10,2	11,5	29,0
No pobres	91,2	89,0	5,8	94,5	93,1	4,2	84,0	80,7	9,0
Total	100,0	100,0	8,4 ^d	100,0	100,0	5,7 ^d	100,0	100,0	14,2 ^d
Coefficiente de Gini	0,387	0,346	-0,041 ^e	0,395	0,366	-0,029 ^e	0,299	0,249	-0,050 ^e

Fuente: Rodríguez V., 1986.

^aIncremento porcentual del ingreso familiar promedio al añadir el subsidio.

^bEl ingreso del hogar no alcanza para comprar la cantidad mínima de alimentos.

^cEl ingreso del hogar alcanza para comprar la cantidad mínima de alimentos pero no para satisfacer otras necesidades básicas tales como vivienda, vestido, salud y educación.

^dIncremento promedio entre todas las familias.

^eDiferencia absoluta entre coeficientes Gini antes y después del subsidio.

pecializados). Sin embargo, debido a la porción de subvención más baja asignada a los servicios preventivos y la porción más elevada asignada a la hospitalización, las subvenciones de prevención tuvieron un efecto menos real en la reducción de la desigualdad de ingresos que las subvenciones de hospitalización. Una inversión de las porciones corrientes de subvención asignadas a esos programas aumentaría por tanto de forma espectacular el efecto redistributivo progresivo de las subvenciones. Dicho más simplemente, un incremento en la subvención para los servicios de prevención a disposición de los pobres en las zonas rurales y urbanas reduciría notablemente la desigualdad en el ingreso (Rodríguez V., 1986).

El Cuadro 46 muestra el impacto de las subvenciones de salud por nivel de ingresos y pobreza así como por zonas. A nivel nacional, la subvención indujo un incremento de 8,4% en el ingreso familiar promedio, más en la zona rural (14,2%) que en la urbana (5,7%). El incremento inducido por la subvención estuvo inversamente correlacionado con el ingreso; en otras palabras, fue de 61% para el 10% de la población con el ingreso más bajo (57% para los indigentes) y descendió a medida que aumentó el ingreso a 2,4% para el 20% más rico de la población. En la zona rural, el 10% más pobre de la población se benefició de un incremento de casi 78%, frente a 61% en la zona urbana. La reduc-

ción en la desigualdad del ingreso (coeficiente de Gini) fue mayor en la zona rural que en la urbana. Sin embargo, los indigentes de las zonas urbanas experimentaron un incremento mayor que los indigentes de las zonas rurales, debido a que los servicios de prevención (concentrados en la zona rural) recibieron una porción mucho menor de la subvención total que los servicios de hospitalización (concentrados en la zona urbana, en particular los servicios de hospitales especializados en la capital).

La evaluación realizada en esta sección demuestra claramente que los programas de salud para los pobres de Costa Rica han tenido mucho éxito: no hay diferencias espectaculares en el acceso real entre los indigentes y los pobres y los no pobres; en la década de 1970, estos programas contribuyeron a una de las mejoras más rápidas en los niveles de salud de la Región (colocando a Costa Rica entre los tres países con mejores normas de salud); y las subvenciones de salud del Estado surten un efecto progresivo sobre la distribución. Estos logros son aún más extraordinarios en un país que en 1987-1988 ocupaba el séptimo lugar en el ingreso por persona entre 20 países de América Latina y el Caribe (Banco Mundial, 1990) y el noveno lugar entre 23 países de la Región (CEPALC, 1989a), pero sobrepasó a la mayoría de los países más ricos en las normas de salud y la protección de los pobres.

ALTERNATIVAS PRIVADAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El extraordinario desarrollo de la seguridad social en Costa Rica ha dejado poco espacio para el sector privado en la atención de salud. Cabe advertir que la CCSS y, en menor grado, el Ministerio de Salud tienen pacientes privados (ninguno de ellos asegurado ni indigente) que pagan por los servicios; por ejemplo, 2% de las consultas dentales de la CCSS en 1986 fueron para pacientes privados. De ahí que aunque 15% de la población no cuenta con cobertura de la CCSS, una porción de ella utiliza sus servicios, efectuando pagos de los usuarios. En 1982-1985, el sector privado solo administró 1,9% del número total de camas de hospital, 3% de las altas totales de hospital, 1,1% de los días totales de estancia en hospital y 0,3% de las consultas ambulatorias totales. En 1987, la ocupación en el sector privado fue de 45,9% y la duración promedio de estancia fue de 2,7%, ambas mucho más bajas que los promedios nacionales (Rodríguez V., 1986; Overholt, 1986; CCSS, 1988, 1988a).

Hemos visto que una pequeña proporción de los indigentes y los pobres declaró en 1983 que utilizaba los servicios de consulta privados. Existe información solo en relación con una asociación de pequeños empresarios y trabajadores informales, ADAPTE, que estaba considerando un seguro colectivo voluntario con un hospital privado para sus miembros. La Federación de Organizaciones Voluntarias abarca a 50 organizaciones no gubernamentales que ayudan a los grupos de bajos ingresos; administra una vivienda para personas que vienen del campo a recibir atención de salud ambulatoria en la ciudad capital (Mesa-Lago, 1990a).

Quizás el papel más importante del sector privado sea su colaboración con la CCSS. En la década de 1980, la CCSS desarrolló los tres programas siguientes para incorporar el sector privado, transferir parte de los costos de la CCSS al mismo e inducir un incremento en la eficiencia y calidad de los servicios de la CCSS: médicos de empresa, medicina mixta y cooperativas médicas. En 1982-1983, la CCSS firmó un acuerdo con el sector privado por el que se introdujeron los dos primeros programas, ambos para servicios ambulatorios: en médicos de empresa, 630 empresas privadas contratan y pagan a un médico y le proporcionan una oficina y una enfer-

mera, mientras que la CCSS proporciona servicios de apoyo (servicios de laboratorio y otros servicios de diagnóstico y medicinas); con el programa de medicina mixta, el asegurado selecciona a un médico de los inscritos en el programa y paga sus servicios, mientras que la CCSS proporciona los servicios de apoyo y medicinas.

En el Cuadro 47 se presenta información resumida sobre ambos programas para 1982-1987: en combinación, proporcionan servicios a 7% de la población amparada por la CCSS (dos terceras partes de los servicios están incluidos en médicos de empresa y una tercera parte en la medicina mixta); en conjunto, proporcionaron consultas ambulatorias iguales a 8% de las consultas médicas de la CCSS (más de su porción de la población amparada por la CCSS); las consultas anuales por persona alcanzaron un promedio de 3,6 (4,5 en médicos de empresa frente a 1,8 en medicina mixta), ligeramente más que el promedio de la CCSS de 3,1. El promedio combinado de desembolsos por persona fue de 428 colones (20% más en los médicos de empresa que en la medicina mixta), aproximadamente una cuarta parte del costo por persona de la CCSS. En conjunto recibieron las proporciones siguientes de los servicios totales de la CCSS: 7% de medicinas, 4% de rayos X y 3% de pruebas de laboratorio; también aprobaron 6% de todos los permisos pagados de enfermedad. Puesto que estas proporciones son más bajas que la porción de los médicos de empresa/medicina mixta de la población amparada por la CCSS, salvo en lo que respecta a los medicamentos, utilizan menos servicios diagnósticos y son más estrictos en conceder permisos pagados que la CCSS.

Casi todos estos indicadores denotan que los médicos de empresa y la medicina mixta son más eficientes que la CCSS y/o han ayudado a reducir los costos. Aproximadamente 92% de los programas de los médicos de empresa y 76% de la medicina mixta están situados en la Región Central, debido a que tanto las empresas como los médicos inscritos están concentrados en ella (CCSS, 1988a). Aunque este programa puede ayudar a la CCSS financieramente, no parece ayudar a los pobres puesto que estos no están empleados en empresas grandes ni tienen recursos para pagar a un médico privado; además, la mayoría de los pobres están concentrados en las zonas rurales y estos programas son urbanos.

Un programa nuevo, que comenzó en 1988, tiene posibilidades de llegar a los pobres en las zonas urbanas; se trata de una cooperativa de

Cuadro 47. Recursos y servicios de los médicos de las empresas y la medicina mixta en Costa Rica, 1986-1987.

	Médicos de empresa	Medicina Mixta	Total
Población servida	111 576	51 773	163 349
% de la población con cobertura por la CCSS	4,8	2,2	7,0
Total de consultas ambulatorias	502 094	93 191	595 285
% del total de consultas de la CCSS	7,0	1,3	8,3
Consultas por persona	4,5	1,8	3,6
Gastos (miles de colones)	50 468	19 578	70 046
Gastos por persona	452	378	428
% del total de servicios de la CCSS			
Medicinas	5,6	1,7	7,3
Rayos X	2,5	1,5	4,0
Pruebas de laboratorio	2,0	1,3	3,3
Permisos por enfermedad con sueldo aprobados	6,2	—	6,2

Fuentes: Cálculos del autor basados en Beirute, 1988; CCSS, 1988, 1988a.

salud organizada en la vecindad de Pavas en San José, que tiene 45 000 habitantes. La cooperativa está integrada por 100 profesionales de salud que se espera adquieran acciones en la cooperativa; la CCSS ha transferido a la coope-

rativa una clínica totalmente dotada para el período del contrato (la cooperativa paga una suma simbólica como alquiler), y la CCSS también paga una suma mensual por usuario y el Ministerio de Salud abona una suma global mensual. La cooperativa proporciona los siguientes servicios a los usuarios: prevención, nutrición, inmunización y tratamiento antiparasitario; visitas de los médicos a los hogares, escuelas y lugares de trabajo; medicina curativa (consulta, servicios obstétricos, cirugía menor, servicios dentales); servicios de diagnóstico (rayos X, pruebas de laboratorio); medicinas; y leche para las embarazadas y los niños desnutridos.

La población (asegurados e indigentes) selecciona libremente al médico de la cooperativa. La cooperativa ha de mantener el edificio y el equipo y devolverlos a la CCSS en buenas condiciones al final del contrato. La cooperativa recibe algunos aportes del Ministerio de Salud, tales como leche, pero contrata todo su personal y es responsable de él, y adquiere las medicinas y otros suministros en el mercado libre o de la CCSS (Ministerio de Salud/CCSS, 1988). Este experimento, si tiene éxito, podría utilizar el excedente de médicos en Costa Rica para ampliar los servicios a las zonas urbanas que tienen una cobertura y/o servicios deficientes.

MÉXICO

LA POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS

De acuerdo con la CEPALC, en 1984 México ocupaba el quinto lugar (población total) entre los 10 países latinoamericanos con la incidencia de pobreza más elevada en la encuesta: la incidencia nacional fue 37%, la urbana 30% y la rural 51%. La incidencia de la pobreza en México fue más elevada que la de Argentina, Uruguay, Costa Rica y Venezuela, pero más baja que el promedio regional y que la de otros cinco países en la encuesta, entre ellos Perú (véase el Cuadro 2). En 1950-1970, la incidencia nacional de pobreza del país (hogares) descendió de 52 a 34%; disminuyó aún más a 32% en 1977 y a 30% en 1984 (CEPALC, 1990). La serie sobre la población total, de la que solo se dispone para 1977-1984, indica un descenso en la incidencia de la pobreza de 40 a 37%. Carecemos de datos sobre la pobreza tanto para 1980-1981, el período de crecimiento máximo con anterioridad a la crisis, y para después de 1984, cuando la economía experimentó un deterioro adicional.

En la década de 1970, la economía mexicana experimentó una gran expansión: el PIB por persona aumentó a una tasa anual de 3,5% (5,8% en 1980-1981), la inflación anual alcanzó un promedio de 16% y el desempleo manifiesto

fue de 3%. La crisis comenzó en 1982, y en el resto de la década el PIB acumulativo por persona descendió en 9%, la inflación alcanzó un promedio de 80% anualmente, los salarios reales descendieron en 34% y el desempleo se duplicó (6,6% en 1983). Para final de la década, la economía todavía avanzaba lentamente y, aunque la inflación se había reducido a 18% y el desempleo había vuelto a 3%, no hubo un incremento en los salarios reales (CEPALC, 1988a, 1989). El número de pobres aumentó en 7,8% en 1977-1984 y, debido a la crisis, no hay duda de que la pobreza aumentó a un ritmo más acelerado en el resto de la década.

México tiene una de las tasas más elevadas de urbanización de la Región y, para 1988, 71% de su población era urbana, lo que representa un incremento de 16 puntos porcentuales desde 1965. La rápida urbanización hizo que la incidencia de la pobreza (hogares) en la zona urbana aumentase del 20 al 23% en 1970-1984; en la zona rural disminuyó de 49 a 43%. Sin embargo, la incidencia de la indigencia en la zona rural en 1984 fue más de tres veces la de la zona urbana. En ese año había en México 28 millones de pobres (10 millones de indigentes), 52% de los cuales vivían en zonas urbanas y 48% en zonas rurales (CEPALC, 1990).

El sector urbano (informal)

En 1970, aproximadamente 25% de los trabajadores urbanos en México ganaban menos del salario mínimo y eran considerados como pobres; 73% de ellos trabajaban en el sector informal. Como porcentaje de la población económicamente activa (PEA), el sector informal aumentó constantemente pasando de 14% en 1960, a 18% en 1970 y a 22% en 1980. En ese último año, México ocupaba el sexto lugar entre los países latinoamericanos con el mayor sector informal (Tokman, 1980; PREALC, 1981a, 1982).

Una encuesta nacional del sector informal realizada en 1976 estimó que 38% de la PEA urbana empleada trabajaba en el sector informal, distribuida de la siguiente manera: 64% asalariados (inclusive casi 14% en el servicio doméstico); 26%, trabajadores autónomos, y 10%, trabajadores familiares no remunerados (la encuesta no identificó a los empleadores del sector informal). El grado de informalidad dentro de cada categoría ocupacional fue de 100% en trabajo familiar no remunerado, 79% en el servicio doméstico, 62% en empleo autónomo y 32% en trabajo asalariado. Casi 55% de los trabajadores informales estaban ocupados en el sector terciario (servicios y comercio), y otro 31% se hallaban comprendidos en el sector de las manufacturas y la construcción. Los trabajadores informales eran más jóvenes que los trabajadores formales y había una proporción más elevada de mujeres en los primeros que en los segundos; 94% de estos trabajadores carecían de aptitudes, 96% no pertenecían a una organización laboral y 71% no tenían ingresos o percibían menos de 2000 pesos por semana: el porcentaje de trabajadores informales en esta gama de ingresos era siete veces más elevado que el de los trabajadores formales (Secretaría de Salud Pública *et al.*, 1979; Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 1985).

De acuerdo con la encuesta, 76% de los trabajadores asalariados del sector informal no tenían acceso a servicios de atención de salud y 82% no estaban amparados por el seguro social, frente a 8% en el sector formal. El trabajo autónomo gozaba de una protección mucho menor que el trabajo asalariado: 86% de los trabajadores del sector informal carecían de servicios de atención de salud (66% entre los trabajadores formales). Los trabajadores informales con menos protección eran los vendedores ambulantes, los proveedores de servicios personales y los empleados del servicio doméstico (Montaño, 1985).

Aunque desde 1976 no se ha realizado en México una encuesta para determinar la importancia del sector informal, datos dispersos indican que esta experimentó un rápido incremento. La PEA no asalariada (empleados autónomos, familiares no remunerados, empleadores o trabajadores no clasificados) aumentó de 37% en el censo de 1970 a 56% en el de 1980. Las encuestas por hogares realizadas en 1982-1985, aunque declararon porcentajes menores de la PEA (empleados) en trabajo no asalariado que en el censo, demostró que esta aumentó de 17% a 24% en ese período. El trabajo autónomo en el Distrito Federal experimentó una rápida expansión en la primera mitad de la década de 1980 en el ramo de los servicios, el comercio, la construcción y las manufacturas. Finalmente, el de-

empleo manifiesto alcanzó la cifra máxima en 1983 con 6,6% de la PEA y, según se indica, descendió posteriormente a 3% en 1989, pero estas cifras son objeto de debate (Diéguez, 1986; Samaniego, 1986; CEPALC, 1989).

El sector rural

La población rural de México cae dentro de dos grupos: población concentrada, que vive en asentamientos de 2500 a 14 999 habitantes, y la población dispersa, que vive en asentamientos con menos de 2500 habitantes; esta última es considerada oficialmente como la población rural. En 1987, se estimó —utilizando de forma inadecuada las mismas proporciones que en 1980— que el primer grupo abarcaba 11,8 millones de personas (14,5% de la población total), mientras que el segundo abarcaba 27,3 millones (33,7% de la población total). Dentro del grupo disperso, que experimenta una incidencia más elevada de la pobreza que el grupo concentrado, había 110 000 poblados con menos de 500 habitantes cada uno, con un total de 11,4 millones de personas (14% de la población total). En este segmento, considerado como “marginado” debido a que se excluye del proceso de desarrollo, es donde está concentrada la pobreza crítica. Las cifras precedentes sobre la población dispersa deberían haber descendido en 1981-1987 tomando como base las proyecciones de la proporción de la población en esa categoría. En 1980, casi la mitad del sector rural era tradicional en contraposición a moderno (PREALC, 1982). De acuerdo con la CEPALC, en 1984 había 13,4 millones de pobres en las zonas rurales, de los cuales 6,4 millones eran indigentes (CEPALC, 1990).

De acuerdo con un estudio realizado en 1981, la población rural marginada está muy dispersa y aislada, y vive en los estados menos desarrollados; 77% de esa población vive en lugares principalmente áridos o semiáridos a una altitud superior a los 1000 metros. Prácticamente toda la población rural marginada trabaja en la agricultura, emplea herramientas rudimentarias con un nivel muy bajo de productividad y es afectada por desempleo estacional y subempleo. Un 38%, aproximadamente, de esa población es analfabeta, 38% consume una dieta de maíz y frijoles y tiene un alto grado de desnutrición; 90% vive en viviendas que carecen de toda clase de sistemas de evacuación de excretas, 67% en viviendas que no tienen agua por tuberías y 50% en hogares carentes de electricidad; 32% de las familias viven en una sola habitación que alberga un promedio de seis personas. Las 10

causas principales de defunción en la población rural marginada son las enfermedades típicas del subdesarrollo, tales como las enfermedades contagiosas, intestinales, respiratorias y perinatales. Cerca de la mitad de las defunciones corresponden a niños menores de un año de edad. De acuerdo con el Banco Mundial (1990), la mortalidad infantil en todas las zonas rurales (no solo las pobres) fue de 79 por 1000, casi tres veces la tasa experimentada en las zonas urbanas. Cerca del 67% de la población rural marginal no está comprendida en la economía comercial y, del 37% que percibe algún ingreso, la mitad son trabajadores temporeros que reciben menos del salario mínimo nacional. Unas 56 comunidades indígenas (5,2 millones de personas o 7,7% de la población total) viven en las zonas rurales marginales (IMSS, 1983; IMSS y COPLAMAR, 1988a).

Debido a su dispersión, aislamiento, residencia a gran altitud y falta de comunicación, la población rural marginada es muy inaccesible. El proporcionar servicios sociales a este grupo es difícil y muy costoso en vista de problemas tales como los de transporte, construcción y suministro de instalaciones, y de capacitación e incentivos para el personal médico.

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS POBRES DE LAS ZONAS URBANAS (INFORMALES) Y RURALES

Estructura administrativa y cobertura legal

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), establecido en 1943, es el principal organismo de seguro social; su programa de enfermedad-maternidad está orientado a proteger a los trabajadores asalariados en el sector privado, principalmente residentes urbanos. La cobertura incluye atención general y especializada, cirugía, atención de maternidad, hospitalización, servicios de laboratorio, atención dental y medicina para el empleado, su cónyuge, los niños menores de 16 años y los padres. Los asegurados también tienen derecho a licencia por enfermedad y maternidad con sueldo. Si el asegurado pierde el empleo, la cobertura de atención de salud continúa por seis meses y medio. El segundo organismo, en importancia, del se-

guro social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue creado en 1959 y proporciona cobertura a los empleados del Gobierno Federal. Hay otros dos organismos, independientes del seguro social, que proporcionan cobertura a las fuerzas armadas (ISSFAM) y a los trabajadores del petróleo (PEMEX). Con la excepción del IMSS, los organismos del seguro social no proporcionan atención de salud para los pobres.

A mediados de la década de 1950, el IMSS comenzó a ampliar paulatinamente su cobertura de la población. Cosa interesante, este esfuerzo coincidió con una creciente organización de los sindicatos agrícolas y con violentas protestas en el campo. Los primeros en incorporarse fueron los grupos rurales en zonas o ramas económicas bastante desarrolladas, tales como los trabajadores asalariados en plantaciones (azúcar, sisal o henequén, tabaco, café, palma) y algunos miembros de asociaciones de crédito y fincas comunales (ejidos). En su discurso inaugural, el Presidente Echeverría declaró que la seguridad social no podía ser "prerrogativa de una minoría", sino que debería abarcar a los grupos marginales y los sectores más necesitados; retrasar esta medida —declaró— sería "imprudente" y "profundizaría las diferencias entre los habitantes del país" (Mesa-Lago, 1989c). En 1973, un Programa de Solidaridad Social del IMSS comenzó a ofrecer protección de atención de salud a los pobres en las zonas rurales y, teóricamente, en las zonas urbanas marginales. En 1977, se estableció la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas (Rurales) Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), y, dos años después, esta firmó un acuerdo con el IMSS para la cobertura de atención de salud. COPLAMAR fue abolida en 1983, pero el IMSS continuó proporcionando y ampliando rápidamente sus servicios médicos-hospitalarios a la población rural marginada. En 1985-1988, algunos de esos servicios fueron transferidos del IMSS a los gobiernos estatales (véase la sección sobre "Evaluación del programa de atención de salud del IMSS-COPLAMAR para los pobres de las zonas rurales", que comienza en la página 124).

La cobertura de los pobres de las zonas urbanas por el IMSS ha sido considerablemente menos importante. Una ley de 1973 dictaminó la cobertura obligatoria de los empleados del servicio doméstico, los trabajadores autónomos, los pequeños empresarios, los trabajadores familiares no remunerados y todos los demás trabajadores no asalariados. Sin embargo, la ley se suspendió hasta la dictaminación por la Rama Ejecutiva de disposiciones que especificaban el

financiamiento y los beneficios de cada grupo, acción que para 1989 no se había llevado a cabo. Sin embargo, todos estos grupos pueden afiliarse voluntariamente al IMSS, individualmente o mediante acuerdos colectivos. Los propietarios de microempresas, con dos o tres empleados, han de inscribirlos por obligación en el IMSS, pero el cumplimiento es pobre (estos empleadores pueden afiliarse voluntariamente). Los empleadores de trabajadores del servicio doméstico no están obligados a inscribirlos.

Los requisitos para los convenios voluntarios de grupo con el IMSS son complejos y, en la práctica, excluyen a los pobres ya que el grupo ha de tener recursos económicos y una organización administrativa para poderse acoger a estos convenios. El IMSS requiere que una determinada asociación, cooperativa, sindicato o corporación sea capaz de inscribir a sus miembros del grupo, de cobrar y enviar sus aportes al IMSS y de garantizar dichos pagos. El IMSS ha concertado acuerdos con vendedores de lotería, músicos ambulantes y conductores de taxi que poseen sus propios vehículos; los taxistas asalariados deberían ser inscritos por sus empleadores, pero la mayoría de ellos no se inscriben debido a que operan ilegalmente.

De ordinario, los individuos o grupos arriba citados que se han afiliado al IMSS tienen derecho a protección de atención de salud (beneficios médicos-hospitalarios), pero no a licencia por enfermedad o maternidad con sueldo. Los trabajadores del servicio doméstico y los conductores de taxi tienen derecho a todos los beneficios del IMSS.

Los pobres en las zonas urbanas no abarcados por el IMSS podrían tener acceso al servicio de atención de salud de las instituciones del sector público. La Secretaría de Salud federal supervisa el sistema nacional de salud de 1984, pero en realidad proporciona poca coordinación. La Secretaría administra la medicina preventiva y el saneamiento para la población en su conjunto así como una red nacional de hospitales y clínicas externas. Sus servicios de medicina curativa cargan cuotas bajas a los usuarios, pero no sabemos si estas cuotas son aún elevadas para los pobres. El Departamento del Distrito Federal administra los hospitales y centros de atención primaria de salud para la población residente que no está protegida por el seguro social. Los usuarios están clasificados en uno de cinco niveles de ingresos, que figuran en la tarjeta de identidad: el nivel más bajo paga solo una cuota nominal, mientras que los otros niveles abonan un porcentaje creciente de los costos de los servicios, llegando a 100% en el nivel más alto (quinto); se afirma que no existe discriminación

en el tratamiento en función del pago. Existe un hospital especial del Departamento del Distrito Federal para los trabajadores no asalariados, tales como los músicos ambulantes y los limpia-botas, pero han de organizarse como grupo. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, un programa federal, ayuda en particular a la población maternoinfantil urbana no asegurada proporcionándole servicios de nutrición, atención de salud y otros (Mesa-Lago, 1990a). Finalmente, los estados y municipios también proporcionan servicios a los pobres.

Los pobres de las zonas rurales que viven fuera de la zona marginada —quienes viven en asentamientos con más de 2500 habitantes— pueden tener acceso a los servicios de la Secretaría de Salud y estatales. Además, el Instituto Nacional Indigenista también proporciona algunos servicios de salud.

En resumen, la población rural pobre de México puede ser protegida legalmente por el programa especial del IMSS-COPLAMAR; unos cuantos trabajadores, tales como los trabajadores de plantaciones y miembros de cooperativas, pueden acogerse a otros programas del IMSS. Quienes no son protegidos por el IMSS pueden acogerse a los servicios de la Secretaría de Salud si abonan pequeños pagos de usuarios por algunos servicios de salud. La cobertura legal de los pobres en las zonas urbanas es mucho más limitada. El IMSS ofrece incorporación voluntaria a los empleados del servicio doméstico, los trabajadores autónomos, los empleadores en pequeñas empresas y a otros grupos en el sector informal; sin embargo, excepto para unos cuantos trabajadores tales como los vendedores de lotería y los músicos ambulantes, las disposiciones para afiliarse al IMSS a través de asociaciones excluyen prácticamente a los pobres. Los pobres de las zonas urbanas no asegurados en el IMSS tienen derecho a servicios de la Secretaría de Salud y del Distrito Federal a cambio de un pago nominal.

Cobertura estadística

No hay datos estadísticos exactos sobre la cobertura total de la atención de salud de la población mexicana, por lo que es difícil estimar la población carente de cobertura. Cada uno de los numerosos proveedores produce sus propias cifras sobre la población que goza de cobertura y ha habido solo intentos oficiales ocasionales por combinar todos estos datos. El Cuadro 48 consolida todos los datos estadísticos oficiales disponibles en determinados años en 1982-1988,

Cuadro 48. Datos oficiales sobre la población abarcada por la atención de salud en México, 1982-1988 (en millones y porcentajes).

	Población		Cobertura de los seguros sociales ^b	Secretaría de Salud ^c	Cobertura declarada de los no asegurados				Cobertura total	% de la población asegurada			
	Total	Rural ^a			IMSS		Total ^d	Total		Rural	Total	Rural	
					COPLAMAR	Solidaridad						(9/1)	5+6 2
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9/1)	(5/2)	2	e	
1982	73,1	24,1	33,7	11,5	7,7	1,9	9,6	21,1	54,8	75,0	32,0	39,8	39,8
1984	76,8	24,7	36,6	13,5	9,4	2,4	11,8	25,3	61,9	80,6	38,0	47,8	47,8
1985	77,9	25,1	39,2	14,8	11,6	2,8	14,4	29,2	68,4	87,8	46,2	57,4	57,4
1987	81,2	25,3	43,0	19,0	8,5	1,6	10,1	29,1	72,1	88,8	33,6	40,0	56,1
1988	82,8	25,4	43,8	21,8	8,4	1,5	9,9	31,7	75,5	91,2	33,0	39,0	55,9

Fuentes: INEGI, 1987; Galván, 1988; Salinas, 1989; Mesa-Lago, 1989c; Wilkie, 1990.

^aLa población rural "dispersa" se basa en proyecciones para 1980-1990, de la proporción de 33,7% (población inferior a 2500 habitantes) estimada por el censo de 1980 (INEGI, 1987; Wilkie, 1990). IMSS-COPLAMAR (1988) empleó la misma proporción de 1980 para calcular la población rural de 1987.

^bIMSS, ISSSTE, PEMEX e ISSSFAM.

^cEn 1987-1988, se supone que la Secretaría de Salud incluye los servicios descentralizados de IMSS-COPLAMAR, los cuales proporcionaron cobertura a 4,1 millones en 1987 y a 4,3 millones en 1988.

^dExcluye al Departamento del Distrito Federal, el Instituto Nacional Indigenista, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y otros servicios para los cuales no se dispone de datos sistemáticos.

^eDespués de 1985, incluye los servicios de atención de salud transferidos por IMSS-COPLAMAR.

dividiéndolos en dos grupos de proveedores: seguros sociales (IMSS, programas contributivos; ISSSTE; PEMEX; ISSSFAM) y programas que ofrecen servicios a los no asegurados: IMSS (COPLAMAR y Solidaridad Social) y la Secretaría de Salud. Se excluyen del cuadro las instituciones para las que no se dispone de datos sistemáticos sobre cobertura, tales como el Departamento del Distrito Federal, el Instituto Nacional Indigenista y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como servicios descentralizados que solían pertenecer al IMSS hasta 1985 —que, según se informa, proporcionaban cobertura a 4,1 millones en 1987 (véase la sección sobre "Evaluación del programa de atención de salud del IMSS-COPLAMAR para los pobres de las zonas rurales", que comienza en la página 124). Es difícil creer que, en 1985-1986, en medio de la crisis económica cuando se redujo espectacularmente el presupuesto de salud del sector público y después de que el terremoto de 1985 destruyese de 30 a 40% de las camas de hospital en el Distrito Federal (Wilkie, 1990), la Secretaría de Salud pudiera ampliar su cobertura de la población en 41% (de 13,5 a 19 millones de personas), prácticamente al doble del ritmo de expansión experimentado en 1982-1984. Sin embargo, si se agregan los 4,1 millones de personas transferidos por el IMSS-COPLAMAR entre 1985 y 1987 a la cobertura de la Secretaría, entonces puede explicarse la expansión repentina de esta última. Además, la cobertura de atención de salud proporcionada por algunas de las otras institu-

ciones es dudosa. Por ejemplo, en 1987, la población atendida por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se dio como 7,6 millones, pero solo se declaró contar con 398 médicos; esta institución tenía muchas funciones tales como atención de los niños, ancianos, nutrición y vacaciones/recreo, y la atención de salud no es una preocupación importante. Los servicios del Departamento del Distrito Federal son importantes, pero parece haber una duplicación considerable, tal como la de los habitantes del Distrito Federal que gozan de cobertura tanto del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia como de la Secretaría.

De acuerdo con el Cuadro 48, 91% de la población total tenía cobertura en 1988, pero si agregamos las instituciones excluidas del cuadro (que supuestamente proporcionaban cobertura a 12 millones de personas o más), la población resultante protegida (87,5 millones) sería 5,6% más elevada que la población total real, incluso sin considerar el grupo de población que utiliza la atención de salud del sector privado. Tomando como base este tipo de datos, el informe de 1989 sobre la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo de 1989-1994 indicó que 94,5% de la población tenía cobertura, dejando solo 4,7 millones de personas sin protección (Poder Ejecutivo Federal, 1990). Es evidente que estas cifras están infladas, en particular la protección de los no asegurados. Para 1987, Wilkie (1990) estimó que solo 65,7 millones de personas contaban con cobertura (6,4 millones menos que en el

Cuadro 49. Análisis de la cobertura del seguro social (IMSS) de la población, México, 1987 (en porcentajes).

1. POBLACION TOTAL DE MEXICO (% de asegurados) ^a		4. TRABAJADORES ASEGURADOS ^b	100,0
Sin COPLAMAR-PSS	42,2	Permanentes	84,0
Sector urbano	57,2	Sector urbano	78,5
Sector rural	9,1	Sector rural	5,1
Con COPLAMAR-PSS	54,6	Temporales	16,0
Sector urbano	57,2	Sector urbano	13,6
Sector rural	49,0	Sector rural	2,4
2. TOTAL DE ASEGURADOS ^a		5. PERMANENTES ASEGURADOS ^b	84,0
Sin COPLAMAR-PSS	100,0	Asalariados	74,9
Sector urbano	93,4	Sector urbano	74,4 ^c
Sector rural	6,6	Sector rural	0,5
Con COPLAMAR-PSS	100,0	No asalariados	4,9
Sector urbano	72,1	Sector urbano	0,3
Sector rural	27,9	Sector rural	4,6
3. PEA EMPLEADA ^b	100,0	No especificado	4,2
Asalariados	47,9	6. PERMANENTES URBANOS ^b	78,5
Sector urbano	42,6	Asalariados	78,2 ^c
Trabajadores asegurados	37,9	No asalariados	0,3
No asegurados	4,9	Empleadores	0,1
Sector rural	5,2	Autónomos	0,1
Trabajadores asegurados	1,2	Conductores de taxi	0,1
No asegurados	4,0	7. PERMANENTES RURALES ^b	5,1
No asalariados	52,1	Asalariados	0,5
Trabajadores asegurados	2,1	No asalariados	4,6
No asegurados	50,0	Azúcar	1,6
		Ejidos, crédito	1,5
		Pequeños agricultores	0,2
		Otros	0,5

Fuente: Cálculos del autor basados en Galván, 1988; Salinas de Gortari, 1989.

^aIncluye a las personas a cargo.

^bExcluye a las personas a cargo y los programas de COPLAMAR y Solidaridad Social (PSS).

^cIncluye un porcentaje insignificante de trabajadores del servicio doméstico (0,005 de los trabajadores asegurados).

Cuadro 48); esto produce un porcentaje de cobertura de 79%, lo que deja 21% de la población sin protección (frente a 11% en el Cuadro 48).

Los pobres en las zonas urbanas

El número muy escaso de trabajadores informales que pudieran estar asegurados en México contaría con cobertura del IMSS, puesto que la mayor parte de los pobres de las zonas rurales tienen cobertura en el IMSS-COPLAMAR; una minoría gozaría de cobertura de los servicios descentralizados. Todos los asegurados en el ISSSTE, PEMEX e ISSSFAM son trabajadores

del sector formal, básicamente urbanos y no pobres.

La primera cuestión que hay que abordar es la de si hay *pobres* del sector informal asegurados en el IMSS. El Cuadro 49 indica que 93% del total de los asegurados, en 1987, eran urbanos, pero pocos de ellos pudieran haber sido trabajadores informales. Aproximadamente la mitad de la población económicamente activa empleada representaba a trabajadores no asalariados (trabajadores autónomos, familiares no remunerados y empleadores, donde están concentrados los pobres) y menos de 12% (5% de la PEA) estaban asegurados. Casi 96% de la PEA no asalariada carecía de seguro. Del número total de

Cuadro 50. Algunos posibles trabajadores del sector informal asegurados voluntariamente en el IMSS, México, 1986–1989.

Grupos de asegurados ^a	Dic. 1986	Dic. 1987	Distribución porcentual	Marzo 1989	Estimación porcentual de cobertura en 1987 con base en:	
					Encuesta 1976 ^b	Censo de 1980 ^c
Empleadores	15 080	13 743	41,2	n.d.	n.d.	n.d.
Autónomos	12 146	9750	29,2	8995	0,75–1,20	0,39
Conductores de taxi	0	5364 ^e	16,1	e	n.d.	n.d.
Vendedores de lotería	3839	3791	11,4	n.d.	n.d.	n.d.
Servicio doméstico	414	399	1,2	391	0,07–0,09	n.d.
Músicos callejeros	0	300 ^f	0,9	n.d.	n.d.	n.d.
Total	31 479	33 347	100,0	n.d.	1,06	n.d.
Asegurados sector urbano	6 463 905	6 912 536				
% trabajadores informales ^d	0,49	0,48				

Fuentes: Estimaciones del autor basadas en el IMSS. 1987a; Galván. 1987; Wilkie. 1980.

^aSolo trabajadores permanentes, excluye a los temporales (los asegurados temporales del sector urbano representaron el 13,6% del total de asegurados en 1987).

^bInformales urbanos de la PEA empleada.

^cAutónomos y empleadores en la PEA.

^dPorcentaje de informales sobre el total de asegurados urbanos permanentes.

^eSegún Wilkie. 1891 a mediados de 1988 y 1430 a mediados de 1989.

^fSegún Galván. 126 en 1987.

trabajadores asegurados, solo 13,6% eran trabajadores urbanos temporales, que puede incluir algunos pobres. Apenas 0,3% de los trabajadores asegurados eran trabajadores no asalariados de las zonas urbanas, 0,1% de los trabajadores autónomos y el mismo porcentaje de los empleadores y de los taxistas.

El Cuadro 50 presenta todos los datos disponibles sobre posibles trabajadores en el sector informal asegurados por el IMSS. No todos ellos pertenecen al sector informal; por ejemplo, entre los empleadores (casi la mitad de los asegurados), algunos tienen empresas de mediano tamaño e ingresos de nivel medio; entre los trabajadores autónomos hay profesionales con ingresos relativamente elevados; y prácticamente todos los taxistas poseen sus propios taxis y deben estar inscritos en el municipio y estar asociados a un sindicato. Cabe recordar que, para asociarse voluntariamente, estos grupos han de tener un nivel requerido de recursos económicos y organización administrativa.

El cuadro muestra que, en 1986–1987, el número de algunos asegurados descendió (por ejemplo, –26% de los trabajadores autónomos, –9% de los empleadores, –6% de los empleados del servicio doméstico); otros datos indican una cifra mucho más baja —en descenso— de conductores de taxi asegurados. El número total de posibles asegurados en el sector informal es igual a 0,5% del total de asegurados (y urbanos) en el IMSS y los pobres reales en el sector informal asegurado debieran ser una fracción de esa cifra. Entre todos los trabajadores autónomos urbanos, de 0,4 a 1,2% estaban asegurados, y

entre los empleados del servicio doméstico menos de 0,1% estaban asegurados (Cuadro 50). En lo que respecta a los conductores de taxi (utilizando metas del IMSS, no cifras reales), entre 1,6 y 4,5% tenían cobertura, al igual que entre 0,6 y 1,5% de los músicos ambulantes (Mesa-Lago, 1990a).

Estimo que hay aproximadamente de 4 a 6 millones de trabajadores informales en México (a los que debemos añadir el desempleo manifiesto) y menos de 1% están asegurados. Wilkie (1990) ha combinado el desempleo manifiesto, el subempleo, los trabajadores y empleadores agrícolas y no agrícolas para llegar a un total de 14,4 millones de personas (más sus familias) no protegidas, o aproximadamente 60% de la PEA; posiblemente la mitad de ellos trabajan en el sector informal. Compárense estas cifras con la cobertura total de la PEA por todas las instituciones del seguro social en México: 41,7% en 1983 (Mesa-Lago, 1989c); 48,2% (PEA empleada) en 1987; y 40,2% en 1988 (Wilkie, 1990). Los trabajadores no asegurados en el sector informal pueden recibir atención de salud a través de la Secretaría de Salud, el Departamento del Distrito Federal y otras entidades caritativas públicas e instalaciones de salud de las ONG, pero existe una falta total de información a este respecto. (Las tarjetas de identidad emitidas por la Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal registran los datos sobre empleo del usuario —es decir, si se trata de un trabajador autónomo, un empleado en el servicio doméstico, etc.— pero esta información no se procesa.)

Los pobres en las zonas rurales

En el Cuadro 48 se presenta la cobertura de la atención de salud para los pobres en las zonas rurales (zonas rurales dispersas). Hasta 1985, el IMSS-COPLAMAR fue el principal proveedor de servicios, y la Solidaridad Social del IMSS (básicamente a las zonas rurales), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Indigenista proporcionaron alguna atención de salud. La cobertura proporcionada por COPLAMAR solamente aumentó de 32 a 46% en 1982-1985 e, incluida la Solidaridad Social, de casi 40 a 57%. A partir de 1985, los servicios del IMSS-COPLAMAR comenzaron a descentralizarse y las estimaciones de la cobertura de los pobres en las zonas rurales se hicieron mucho más difíciles de efectuar. Añadiendo datos dispersos para 1987-1988 sobre la población rural protegida por COPLAMAR-Programa de Solidaridad Social (10 millones) y los servicios de atención de salud descentralizados (aproximadamente 4 millones), la cobertura combinada parece haber descendido a 56% de la población rural. Adviértase que se trata de una población rural dispersa que vive en asentamientos con menos de 2500 habitantes, pero los servicios de salud descentralizados/IMSS se concentran en zonas con menos de 500 habitantes (zonas rurales marginadas) en las que está concentrada la pobreza crítica; de ahí que la cobertura de ese grupo deba ser más elevada. Una estimación aproximada basada en el número de pobres rurales en 1984 y los que cuentan con protección produjo una cobertura de 86%.

La adición de los programas de COPLAMAR/Solidaridad Social al IMSS ha tenido un efecto extraordinario en la cobertura del IMSS. El Cuadro 49 muestra que, sin estos programas, la cobertura del IMSS para la población total de México en 1987 era de 42%; cuando se agregaron estos programas, la cobertura aumentó a 54,6% (el porcentaje de la población rural de México protegida por el IMSS aumenta de 9 a 49% cuando se añaden los porcentajes del Programa de COPLAMAR/Solidaridad Social), y hay que recordar que, en 1987, el IMSS había perdido aproximadamente 30% de su población de COPLAMAR/Solidaridad Social debido a la descentralización. Sin el Programa de COPLAMAR/Solidaridad Social, la cobertura del IMSS para la población rural fue insignificante en 1987 (Cuadro 49): 1,2% de la PEA asalariada, 6,6% del total de los asegurados y 5,1% de los asegurados permanentes. Entre estos últimos, casi todos son trabajadores no asalariados ocupados en plantaciones de caña de azúcar, ejidos, pequeñas fincas, etc.

RAZONES PARA LA BAJA COBERTURA DE LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS

Factores generales

En la mayoría de los indicadores contenidos en el Cuadro 28, México ocupó una clasificación intermedia entre los cinco países. México no tiene algunas de las ventajas de Costa Rica y de Uruguay: es el mayor de los cinco países y sus barreras topográficas hacen más difícil la comunicación; un porcentaje importante de su población no habla español y tiene una cultura diferente que los aísla; y la tasa de analfabetismo de la población es dos veces más elevada que la de los otros dos países. Aunque políticamente estable (al menos hasta años recientes), México no ha gozado de la competencia política y apertura de los dos otros países, y las organizaciones laborales y campesinas han estado sometidas a un control mucho más estricto del partido (PRI) que ha dominado la vida política durante muchas décadas. Por tanto, el gobierno ha debido responder menos a las masas y a la presión de los niveles inferiores, aunque esta situación está cambiando con rapidez.

México tiene recursos abundantes y experimentó un enorme desarrollo económico en la década de 1960 y la de 1970, pero poca de esa riqueza se invirtió en mejorar el nivel de vida de los pobres. En 1988, el ingreso por persona del país ocupó el segundo lugar entre los más altos de los cinco países, pero hubo importantes desigualdades en la distribución del ingreso. La política de seguridad social, en particular su extensibilidad a los pobres de las zonas urbanas, ha sido retórica y simbólica, indicando poco progreso práctico. COPLAMAR, sin embargo, ha sido un éxito.

Aunque la cobertura de la población por el IMSS/COPLAMAR ha estado a veces inflada — de 75 a 100% sobre las cifras "reales" en 1980-1983 (Mesa-Lago, 1989c)— y existe confusión debido a la descentralización de los servicios después de 1985 y al efecto de la crisis económica de la década de 1980, no hay duda de que este programa ha aumentado notablemente la cobertura para los pobres de las zonas rurales. Desde una atención prácticamente nula en 1970, la cobertura estadística ha aumentado a más de la mitad de la población rural dispersa y es aún más elevada entre las zonas rurales marginadas. La importancia de este programa, no solo en México sino en toda la América Latina y el Ca-

ribe, nos llevó a seleccionarlo para evaluación en la sección sobre "Evaluación del programa de atención de salud del IMSS-COPLAMAR para los pobres de las zonas rurales", que comienza en la página 124.

A la inversa, 99%, aproximadamente, del sector informal, en el que están concentrados los pobres de las zonas urbanas, no cuenta con cobertura del IMSS. Por consiguiente, el seguro social mexicano logró romper la barrera de Bismarck mediante la extensión de la cobertura a los trabajadores rurales no asalariados, pero no fue capaz de hacer lo mismo en relación con el sector urbano. En el campo, la migración a las zonas urbanas, combinada con los programas de COPLAMAR/Solidaridad Social, mejoró la atención de salud para los pobres, pero en las ciudades, la oleada de inmigrantes procedentes del campo se combinó con el crecimiento del sector informal en la década de 1980 y la ausencia de programas eficaces del IMSS para proporcionar cobertura a este sector dejando a los pobres de las zonas urbanas sin protección en su mayor parte. En 1980, México ocupaba el tercer lugar entre 13 países latinoamericanos con el mayor sector informal (excluidas la República Dominicana y el Perú); de los cinco estudios de caso, solo el Perú tiene un sector informal más grande que México. El enorme incremento en la población del Distrito Federal, hoy la mayor zona metropolitana del mundo, ha contribuido notablemente al crecimiento del sector informal. Si bien es cierto que los pobres de las zonas urbanas están habilitados legalmente para utilizar los servicios de atención de salud de la Secretaría de Salud y otros programas públicos, estos son insuficientes para proporcionar una satisfacción mínima de la demanda de ese grupo (véase la sección sobre "Viabilidad del sector público (Secretaría de Salud)", que comienza en la página 123). Las razones aducidas por los burocratas y expertos para la baja cobertura del seguro social para el sector informal son los

bajos ingresos de dicho sector, la elevada contribución exigida y otras barreras impuestas por el IMSS.

Política de seguridad social

Bajos ingresos y aportes elevados

Como se ha visto, el ingreso de los trabajadores del sector informal en México a mediados de la década de 1970 fue más bajo que el de los trabajadores formales y los especialistas están de acuerdo en que, en la década de 1980, los primeros descendieron tanto como los últimos y probablemente más (Diéguez, 1986; Samaniego, 1986). Debido a que la capacidad de proporcionar aportes es una condición para la afiliación voluntaria al IMSS, el ingreso de los trabajadores del sector informal protegidos por el IMSS debería ser más elevado que el de los no asegurados. De acuerdo con el Cuadro 51, 30% de los trabajadores informales asegurados en 1986 tenían ingresos por debajo del salario mínimo (frente al 28% de todos los trabajadores urbanos permanentes asegurados), 70% de los trabajadores informales percibían entre uno y tres salarios mínimos (frente a un promedio urbano de 49%) y solo 0,7% percibía más de tres salarios mínimos (frente a un promedio urbano de 23%). Además, el ingreso promedio de los trabajadores informales se ha elevado debido a los trabajadores autónomos, un buen número de los cuales son profesionales que perciben ingresos relativamente elevados, y a los empleadores. Así, todos los vendedores de lotería y 42% de los empleados en el servicio doméstico percibieron menos del salario mínimo en 1986, en comparación con solo 1% entre los trabajadores autónomos. Los empleadores fueron el

Cuadro 51. Distribución porcentual de los trabajadores del sector informal asegurados en el IMSS de acuerdo con su ingreso, México, 1986.

Categorías ocupacionales	Distribución porcentual basada en salarios mínimos			Total
	Menos del mínimo	1 a 3 veces el mínimo	3 a 10 veces el mínimo	
Informales	29,7	69,6	0,7	100,0
Autónomos	1,3	98,7	0,0	100,0
Empleadores	34,4	64,3	1,3	100,0
Servicio doméstico	42,0	58,0	0,0	100,0
Vendedores de lotería	100,0	0,0	0,0	100,0
Total de trabajadores permanentes urbanos	28,0	49,2	22,8	100,0

Fuente: Cálculos del autor basados en el IMSS, 1986.

Cuadro 52. Contribuciones de los trabajadores asalariados y del sector informal al IMSS, México, 1989.

SECCION A							
Aportes legales por programas (% del ingreso)	Asalariados ^a				Informales ^b		
	Asegurado	Empleador	Estado	Total	Asegurado	Estado	Total
Enfermedad-maternidad	3,00	8,40	0,60	12,00	7,82 ^e	0,60	8,42
Otros ^c	1,50	7,20	0,30	9,00	5,70	0,30	6,00
Total	4,50	15,60	0,90	21,00	13,52	0,90	14,42

SECCION B			
Grupos de asegurados	Salario básico del aporte (1988)	Aporte anual (miles de pesos)	Aumento porcentual sobre el aporte de los asegurados
Asalariados	Salario real	488	—
Autónomos ^d	1,6 veces el salario mínimo en el Distrito Federal	632	29,5
Empleadores	2 a 10 veces el salario mínimo en el Distrito Federal	976 a 4652	100 a 853
Servicio doméstico	Salario mínimo promedio en la zona	n.d.	n.d.

Fuentes: Mesa-Lago, 1990; actualización de Wilkie, 1990.

^aIncluye el servicio doméstico.

^bAutónomos, pequeños empleadores, trabajadores familiares no remunerados y otros trabajadores no asalariados.

^cIncluye pensiones, lesión en el trabajo y servicios diurnos de guardería para los trabajadores asalariados, pero solamente pensiones para los trabajadores informales (la cobertura optativa por lesión en el trabajo cuesta 6,5% más).

^dIncluye a los conductores de taxi que son dueños de sus vehículos.

^eNo se proporciona beneficios en efectivo (permiso por enfermedad-maternidad con sueldo).

único grupo con un ingreso más elevado que tres salarios mínimos (1,3%), mientras que 64% de ellos percibían entre uno y tres salarios mínimos. Entre los posibles trabajadores informales asegurados por el IMSS, 41% son trabajadores autónomos y 29% son empleadores (véase el Cuadro 50) y la mayoría de ellos ciertamente no son pobres. Esto deja menos de 30% de los asegurados que podrían calificarse de pobres pero 16% son propietarios de taxis que difícilmente podrían considerarse como desposeídos. El 14% restante (vendedores de lotería, músicos ambulantes y empleados en el servicio doméstico) podrían calificarse como pobres.

En el Cuadro 52, Sección A, se compara el aporte porcentual sobre el salario o ingreso abonado por los trabajadores asalariados, entre ellos los empleados del servicio doméstico, con el abonado por los trabajadores del sector informal; estos últimos tienen que pagar el aporte porcentual tanto del asegurado como del empleador. El aporte porcentual abonado por los trabajadores del sector informal al programa de enfermedad-maternidad (7,8%) es 2,6 veces más elevado que el abonado por los trabajadores asalariados (3%), a pesar del hecho de que los primeros no están habilitados para recibir beneficios en efectivo. El aporte porcentual total abonado por los trabajadores del sector informal (13,52%) es tres veces más alto que el abonado por los trabajadores asalariados (4,5%) y,

además de no tener derecho a beneficios de salud en efectivo, los trabajadores informales no están protegidos por seguro de lesión en el empleo —a menos que paguen una cifra adicional de 6,5%— y no tienen acceso a los centros de puericultura. Los empleados del servicio doméstico y sus empleadores han de efectuar los mismos aportes porcentuales que el resto del sector asalariado, pero para este empleador, el aporte del 17,54% es demasiado elevado. Además, cuando el sueldo del empleado del servicio doméstico es igual al salario mínimo, el empleador ha de pagar el aporte tanto suyo como de su empleado. Puesto que los empleadores tienen la opción de inscribir o no inscribir a sus empleados del servicio doméstico en el IMSS, pocos lo hacen. Además, cada vez que un empleado del servicio doméstico cambia de trabajo, el nuevo empleador puede optar por volver a inscribir a ese empleado o por no hacerlo.

El aporte promedio anual del trabajador autónomo es un 30% más elevado que el del trabajador asalariado, aunque esta disparidad se reduce debido a que el aporte del trabajador asalariado se basa en el sueldo real, mientras que el aporte del trabajador autónomo es 1,6 veces el sueldo mínimo. El aporte promedio del empleador oscila entre 100 y 853% del aporte del trabajador asalariado (Cuadro 52, Sección B). Estos dos grupos se quejan de que su aporte es

demasiado elevado (Galván Ulloa, 1988), y aún así, su ingreso promedio es relativamente elevado conforme a normas del sector informal. Evidentemente, este tipo de aporte no pueden sufragarlo los propietarios de pequeñas empresas y los trabajadores autónomos que tienen ingresos bajos.

Otras barreras

Es sumamente difícil detectar e inscribir a las pequeñas empresas en el sector informal y cobrar aportes de ellas, debido a que muchas operan dentro de la economía clandestina. En realidad, después del terremoto de 1985 en la ciudad de México, se descubrieron cientos de empresas clandestinas, algunas de ellas de tamaño intermedio. Por otra parte, además de los requisitos financieros y administrativos arriba citados para la firma de los convenios, es difícil conseguir suficientes trabajadores dispuestos a afiliarse al IMSS. Por ejemplo, se requiere para la afiliación un mínimo de 2000 vendedores de mercado, y en 1988, después de dos años de actividad, todavía no se había llegado a esta cifra. Cuando hay varias asociaciones dentro de un grupo de trabajadores, puede ser difícil decidir qué asociación debería representar a los trabajadores en el convenio. Un problema importante es el de que la asociación seleccionada ha de aceptar responsabilidad financiera para el pago de los aportes de sus miembros mediante el mantenimiento de un depósito bancario en cobertura de posibles demoras en los pagos (Mesa-Lago, 1990a).

VIABILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL Y EL SECTOR PÚBLICO PARA PROPORCIONAR COBERTURA A LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS

En México, los pobres están protegidos fundamentalmente por la Secretaría de Salud, el Departamento del Distrito Federal y otras instituciones públicas (la mayoría de las cuales proporcionan protección a los pobres urbanos) y el IMSS (que proporciona protección a los pobres rurales). La cobertura de los pobres rurales por el IMSS-COPLAMAR se analizará en la sec-

ción siguiente; aquí, analizaremos la capacidad del IMSS y la Secretaría de Salud para ampliar la protección de atención de salud a los pobres en las zonas urbanas.

Viabilidad del seguro social (IMSS)

La combinación de todos los programas del IMSS ha generado tradicionalmente un superávit general, pero estimado como porcentaje del ingreso, este descendió de 17,8 a 4% en 1980-1986. Un análisis actuarial realizado en agosto de 1988 no tuvo datos de población por edades y sus proyecciones se limitaron al ingreso y desembolsos brutos; su análisis llegó a la conclusión de que el IMSS era financieramente viable hasta el año 2000. Sin embargo, cabe advertir que el sistema financiero para las pensiones del IMSS cambió aparentemente de primas por escala a pagos progresivos y que el análisis dependió de una continuación proyectada de la población joven incorporada al IMSS, pero careció de datos demográficos sólidos.

En años recientes, el IMSS ha hecho frente a una crisis de liquidez que le ha obligado a obtener préstamos bancarios a corto plazo con altos tipos de interés. Las reservas actuariales como porcentaje de los fondos operativos descendieron de 17,9 a 0,4% en 1980-1988; en consecuencia, el IMSS ha estado agotando sus reservas de dinero en efectivo (el grueso de su inversión lo constituyen bienes raíces), que parecen ser inadecuadas para atender las obligaciones a largo plazo (Wilkie, 1990). Las razones principales para el deterioro financiero del IMSS en la década de 1980 han sido, en términos de gastos, déficit en los programas de enfermedad-maternidad y lesiones en el empleo junto con costos administrativos muy elevados y, en términos de ingresos, aportes porcentuales estancados en el programa de pensiones, aportes insuficientes en el programa de enfermedad-maternidad, reducciones en los aportes del Estado y un descenso en el rendimiento real de la inversión (Mesa-Lago, 1989, 1990).

Desde sus comienzos en 1943 hasta al menos 1988, el programa de enfermedad-maternidad ha terminado con déficit en todos los años, salvo tres. Este programa absorbe la mayoría de los desembolsos del IMSS, aunque su proporción descendió de 69 a 54% en 1977-1986. El déficit se ha cubierto con transferencias (como préstamos e inversiones) de los programas de pensiones y lesión en el empleo, lo que ha contribuido a su descapitalización. El aporte porcentual total al programa de enfermedad-maternidad aumentó de 6% en 1943 a 9% en la

década de 1970, pero en 1984, se estimó actuarialmente que tenía que elevarse a 13% para lograr un equilibrio y para que este programa comenzase a pagar su deuda a otros programas. En 1989, el aporte porcentual total al programa de enfermedad-maternidad se aumentó a 12% (véase el Cuadro 52), aún por debajo de la prima actuarial requerida.

El programa de pensiones ha sido el único que ha generado un superávit dentro del IMSS, pero este descendió de 52% del ingreso en 1980 a 14,6% en 1986. A medida que el programa maduró y aumentó el número de pensionistas, sus desembolsos aumentaron paulatinamente. El aporte porcentual total a este programa ha seguido siendo el mismo desde que el programa se estableció en 1943. Debido a altas tasas de inflación e ineficiencia en las políticas de inversiones, el rendimiento anual promedio real de la inversión en 1980-1987 fue negativo (-21%). El programa de lesión en el empleo terminó con déficit en 1977-1979 y, nuevamente, en 1983-1986; carecemos de datos desagregados más recientes sobre este programa. Como resultado, los superávits de pensiones, una importante fuente de financiamiento para el programa de enfermedad-maternidad, han experimentado una reducción espectacular, y el programa de lesión en el empleo crónicamente deficitario ha dejado de proporcionar subsidios. La situación obligó a aplicar un incremento del 33% en el aporte porcentual legal al programa de enfermedad-maternidad de 1989, que ha lanzado a México del cuarto al segundo lugar en la Región (después de Costa Rica) en términos de la cuantía de este aporte porcentual. Carecemos de información sobre el hecho de si este incremento ha equilibrado el programa de enfermedad-maternidad.

Los desembolsos administrativos del IMSS figuran entre los más elevados de América Latina y el Caribe y acusan una tendencia al alza como proporción de los desembolsos totales: de 13,4% en 1977 a 19,3% en 1983, a pesar de un descenso a 17% en 1986. Esto se debe principalmente a un exceso de personal, así como a sueldos elevados y beneficios marginales demasiado generosos. El estudio actuarial de 1982 advirtió que, si no se controlaban estos gastos, pondrían en peligro la estabilidad financiera del IMSS. Y sin embargo, la relación de empleados del IMSS por 1000 asegurados aumentó de 6 a 8,9 en 1980-1986, alcanzando una cifra máxima histórica en ese último año.

Aunque el Gobierno Federal ha cumplido tradicionalmente sus obligaciones frente al seguro social, redujo su aporte porcentual general (como Estado, no como empleador) al IMSS en

casi dos terceras partes, de 1,875% a 0,75%. El programa de enfermedad-maternidad sufrió la mayor reducción, pero en 1989, el aporte porcentual estatal general aumentó a 0,9% y la diferencia se asignó al programa de enfermedad-maternidad. Se ha declarado que, en 1987, el Estado retrasó sus pagos al IMSS-COPLAMAR hasta en tres meses, obligando al IMSS a tomar fondos de otros programas. Aparentemente, este problema se corrigió en 1988.

Incluso si el IMSS hubiera podido ampliar la cobertura de salud a solo 1% del sector informal —la mayoría de los trabajadores autónomos y empleadores con un ingreso relativamente elevado— es dudoso que pudiese proteger eficazmente a todo el sector, incluidos los pobres, con una base financiera tan débil, en particular si consideramos que los trabajadores no asegurados en el sector informal tienen ingresos bajos que requerirían subsidios estatales sustanciales. El aporte actual al programa de enfermedad-maternidad no puede aumentarse; en realidad, habría que reducirlo si se desea incorporar eficazmente a los trabajadores del sector informal. Una posibilidad para aumentar los ingresos sería la de eliminar el tope salarial para los aportes, medida que tendría un efecto progresivo sobre la distribución. Dado que el programa de enfermedad-maternidad carece de reservas importantes, no existe posibilidad de aumentar los ingresos mediante una política de inversiones más eficaz. La única alternativa lógica sería la de reducir espectacularmente los desembolsos, comenzando con los costos administrativos. Sin embargo, tendría que concebirse un programa de beneficios más económico (similar al de COPLAMAR) para proporcionar cobertura a los pobres en las zonas urbanas.

En 1987, el IMSS preparó un proyecto de legislación con miras a acelerar la cobertura voluntaria de los trabajadores autónomos y otros grupos de trabajadores no asegurados y las personas a su cargo, principalmente en el sector informal. El plan entrañó la introducción de un paquete uniforme de beneficios de atención de salud (sin permiso pagado de enfermedad-maternidad, pero con un pago global) que financiarían los trabajadores y el Estado en partes iguales. El aporte porcentual total sería de 16% (más del doble del porcentaje actual), aumentando el aporte del Estado a cerca de 8%. El aporte porcentual de los asegurados sería algo menor, ya que se basaría en el salario mínimo en vez del actual 1,6 del salario mínimo (IMSS, 1987b). De ahí que este proyecto legal reconociese la necesidad de aumentar sustancialmente el subsidio del Estado para suplir la falta de aportes por los empleadores y reducir el aporte

de los trabajadores, aunque no en una cifra suficiente. Sin embargo, a fin de hacer viable este proyecto, se habría requerido un paquete de beneficios menos costoso. La necesidad de fondos estatales sustanciales en medio de una crisis económica y la política de ajuste determinaron la suerte de este proyecto de legislación.

Para los empleados del servicio doméstico, el IMSS propuso un programa de enfermedad-maternidad menos costoso en sustitución al de pago global para el permiso remunerado. Este paquete lo financiarían por igual el empleador y el trabajador, en vez del 75 y 25%, respectivamente, como ocurre ahora. A pesar del incremento en el aporte porcentual de los trabajadores, el paquete menos costoso haría que el pago real fuese más bajo que antes. El programa sería obligatorio —en vez de voluntario— pero se limitaría a las zonas urbanas de ingresos elevados, y sería optativo para el resto del país. Para 1988 no se había puesto en práctica (Galván Ulloa, 1988).

Si se amplía la cobertura del programa de salud-maternidad a todos los trabajadores autónomos y empleados del servicio doméstico (de los cuales más de dos terceras partes se hallan comprendidos en el sector informal), el IMSS tendría que incorporar a unos siete millones de personas: dos millones de trabajadores activos y unos cinco millones de personas a su cargo. Esto sería igual a 20% de la población asegurada total actual del IMSS (15% si se incluye la cobertura del Programa de Solidaridad Social/COPLAMAR). Aunque no se afiliaría toda la población habilitada, los funcionarios del IMSS consideran que sus servicios de atención de salud están próximos a la saturación y no podrían absorber a este considerable grupo nuevo de asegurados sin una expansión sustancial de la infraestructura existente, cosa difícil en estos momentos. En consecuencia, se ha sugerido hacer participar al sector privado en aquellos lugares en los que el IMSS u otros servicios de salud pública no tienen una capacidad excedente, idea que no se consideró antes (Galván Ulloa, 1988).

La crisis económica de la década de 1980 ha sido costosa para los servicios de atención de salud del IMSS. En 1982-1987, el ingreso total en pesos de 1980 descendió en 32%, mientras que la población protegida aumentó en 27% y los gastos por persona, en pesos de 1986, descendieron en 42%. Desde 1944 hubo incrementos anuales en la mayoría de los servicios de salud proporcionados por el IMSS, pero en 1985-1986 hubo descensos en las consultas externas, pruebas de laboratorio, patología, rayos X, transfusiones de sangre, cirugía y partos

(IMSS, 1987; Wilkie, 1990). En estas condiciones, es prácticamente imposible ampliar la protección del programa de enfermedad-maternidad del IMSS al sector informal a menos que se cambie su actual modelo de atención de salud; el modelo de COPLAMAR sería mucho más viable.

Viabilidad del sector público (Secretaría de Salud)

El Plan Nacional de Desarrollo de 1989-1994 incluye importantes estrategias para combatir la pobreza crítica y proporcionar atención de salud a los críticamente pobres. Aunque exagera considerablemente la cobertura, el plan reconoce que no se ha logrado una cobertura completa de las zonas urbanas y rurales marginales, que la calidad de la atención está por debajo del nivel deseable, y que hay limitaciones sobre la oferta de equipo, medicinas y otros recursos. Para hacer frente a la pobreza crítica, se lanzó el Programa Nacional de Solidaridad que entraña acuerdos de desarrollo entre el sector público y las poblaciones urbanas y rurales marginales, inclusive las comunidades indígenas y los habitantes de zonas áridas. La estrategia de atención de salud propuesta contempla cuatro metas: la extensión de la cobertura y el mejoramiento de los servicios mediante una mayor eficiencia en las inversiones, y la educación, dando prioridad a concluir las unidades que proporcionarán atención primaria de salud a los grupos urbanos y rurales marginales; la reducción de las desigualdades de acceso y servicios a través del Programa Nacional de Solidaridad, y una mejor coordinación de los servicios de salud y beneficencia a los críticamente pobres tales como atención primaria, nutrición, saneamiento, agua y vivienda; un cambio en la filosofía de la atención de salud, dando prioridad a la prevención, la inmunización, el control de las enfermedades contagiosas y parasitarias y la protección de los niños y de las madres, así como un uso más eficiente de la medicina curativa; y el refuerzo de la coordinación nacional del sistema de salud, la eliminación de la duplicación y el fortalecimiento de la descentralización (Secretaría de Planificación y Presupuesto, 1989). Queda por ver si se alcanzarán estas metas encomiables. El primer informe anual del Plan afirma que se habrá proporcionado cobertura a dos millones de indígenas y campesinos al amparo del Programa Nacional de Solidaridad mediante la construcción y equipamiento de 772 unidades médicas y centros de salud en las zonas rurales. Sin embargo, el informe sobre el sector urbano carece

de datos concretos para evaluar el cumplimiento de las metas (Poder Ejecutivo Federal, 1990).

¿Puede el sector público proporcionar atención eficaz de salud a los pobres en las zonas urbanas? En las actuales condiciones de crisis y sin una reforma radical del sistema de salud del país, la respuesta parece ser negativa. En comparación con los organismos del seguro social, la Secretaría de Salud, en mucho el principal proveedor dentro del sector de salud pública, está evidentemente subfinanciada y subdotada de personal (véase el Cuadro 53). Si bien las proporciones de gastos en atención de salud y médicos fueron notablemente más elevadas en 1987-1988, que la proporción correspondiente de la población protegida en PEMEX, ISSSTE y el IMSS, la proporción de gastos de la Secretaría fue más baja que su proporción de la población, y su proporción de médicos fue aproximadamente la misma. Los datos sobre las fuerzas armadas, que no se incluyen en el cuadro, indican que sus servicios de salud son iguales a los de PEMEX (Mesa-Lago, 1989). Sin embargo, si comparamos los recursos de la Secretaría de Salud con los de COPLAMAR, es evidente que la primera está en una situación mucho mejor: el doble de población de COPLAMAR pero 12 veces los gastos y casi siete veces el número de médicos.

La crisis económica de la década de 1980 ha perjudicado a la Secretaría aún más que al IMSS. En 1982-1987, mientras que los gastos en salud del IMSS (en pesos de 1976) descendieron en 35%, los de la Secretaría descendieron en 67%; en el mismo período, la cobertura de población del IMSS aumentó en 27%, mientras que la cobertura de la Secretaría aumentó en 65% (Salinas de Gortari, 1989; Wilkie, 1990). El Cuadro 54 indica que, excepto en lo que respecta a las consultas obligatorias, todas las instalaciones y servicios de la Secretaría de Salud

alcanzaron una cifra máxima en 1986 y acusaron un pronunciado descenso para 1989 o experimentaron un deterioro constante después de la crisis que comenzó en 1982. Además, de las 10 tasas que aparecen en el cuadro, seis fueron más bajas en 1989 que en 1982. Los médicos encuestados en 1989 calificaron los servicios de nivel primario y secundario de la Secretaría como los peores en cuanto a servicio y prestigio (detrás de los del IMSS y el ISSSTE); estos dos niveles son los más utilizados por los grupos de bajos ingresos de la población (Wilkie, 1990). Aunque el enfoque de la Secretaría y los costos para la atención de salud pueden proporcionar una cobertura eficaz más adecuada a los pobres de las zonas urbanas que los del IMSS, la primera carece de las instalaciones y recursos requeridos para hacer frente a esta tarea.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD DEL IMSS-COPLAMAR PARA LOS POBRES DE LAS ZONAS RURALES¹

Historial

El Programa de Solidaridad Social que el IMSS lanzó en 1973 fue el primero en apartarse notablemente del modelo convencional del seguro social, pero también cambió el papel histórico de la Secretaría como proveedor básico de servicios de salud a la población no asegurada de bajos ingresos. Con anterioridad, los programas del IMSS habían requerido aportes tanto por los asegurados como por los empleadores, pero el Programa de Solidaridad Social lo financiaron en un 60% el Gobierno Federal y en un 40% el IMSS con sus propios fondos. Aunque el Programa se destinó inicialmente a las poblaciones marginales urbana y rural, se concentró en esta última. La población protegida recibió atención de salud, no beneficios en efectivo y, a su vez, se esperaba de ella que aportase 10 días al año de trabajo comunitario. Para 1979, el IMSS había construido 310 clínicas de nivel pri-

Cuadro 53. Comparación de los recursos de atención de salud y gastos por persona entre los proveedores^a en México: 1987-1988 (distribuciones porcentuales).

Proveedor	Población con cobertura	Gastos de atención de salud	Médicos
PEMEX	1,1	4,2	2,8
ISSSTE	10,3	11,6	15,2
IMSS	47,9	61,1	51,1
Secretaría de Salud	26,5	21,4	27,3
COPLAMAR/PSS	14,1	1,7	3,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fuentes: Cálculos del autor basados en Salinas de Gortari, 1989; Wilkie, 1990.

^aExcluye a las fuerzas armadas, al Departamento del Distrito Federal y a otros proveedores privados y del sector público.

¹Esta sección se basa en el informe de campo de Margaret S. Sherraden titulado *Primary Health Care for the Rural Poor in Mexico: The Case of IMSS-COPLAMAR (1979-1988)* (Atención primaria de salud para los pobres de las zonas rurales en México: el caso del IMSS-COPLAMAR (1979-1988), St. Louis, Universidad de Washington, abril de 1989, complementado por su carta del 20 de junio de 1989. Técnicamente, Sherraden es la autora de esta sección, pero yo resumí su informe y agregué parte de los materiales y los cálculos, por lo que tomo plena responsabilidad de lo que se dice en él.

Cuadro 54. Efectos de la crisis económica sobre las instalaciones y servicios del Ministerio de Salud (Secretaría de Salud) en México, 1982-1989.

Instalaciones/servicios	1982	1986	1989
Médicos (por 10 000 personas con cobertura) ^a	5,6	8,4	6,0
Dentistas (por 10 000)	1,3	1,7	1,2
Camas de hospital (por 1000)	2,5	2,7	1,9
Consulta externa (por persona)	1,8	1,9	1,9
Partos (por 1000)	17,3	15,7	12,9
Cirugía (por 1000)	17,0	15,2 ^b	13,4
Rayos X (por 1000)	67,0	67,2	53,3
Inmunización (por 100 000)			
DPT	215	193 ^b	169
Tifoidea	18	45 ^b	34
Sarampión	67	148	97

Fuentes: Cálculos del autor basados en Salinas de Gortari, 1989.

^aExcluye a los pasantes, nuevos graduados que prestan servicios obligatorios durante un año.

^b1985.

mario y 30 hospitales rurales pequeños de nivel secundario.

En 1976, en el apogeo de la expansión económica producida por el petróleo, se estableció COPLAMAR como organismo general responsable de coordinar toda una gama de programas destinados al desarrollo de las zonas marginales. Tres años después, COPLAMAR firmó un acuerdo con el IMSS para proporcionar la misma clase de servicios de salud que proporcionaba el Programa de Solidaridad Social. Un documento oficial explicaba: "A pesar de su buena labor, los seguros sociales contribuyeron a la creación de una minoría con cobertura contra todos los riesgos sociales, junto con una mayoría excluida de toda protección. Es necesario garantizar la función redistributiva de la seguridad social más allá del ámbito clásico del seguro social" (IMSS, 1983:15). La decisión de encomendar esta responsabilidad al IMSS en vez de a la Secretaría respondió, según se informa, a la capacidad administrativa y técnica del IMSS, a la experiencia que había acumulado con el Programa de Solidaridad Social y a su valiente iniciativa, en comparación con la falta de liderazgo eficaz de la Secretaría. Además, si ese programa se hubiera encomendado a la Secretaría, se habría convertido en un programa de asistencia social: "un paliativo en vez de un medio para atacar a la pobreza de raíz". Con los recursos producidos por el petróleo, se esperaba que el plan acelerase la protección económica y social de los pobres en las zonas rurales y que redujese la disparidad entre las zonas urbanas y las rurales, en vez de esperar a que se produjera un proceso paulatino de desarrollo (IMSS, 1983;

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1987). Se dio al IMSS dos años para ejecutar el componente de atención de salud del plan; en el Cuadro 55 se demuestra que fundamentalmente lo llevó a cabo.

Para el final de 1979, el IMSS había construido 1796 clínicas rurales que proporcionaban servicios a más de un millón de familias campesinas (3,7 millones si se combinan con los recursos del Programa de Solidaridad Social). En 1981 había 2714 clínicas y 10 hospitales rurales pequeños que proporcionaban cobertura a 6,5 millones de personas (8,6 millones si se añade el Programa de Solidaridad Social) y, dos años después, 19 hospitales más aumentaron la protección de COPLAMAR a 8,5 millones (10,7 si se añade el Programa de Solidaridad Social). En el apogeo de este programa en 1985, los recursos de salud combinados del IMSS para atender a los pobres en las zonas rurales consistían de 3246 clínicas y 65 hospitales, que proporcionaban cobertura a unos 14,5 millones de personas en los 31 estados del país. Una encuesta realizada en 1981 y un estudio ulterior efectuado en 1986 proporcionaron datos vitales sobre la población servida y ayudaron a adaptar el programa a las necesidades de los usuarios (Velázquez Díaz, 1989).

Cuando Miguel de la Madrid ocupó la presidencia, la situación había cambiado espectacularmente. La crisis económica de 1982 había impuesto un ajuste doloroso: se dio prioridad al servicio de la deuda externa; el déficit federal tuvo que reducirse y los programas sociales se convirtieron en el blanco principal. Los servicios descentralizados, que habían ayudado a reducir la carga sobre el Gobierno Federal, se racionalizaron en parte con la idea de que las necesidades locales podrían atenderse con más eficiencia y economía a través de los estados y municipios; también se ha argumentado que el nuevo Presidente no estaba interesado en perpetuar un "monumento" a su predecesor (Wilkie, 1990).

En 1983 se disolvió a COPLAMAR, aunque el IMSS siguió temporalmente controlando el programa de salud, y en 1984 se introdujo el concepto de un Sistema Nacional de Salud y se encomendó a la Secretaría de Salud su coordinación. De 22 a 29% de las instalaciones del IMSS-COPLAMAR y la población protegida se transfirieron a los ministerios de salud en los estados entre junio de 1985 y febrero de 1988; esta empresa se paralizó brevemente en 1986 después de protestas de que los servicios descentralizados habían experimentado un deterioro notable. Para fines de 1988, el IMSS mantenía 2323 clínicas, 51 hospitales y 10 millones de personas en 17 estados, mientras que 920

Cuadro 55. Evolución de las instalaciones de atención de salud y cobertura en zonas marginales rurales de México, 1979-1988.

	IMSS				
	Programa de Solidaridad Social	COPLAMAR	Total	Descentralizados	Total
1979					
Clínicas	310	1796	2106	—	2104
Hospitales	30	0	30	—	30
Población (millones)	2,6	1,1	3,7	—	3,7
1981					
Clínicas	310	2714 ^b	3024	—	2484
Hospitales	31	10	41	—	41
Población	2,1	6,5	8,6	—	8,6
1983					
Clínicas	310	2720	3030	—	3030
Hospitales	31	29	60 ^c	—	53
Población	2,2	8,5	10,7	—	10,7
1985					
Clínicas	310	2936	3246	—	3243
Hospitales	31	34	65	—	65
Población	2,8	11,7	14,5	—	14,5
1988^a					
Clínicas	187	2136	2323	920	3243
Hospitales	20	31	51	14 ^d	65
Población	1,6	8,4	10,0	4,1	14,1

Fuentes: Recopilación del autor basada en el IMSS, 1983; el IMSS y COPLAMAR, 1988a; Sherraden, 1989; Salinas de Gortari, 1989; Velázquez Díaz, 1989.

^aTransferencia del IMSS a servicios estatales descentralizados, de junio de 1985 a febrero de 1988.

^bSegún otra fuente: 2174 clínicas de COPLAMAR.

^cSegún otra fuente: 53 hospitales.

^dSegún otra fuente: 21 hospitales.

clínicas, al menos 14 hospitales y 4 millones de personas fueron transferidos a 14 estados (Cuadro 55). Salvo una excepción, el estado de Guerrero, los estados más pobres y más rurales que tenían el mayor número de clínicas, hospitales y población protegida se mantuvieron bajo el IMSS; las autoridades en los estados más pobres se mostraron reacias a aceptar el programa debido a que carecían de los recursos y la infraestructura necesarios para prestarle apoyo. En 1989, el Presidente Salinas de Gortari renovó la designación del Director General del IMSS, acción inusitada en la historia de esa institución. En ese momento, los servicios del IMSS-COPLAMAR en los estados más desarrollados, los menos rurales, se habían transferido ya y el Director, políticamente fuerte, quizás pudo detener el proceso de descentralización.

Aunque algunos aspectos del proceso de descentralización han sido positivos, la división de los servicios de salud de COPLAMAR entre el IMSS y los estados ha ocasionado varios problemas. En primer lugar, la transferencia fue demasiado rápida, y desencadenó complicaciones administrativas y un descenso en la calidad de los servicios. Un funcionario del IMSS afirma que los estados tuvieron dificultad en retener a los médicos y otro personal que abandonaban sus puestos, y no se entregaron suministros y medicinas; como resultado, la ocupación de los hospitales descendió en 15 puntos porcen-

tuales. Además, una vez que quedó concluida la transferencia, el IMSS dejó de proporcionar parte de los fondos y servicios de apoyo que en adelante tendrían que proporcionar los estados (véase la sección sobre "Financiamiento y costos", que comienza en la página 130). Los estados hallaron difícil recaudar impuestos y algunos recurrieron a reducir algunos servicios; otros introdujeron pagos por los usuarios que, según se informa, excluyen al segmento más pobre de la población y producen resistencia en la población. Con los servicios centralizados del IMSS, la población de un estado podría recibir atención en los hospitales de COPLAMAR en otro estado, pero con el sistema descentralizado, la situación exigía acuerdos entre los estados. Por ejemplo, 60% de los usuarios de un hospital transferido de COPLAMAR en Aguascalientes procedían de Zacatecas, y la misma situación ocurrió en los estados de Tabasco y Chiapas (Velázquez, 1988). Aunque no hay una postura oficial al respecto, parece que los problemas arriba citados pueden haber ayudado a detener la descentralización.

Cobertura y beneficios de la población

Teóricamente, las zonas rurales seleccionadas para los servicios de salud de COPLAMAR se escogieron de acuerdo con 19 indicadores de

marginalidad entre los que figuró la incidencia de la pobreza, la concentración de la población autóctona y una proporción elevada de la población sin seguro. Además, también desempeñaron un papel consideraciones políticas tales como el apaciguamiento de las zonas rurales afectadas por perturbaciones sociales o rebelión guerrillera y una respuesta a presiones de las autoridades municipales que deseaban disponer de una clínica. En la práctica, parece que el personal del Instituto Nacional Indigenista seleccionó la mayoría de los lugares debido a que eran ellos quienes conocían mejor las condiciones locales. Por último, también se utilizaron criterios logísticos para establecer las clínicas y los hospitales. Entre estos criterios figuró la ausencia de servicios de salud similares a fin de evitar duplicación (a pesar del hecho de que de 5 a 10% de las clínicas están situadas en comunidades con una instalación de la Secretaría de Salud), la existencia de instalaciones mínimas (tales como electricidad y agua potable) y la dimensión de la población (entre 500 y 2500 habitantes para las clínicas, con un radio de influencia de 2500 a 8000, y la distancia entre los lugares a los que había de prestarse servicio que no debería ser más de una hora; y 5000 a 10 000 habitantes para los hospitales, así como la existencia de 40 clínicas en un radio de influencia de 200 000 habitantes, y acceso a las carreteras).

Tal como hemos dicho, en su apogeo el programa abarcó a más de 14 millones de personas en 1985; la población cubierta por el IMSS descendió a 10 millones en 1988, pero aumentó a 11 millones en 1989 y el número de clínicas también aumentó en 12% ese año (Salinas de Gortari, 1989). Para mediados de la década de 1980 se declaró que aproximadamente 85% de la población beneficiaria tenía cobertura. No se dispone de información después de 1988 sobre la

cobertura por los servicios descentralizados, pero aparentemente esta ha descendido. En 1988-1989, el Programa de Solidaridad Social-COPLAMAR-IMSS proporcionaba cobertura a un 56% de la población rural (véase el Cuadro 48; la cifra oficial es del 65%), 69% de la población agrícola de subsistencia y 87% de todos los grupos indígenas (de 30 a 40% de la población con cobertura es indígena). Casi 97% de los 20 295 poblados incorporados cuentan con menos de 2500 habitantes (Velázquez, 1989). La mitad de los protegidos son mujeres y la mitad aproximadamente tienen menos de 15 años de edad, una proporción mayor que en la población cubierta en conjunto (IMSS, 1983); las entrevistas y observaciones realizadas indican que las madres y los niños son los principales usuarios de los servicios de las clínicas.

El Cuadro 56 muestra que, en 1982-1983, aproximadamente la mitad de la población protegida y la mitad de las clínicas y hospitales estaban en los nueve estados sureños y centrales que tenían la cobertura más baja del seguro del IMSS: de 7 a 28%, muy por debajo de la cobertura nacional de 44%. En Oaxaca, Chiapas y Guerrero se concentraba una proporción importante de la población indígena de México; Yucatán, el cuarto estado con una concentración muy elevada de indígenas, tenía entonces una cobertura elevada del seguro del IMSS (55%). (La mitad restante de la población y las instalaciones cubiertas por el IMSS-COPLAMAR están situadas en estados relativamente más ricos en el norte y el noroeste). En 1981, Chiapas y Oaxaca tenían la mortalidad infantil más elevada; Chiapas y Guerrero tenían la tasa de analfabetismo más alta; Guerrero y San Luis Potosí ocupaban el nivel más bajo en términos de falta de sistemas de abastecimiento de agua por tubería; Chiapas tenía la mortalidad más elevada por en-

Cuadro 56. Cobertura de COPLAMAR de la población en los estados más pobres en México, 1982-1983.

	Población indígena	Cobertura de seguro del IMSS	Distribución porcentual (COPLAMAR)		
			Cobertura de la población	Clínicas	Hospitales
Oaxaca	Muy elevada	17,2	10,5	10,6	8,3
Chiapas	Muy elevada	19,9	10,0	10,7	8,3
Guerrero	Muy elevada	23,4	5,1	5,9	4,2
Hidalgo		23,9	5,4	5,3	5,6
Michoacán		19,8	5,6	4,5	5,6
Puebla		28,0	7,4	6,9	5,6
San Luis Potosí		29,0	4,8	5,0	5,6
Zacatecas		18,2	3,0	3,3	2,8
Tlaxcala		6,9	1,2	0,9	1,4
Subtotal ^a			53,0	53,1	47,4

Fuentes: Estimaciones del autor basadas en el IMSS, 1983; Sherraden, 1989; Mesa-Lago, 1989c.

^aPorcentaje de la población, clínicas y hospitales en los nueve estados mencionados en el cuadro con relación a los totales de COPLAMAR.

fermedades contagiosas y parasitarias; Guerrero figuraba entre los estados con la menor cantidad de instalaciones para evacuación de excretas; y Oaxaca, Chiapas, Hidalgo y Puebla figuraban entre los más afectados por las enfermedades evitables mediante la inmunización (IMSS, 1983). Por tanto, todos los datos disponibles indican que el sector rural más pobre y más necesitado es el servido por COPLAMAR.

La cobertura incluye al cabeza de familia, a su cónyuge o pareja, y a los hijos y padres a su cargo. Tienen derecho a servicios de atención de salud (pero no a beneficios en efectivo) al primer nivel en las clínicas del IMSS-COPLAMAR, al segundo nivel en los servicios del programa y al tercer nivel en los hospitales especializados de la Secretaría de Salud: la distribución porcentual de la población atendida por nivel es de 85, 12 y 3%, respectivamente. Los servicios gratuitos proporcionados son los de detección y control de las enfermedades crónicas; prevención e inmunización de las enfermedades contagiosas; atención médica-hospitalaria curativa en estos tres niveles; medicamentos; planificación de la familia; educación para la salud; y promoción/orientación sobre salud ambiental, saneamiento, nutrición y mejoramiento de la vivienda. Los servicios son gratuitos en COPLAMAR, aunque se espera que los beneficiarios aporten trabajo comunitario (véase la sección sobre "Financiamiento y costos", que comienza en la página 130); el servicio rara vez se niega a quienes no pueden ofrecer trabajo comunitario, aunque algunas comunidades amenazan explícitamente con negar los servicios. A menudo, la población cubierta por los servicios descentralizados tiene que efectuar los pagos de usuarios. La Secretaría de Salud ha empleado el "modelo integral de salud" del IMSS-COPLAMAR desde 1985 para extender la cobertura a la población no asegurada.

Organización y personal

Aunque COPLAMAR forma parte del IMSS, su administración y financiamiento están separados (véase la sección sobre "Financiamiento y costos", que comienza en la página 130), y el modelo que utiliza para la provisión de servicios y las políticas de personal son diferentes. La sede del IMSS es directamente responsable de la planificación, supervisión y evaluación programáticas. Las dos unidades básicas para la provisión de servicios son la clínica y el hospital.

Las clínicas son las mismas en todo México, debido a que los arquitectos y planificadores del

IMSS, en colaboración con el Instituto Nacional Indigenista, formularon una clínica "modelo" para las áreas rurales marginadas. Cada clínica tiene una sala de espera, una oficina y una sala de examen, una enfermería de dos camas y una habitación para el médico, y proporciona atención primaria de salud, consulta ambulatoria, atención maternoinfantil, intervenciones menores, medicamentos de una lista básica preparada de acuerdo con la patología local y servicios de la comunidad.

Los hospitales sirven a 40 clínicas y proporcionan atención primaria de salud a los habitantes de la zona inmediata y atención secundaria de salud para los pacientes remitidos de una zona de captación de aproximadamente 200 000 habitantes. Ofrecen servicios de emergencia, consultas ambulatorias, servicios diagnósticos, atención dental, medicamentos y hospitalización. Un cirujano encabeza una dotación de residentes en medicina familiar, pediatría, servicios obstétricos y ginecólogos, cirugía general, medicina interna y anestesiología. Cuando los pacientes requieren una atención más especializada, son remitidos a los hospitales de la Secretaría de Salud; excepto en casos aislados, los beneficiarios de COPLAMAR no tienen derecho a servicios en los hospitales del IMSS.

Las clínicas cuentan con un pasante, un estudiante médico avanzado que desempeña un año de servicio social, o un médico recién graduado, también contratado por un año, y dos ayudantes clínicos. Al principio, el programa dependió fundamentalmente de los pasantes pero, para 1986, 72% eran médicos por contrato. Los ayudantes clínicos son principalmente mujeres jóvenes seleccionadas de la comunidad que han concluido la escuela primaria y hablan español y el lenguaje indígena local. El ayudante principal trabaja los días de la semana y los otros sustitutos los fines de semana. Además, en las clínicas inaccesibles en las que es difícil mantener a un médico se colocan técnicos rurales de salud.

Se imponen fuertes demandas sobre el tiempo y pericias del médico y este ha de proporcionar atención de salud curativa y preventiva a una población de 2500 a 5000 habitantes, ser elemento catalizador para la organización de grupos y proyectos de salud de la comunidad, y administrar la clínica y supervisar los ayudantes. Los médicos participan en el programa por tres razones: cumplir el requisito de servicio social de un año para la graduación (pasantía), una elevada tasa de desempleo junto con una posible carrera médica en el IMSS (aunque esta posibilidad se redujo gravemente en la década de 1980) y altruismo. Normalmente, los médicos

tratan de evitar los puestos en las comunidades pequeñas que están física y culturalmente aisladas y que carecen de toda clase de servicios públicos y amenidades; quienes han de servir en ellas, no establecen contacto real con la población, y mucho menos aprenden su cultura (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1987).

El ayudante clínico constituye a menudo los "ojos y oídos" del médico, pero, la mayor parte del tiempo tiene poca autonomía salvo administrar medicamentos, esterilizar instrumentos, realizar intervenciones médicas menores y limpiar la clínica y realizar algún trabajo de oficina. El papel del ayudante clínico ha sido limitado debido a una combinación de factores. Los médicos, capacitados en instituciones médicas urbanas jerárquicas, tienden a considerar al ayudante como una figura secundaria; además, la capacitación formal y supervisión que recibe el ayudante está orientada hacia la enfermería. Por otra parte, la mayoría de los ayudantes clínicos son jóvenes y tienen poca educación formal y, en algunas comunidades, el cargo de ayudante clínico se ha adjudicado a familiares de las autoridades locales en vez de a la persona más calificada.

Un supervisor clínico, que siempre es un médico, es responsable de supervisar de 15 a 20 clínicas mediante visitas mensuales de uno o dos días, acompañado de un conductor y un técnico de mantenimiento. Un promotor de acción de la comunidad visita cada comunidad dos veces al año por períodos de hasta una semana, para establecer consultas con el personal clínico, las autoridades locales, los comités de salud y los habitantes locales.

Participación de la comunidad y etnicidad

A cambio de servicios de salud gratuitos, se insta a los beneficiarios de COPLAMAR a que participen en actividades de salud de la familia tales como prevención, mejoramiento del hogar, evacuación de excretas y basuras y la adopción de ciertas prácticas de salud, o en proyectos de salud de la comunidad tales como construcción de sistemas de agua y desagüe y control de plagas.

La estructura actual promueve la participación de los beneficiarios al nivel local, pero no al nivel estatal o federal. En realidad, a los habitantes locales no se les hizo participar en el proceso hasta que habían quedado seleccionados los emplazamientos y concluidos los planes de construcción por las autoridades del IMSS. Al nivel local, hay voluntarios de salud, ayudantes

y un comité. Los voluntarios supervisan las necesidades de salud de 10 familias, pero emplean más tiempo ayudando en la clínica y aprendiendo pericias básicas de enfermería. Los ayudantes reciben un salario nominal para proporcionar servicio rudimentario de salud en comunidades de extensión; los insuficientes incentivos monetarios e integración en el programa contribuyen a una elevada tasa de deserción entre los ayudantes. El comité de salud mantiene la clínica, transporta los suministros, evalúa las necesidades de la comunidad y ayuda a proporcionar servicios. Los representantes de los poblados, junto con otras autoridades, constituyen un consejo de salud al nivel municipal.

Un consejo estatal regula y evalúa las actividades de COPLAMAR al nivel estatal, pero los beneficiarios —campesinos y grupos étnicos— solo cuentan con representación en el consejo a través de sus organizaciones oficiales. Los comités de salud del IMSS-COPLAMAR no están representados en el consejo estatal. Los beneficiarios de COPLAMAR carecen de toda clase de representación en la junta nacional normativa del IMSS.

Hay al menos 56 grupos indígenas en la zona de captación de COPLAMAR y se supone que se tenga en cuenta su cultura y medicina tradicional. Los ayudantes clínicos han de dominar el idioma vernáculo predominante y se supone que el médico clínico trabaje con los practicantes de la medicina tradicional y las parteras. Se anima al personal clínico a que intercambie información y pacientes con los practicantes tradicionales, a que planten huertos medicinales en la clínica, a que hagan participar a los practicantes tradicionales de salud en el comité de salud y grupos voluntarios y a que les impartan capacitación.

Sin embargo, las actividades de los médicos para aprender los idiomas vernáculos, comprender las tradiciones y costumbres autóctonas y establecer relaciones estrechas de trabajo con los practicantes tradicionales tropiezan con el hecho de que los médicos son designados por un breve espacio de tiempo y han recibido una capacitación médica convencional. Además, el personal clínico compite a menudo con los practicantes tradicionales de salud. Los primeros se quejan de que los pacientes consultan en primer lugar a los practicantes tradicionales, y que esperan hasta que "es demasiado tarde" para acudir a la clínica. A su vez, los practicantes tradicionales temen a veces que la clínica ponga en peligro su medicina y su posibilidad de ganarse la vida. Las relaciones con las parteras son algo mejores; muchas comunidades han establecido una división informal del trabajo en vir-

tud de la cual las parteras ayudan a las mujeres en la mayoría de los partos y envían a las pacientes de alto riesgo a la clínica. El IMSS-COPLAMAR capacita a las parteras y les asigna suministros médicos para promover la planificación de la familia y partos sin peligro.

Desde 1982, COPLAMAR ha trabajado con investigadores de la medicina tradicional procedentes del IMSS. El proyecto que tuvo más éxito, en términos de personal del programa, fue uno realizado en Chiapas que recopiló datos sobre la medicina tradicional en tanto que hizo al personal más sensible a los idiomas y estilos de vida autóctonos (Lozoya y Zolla, 1983). Lamentablemente, los resultados de estos estudios rara vez llegan al personal clínico.

Financiamiento y costos

En 1973-1978, los costos de construcción, equipamiento y operación del Programa de Solidaridad Social fueron financiados en un 60% por el Gobierno Federal y en un 40% por el IMSS. Para COPLAMAR, el Gobierno Federal convino en sufragar todos los gastos de capital y actuales del nuevo programa, en tanto que el Programa de Solidaridad Social continuó con el mismo financiamiento. Sin embargo, se estima que el apoyo indirecto por el IMSS a COPLAMAR, para servicios tales como los de planificación y supervisión, utilización de instalaciones administrativas y equipo, capacitación y consulta y publicaciones asciende hasta 50% de los costos programáticos totales, aunque esta cifra puede estar inflada. En 1983-1986, la proporción promedio en efectivo, excluidos los servicios de apoyo del IMSS en el presupuesto del Programa de Solidaridad Social-COPLAMAR, era de 10%, aproximadamente. Tal como se ha advertido, en 1987 la contribución federal al IMSS-COPLAMAR tenía tres meses de atraso, aunque este problema se corrigió en 1988.

La transferencia de los servicios del Programa de Solidaridad Social-COPLAMAR a los estados significó que el Programa de Solidaridad Social perdió la participación de 40% del programa y el apoyo institucional del IMSS. A mi mejor saber y entender, el Gobierno Federal sigue pagando 60% de los servicios transferidos del Programa de Solidaridad Social y 100% de los servicios transferidos de COPLAMAR, pero los estados han de soportar la nueva carga financiera (Velázquez Díaz, 1988).

Tal como se ha explicado, los servicios del IMSS-COPLAMAR son gratuitos, pero a menudo la población protegida ha aportado terreno, estructuras y ayuda en la construcción de

instalaciones. Además, se espera que proporcionen una determinada cantidad de trabajo comunitario anualmente; en 1979-1982, COPLAMAR estimó que esta ascendía a 295 890 años-hombre o 17 000 millones de pesos.

El IMSS-COPLAMAR destaca servicios médicos de bajo costo, en parte debido al hincapié en la prevención y en los servicios basados en las clínicas que satisfacen 85% de la demanda y son mucho más económicos que los servicios de hospital. Los funcionarios del programa declaran que los gastos por persona del IMSS-COPLAMAR son los más bajos de cualquier programa directo de salud en el país (\$US6,58 por persona en 1986); el Cuadro 57 apoya esta afirmación. En 1987, la relación de gastos por persona de COPLAMAR en relación con los de otros programas era la siguiente: 5,8 veces los de la Secretaría de Salud, 8,2 los del ISSSTE, 9,2 los del IMSS y 24 veces los de PEMEX. La diferencia entre los costos del IMSS y COPLAMAR parece estar reduciéndose: así pues, la relación fue de 12,8 en 1981 (IMSS, 1983) frente a 9,2 en 1987. Aun considerando que el costo del apoyo institucional (indirecto) del IMSS no se incluye en dichos cálculos, los resultados son aún extraordinarios. Si COPLAMAR ha sido eficaz en mejorar el estado de salud de los pobres —problema vital que se analizará en la sección siguiente— su modelo sería el menos costoso y más eficiente en México.

El presupuesto de 1986 de COPLAMAR asignó 45,5% a servicios curativos y 27,9% a prevención. Esta última partida estuvo muy por encima de las proporciones de cualquier otra institución de salud; por ejemplo, la Secretaría de Salud empleó 17,4% en prevención; el IMSS 2,3%; y el promedio de todo el sector fue de 5% (Vázquez Córdoba, 1987). Además, en años re-

Cuadro 57. Comparación de los costos de atención de salud de COPLAMAR y otros proveedores, México, 1987.

	Gastos anuales por persona (\$US)	Relación frente a COPLAMAR
COPLAMAR	7,52 ^a	1,0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	12,05	1,6
Secretaría de Salud	44,00	5,8
ISSSTE	61,66	8,2
IMSS	69,35	9,2
PEMEX	182,00	24,2

Fuentes: Cálculos del autor basados en el IMSS y COPLAMAR, 1988a; Salinas de Gortari, 1989; Wilkie, 1990.

^aExcluye los servicios administrativos, de capacitación, de computación y de otra naturaleza suministrados por el IMSS.

cientes se ha dado a la prevención una atención creciente (véase la sección siguiente).

La eficiencia de los hospitales presenta una tendencia creciente. La tasa de ocupación de los hospitales aumentó paulatinamente de 42% en 1980 a 67% en 1982 y 83% en 1985-1986; la duración promedio de permanencia disminuyó de 4,0 días en 1983 a 3,5 en 1986-1987 (Sherraden, 1989, actualizado con el IMSS y COPLAMAR, 1988a). Aunque el IMSS no ha proporcionado datos sobre ocupación de hospitales desde 1981, la duración promedio de permanencia en 1986 fue de 4,2 días, 20% más alta que la de COPLAMAR (IMSS, 1987). Sin embargo, se informa que los estados más pobres con la mayor población indígena tienen las tasas de ocupación de hospitales más bajas de COPLAMAR; en 1986, la tasa de Oaxaca fue de 61%, debido principalmente a las dificultades de transporte y las barreras culturales para utilizar los servicios institucionales.

Evaluación del impacto de COPLAMAR sobre el estado de salud de los pobres en las zonas rurales

No es tarea fácil evaluar el efecto posible de COPLAMAR en los niveles de salud de la población de las zonas rurales ya que el programa ha estado fragmentado desde 1985, y debido a otros factores tales como la crisis económica de la década de 1980 que también desempeñó un papel. Además, el éxito del programa depende de características divergentes en las comunidades.

Fragmentación

Es casi imposible hacer comparaciones exactas de los datos sobre los servicios y normas de salud antes y después de 1985, debido a que existe poca información sobre los programas descentralizados. A medida que el IMSS-COPLAMAR transfirió 28%, aproximadamente, de sus clínicas, hospitales y personal a 14 estados, los datos después de 1985 deberían mostrar un descenso en los servicios del IMSS-COPLAMAR. Y, tal como se ha indicado, el IMSS-COPLAMAR mantuvo a los estados más pobres (salvo Guerrero) con niveles de salud por debajo de la norma nacional; los niveles de salud promedio de la población combinada mantenida por el IMSS-COPLAMAR serían más bajos que con anterioridad a 1985. A mi entender, no hay series estadísticas sobre la totalidad de los 31 estados —los 14 descentralizados y los 17 mantenidos por el IMSS— que presenten servicios

específicos de salud tales como consulta, parto y cirugía, y normas de salud tales como mortalidad y morbilidad de la población rural marginada a través de la década de 1980.

Crisis económica

Las autoridades de COPLAMAR declaran que la crisis de la década de 1980 no ha afectado notablemente a este programa debido a que sus costos son muy bajos y a que el Gobierno no se habría atrevido a reducir sus servicios, en particular con anterioridad a las elecciones de 1988. Así, pues, se declara que el IMSS-COPLAMAR ha mantenido sus servicios en todas las clínicas y hospitales (Velázquez Díaz, 1988). Y sin embargo, los gastos anuales por persona, en pesos constantes de 1986, alcanzaron una cifra máxima de 9071 en 1982, pero descendieron a 4022 en 1986 (-55,6%) o, convertidos a dólares constantes de los Estados Unidos de 1986, la disminución fue de \$13,90 a \$6,58 en el mismo período (Mesa-Lago fundamentado en Sherraden, 1989 y CEPALC, 1988). Es difícil creer que una reducción de 56 a 60% en los gastos por persona de COPLAMAR pudiera no haber afectado a sus servicios.

Ciertamente, a fines de la década de 1980 hubo indicios de que el IMSS-COPLAMAR había sufrido reducciones presupuestarias. Las disminuciones en los sueldos de los médicos, así como en el número de puestos permanentes en el IMSS, redujeron la capacidad de este último para contratar a nuevos médicos y desarrollar una especialización de medicina rural, e hicieron a COPLAMAR menos atractivo para los médicos. Hubo una grave escasez de jeringas desechables y materiales para reparaciones en las clínicas y hospitales; esta escasez fue especialmente grave en las instalaciones del Programa de Solidaridad Social construidas en 1973. Se dispuso de menos recursos del Gobierno Federal para proyectos conjuntos de salud pública y de la comunidad.

Características locales divergentes

El éxito de COPLAMAR varió notablemente de una comunidad a otra, según factores tales como el acceso geográfico, niveles de vida previos, etnicidad, apoyo de las autoridades locales y calidad del personal. El aislamiento geográfico y sus correspondientes dificultades de transporte y dotación de personal surtieron un efecto negativo en el resultado; además, este factor está positivamente correlacionado con los bajos niveles de vida de la población. En las comunidades más pobres, las actividades de subsistencia dominan la vida familiar dejando poco

tiempo para actividades de atención de salud individual o de la comunidad. Los altos niveles de analfabetismo son obstáculos que se interponen al uso de la medicina institucional y complican la labor del personal de salud; en los casos en los que existe una elevada proporción de la población autóctona, estos problemas son exacerbados por barreras lingüísticas y culturales. Si las autoridades locales no apoyan el programa, fomentan la participación y ofrecen recursos, disminuyen las posibilidades de éxito. En último lugar, aunque no menos importante, si el personal clínico es insensible a las necesidades de la comunidad, no respeta su estilo de vida y es incapaz de ganar la confianza de los habitantes y las autoridades locales, la aceptación del programa y el grado de participación y apoyo de la comunidad descienden aún más. Si los médicos prestan servicios por cortos períodos de tiempo y los ayudantes clínicos no tienen la confianza de los residentes de los poblados, la probabilidad de una interacción fructífera con la comunidad desciende notablemente. Un solo modelo normalizado y paquetes de servicios de salud no pueden atender las necesidades divergentes de todas las comunidades. Es evidente que las comunidades indígenas más aisladas y pobres requieren recursos adicionales, tratamiento especial y servicios adaptados a sus necesidades.

Evaluación del desempeño y recomendaciones sobre políticas

Aunque no siempre pueden controlarse los factores arriba citados, los resultados de COPLAMAR pueden evaluarse tentativamente.

El compromiso sin precedentes de fondos federales y recursos del IMSS permitió a COPLAMAR desarrollar con rapidez una infraestructura de servicios de salud en la mayor parte de las zonas rurales remotas del país y lograr proporcionar atención de salud institucional a los pobres rurales que con anterioridad no habían tenido prácticamente ninguna protección: la tarea formidable de construir, mantener y abastecer las clínicas, incluso en zonas geográficamente aisladas, se ha realizado en su mayor parte con éxito. El programa promueve igualdad de acceso a los servicios clínicos y hospitalarios, asegurando que son físicamente accesibles y gratuitos y se defienden los derechos de la comunidad, al menos al nivel local. Sin embargo, aunque se ha promovido seriamente la participación de la comunidad, dos factores la han desalentado. Primero, como programa basado en las clínicas en una organización dominada por médicos, el IMSS-COPLAMAR está

orientado a proporcionar servicios de atención curativa y prevención en vez de participación de la comunidad. Segundo, aunque el IMSS-COPLAMAR hace participar a menudo con éxito a los beneficiarios del programa en las actividades de salud, su participación la definen más frecuentemente los planificadores del IMSS-COPLAMAR que los propios participantes, y a veces las prioridades planificadas no coinciden con las prioridades de la comunidad.

La utilización y los servicios de las clínicas y hospitales han aumentado en la mayoría de las comunidades al menos hasta que comenzó el proceso de descentralización. El período de 1986-1988 es difícil de evaluar, pero varios indicadores sugieren que la cobertura de la población descendió algo, y que, aparentemente, el programa no se mantuvo a la altura de las necesidades mayores de atención de salud por razón del crecimiento de la población y el deterioro en las condiciones de vida. Aunque no se dispone de datos suficientes, parece que en 1989 el IMSS-COPLAMAR aumentó tanto la cobertura de la población como las instalaciones; el desempeño de los servicios descentralizados no puede juzgarse debido a falta de información.

El Cuadro 58 presenta, en forma resumida, los datos más importantes sobre los servicios preventivos y curativos disponibles para la población, en tasas por 10 000 personas. Todas las tasas se han calculado tomando como base la población total supuestamente protegida por el Programa de Solidaridad Social-COPLAMAR, pero los datos estadísticos oficiales (reproducidos por Sherraden, 1989) basan sus estimaciones en una "población beneficiaria" deficientemente definida que siempre es menor que la población total (resultando así en tasas mucho más elevadas) y que cambia de acuerdo con el servicio. Se seleccionaron para la comparación tres puntos cronológicos: el comienzo del programa (1980 o el año disponible más próximo al mismo), el punto máximo antes de que comenzara la descentralización (1984) y el año más reciente disponible (1986).

Una comparación porcentual entre 1980-1982 y 1986 muestra que las tasas de prevención y saneamiento han aumentado espectacularmente, pasando de 50 a 370%, salvo en lo que respecta a la educación para la salud; igual que lo hizo el tratamiento específico de enfermedades prioritarias, de 50 a 100%, y todos los servicios hospitalarios, de 16 a 100%. A la inversa, todas las tasas para los servicios clínicos han descendido, de 7 a 39%. En 1980, hubo 2,7 veces más ayudantes clínicos que médicos, pero para 1986, la diferencia se había reducido considerablemente; las tasas de médicos y otro perso-

Cuadro 58. Cambios en los servicios preventivos y curativos de salud^a en COPLAMAR, México, 1980-1986 (tasas por 10 000 asegurados).

Servicios ^a	1980-1982	1984	1986	Cambio porcentual 1986/1980-1982
Prevención/saneamiento				
Detección de enfermedades crónicas	1,0	2,6	4,7	370
Inmunizaciones	2,7	7,3	8,2	203
Educación en salud	4,0	4,7	4,3	8
Eliminación de desechos	0,1	0,3	0,4	300
Eliminación de aguas servidas	0,1	0,1	0,3	200
Tratamiento de aguas	0,2	0,2	0,3	50
Medicina curativa				
Clínicas				
Consultas	6,0	4,2	4,3	-28
Recetas	5,7	3,5	3,5	-39
Partos	0,02	0,02	0,02	-7
Hospitales				
Consultas	1,2	1,3	1,4	16
Recetas	0,7	0,8	0,9	21
Partos	0,02	0,03	0,04	100
Cirugía	0,02	0,04	0,04	100
Rayos X	0,1	0,1	0,02	100
Pruebas de laboratorio	0,4	0,6	0,8	100
Tratamientos específicos				
Antiparasitario	n.d.	0,2	0,3	50
Rehidratación oral	n.d.	0,2	0,3	50
TB, fiebre reumática, sífilis	n.d.	0,1	0,2	100
Personal				
Médicos	3,3	4,0	3,6	9
Enfermeros	8,9	5,0	4,2	-53
Otros	3,0	4,2	3,5	16

Fuentes: Sherraden, 1989; actualizado con Salinas de Gortari, 1989.

^aPrevención/saneamiento 1980, salvo detección (1981), curativo 1982.

nal aumentaron de 9 a 16%, mientras que las del personal de enfermería descendieron en 53%; cabe advertir que en unos cuantos de estos servicios, el punto máximo tuvo lugar a mediados de la década de 1980.

Datos comparables sobre el IMSS (véase el Cuadro 53) y las tasas de servicios/personal de COPLAMAR (Cuadro 58) indican que la población asegurada protegida por el IMSS recibe muchos más servicios por persona que la protegida por COPLAMAR; en 1986, la población protegida por el IMSS recibió 1357 veces más consultas, 3225 veces más servicios de maternidad, 3350 veces más servicios de cirugía y 26 650 más rayos X que la población de COPLAMAR. Y sin embargo, las tasas de inmunización son similares en ambas poblaciones y los pobres de las zonas rurales reciben otros servicios de prevención y tratamiento muy necesitados que no están a disposición de la población asegurada por el IMSS en la zonas urbanas. Las tasas de médicos para COPLAMAR en la década de 1980 eran aproximadamente la mitad de las del IMSS, lo que confirma los servicios orientados al médico y aun orientados a la curación de COPLAMAR.

El Cuadro 59 muestra los cambios en las tasas de morbilidad entre 1983 y 1986-1987. Estos datos deberían interpretarse con cautela, ya que se derivan de registros clínicos, no de encuestas independientes; además, no existe información para 1980 y no puede suponerse que un descenso en la incidencia de las enfermedades en 1983-1986 se deba exclusivamente a COPLAMAR. En cualquier caso, el cuadro indica que ha habido un descenso notable en todas las enfermedades, salvo la sarna, la rabia humana y la fiebre tifoidea. Además, ha habido un incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas tales como la desnutrición y la fiebre reumática (que no se indican en el cuadro debido a falta de datos para 1983), aunque estos aumentos pueden ser atribuibles a una detección mejor. El hincapié de COPLAMAR en la prevención y el saneamiento debería haber desempeñado un papel positivo en reducir la morbilidad en las zonas rurales.

Para mejorar aún más el desempeño de COPLAMAR, deberían dedicarse a dicho programa recursos federales y del IMSS adicionales. Deberían subrayarse también la prevención y el saneamiento y el personal paramédico local frente

Cuadro 59. Efecto potencial de COPLAMAR sobre las tasas de morbilidad entre los pobres de las zonas rurales, México, 1983 y 1986-1987.

Enfermedades	% de cambio 1986/1983
Transmisibles	
Gripe	-64,9
Enteritis	-32,6 ^a
Tonsilitis aguda	-31,9 ^a
Amibiasis	-26,8 ^a
Ascariasis	-20,0
Neumonía	-14,3
Oxuiuriasis	-12,2
Respiratorias agudas	-10,8 ^a
Sarna	138,1
Enfermedades	% de cambio 1986-1987/1983
Prevenibles mediante vacunación	
Poliomielitis	-83,0
Pertussis	-81,4
Meningitis	-64,0
Tétanos	-58,7
Sarampión	-30,0
Tuberculosis	-28,6
Difteria	0,0
Fiebre tifoidea	20,0
Rabia humana	80,0

Fuentes: Sherraden, 1989; actualizado con el IMSS-COPLAMAR, 1988a.

^aLos datos de 1987 indican un descenso adicional.

a la medicina curativa y los médicos, y, hacia tal fin, debería hacerse participar a un mayor número de expertos en salud pública en la planificación y organización del programa. El modelo único de salud debería hacerse más flexible, diversificándolo lo suficiente para tomar en cuenta las diferencias importantes existentes entre los poblados; en los lugares en los que el modelo actual no es bien aceptado, se requiere un esfuerzo adicional para hacer participar a la comunidad. Deberían fortalecerse los comités de salud y sus vínculos con el grupo clínico y debería animarse a los comités a desempeñar un papel más importante en el establecimiento de las prioridades del programa. Deberá darse a los ayudantes clínicos calificados una creciente responsabilidad y capacitación a fin de que desempeñen tareas más importantes. Los médicos deberían pasar al menos tres años en la comunidad a fin de aprender de ella y ser aceptados por ella; deberían recibir una capacitación intensa antes de ser asignados a un puesto rural y se les deberá dar la oportunidad para una carrera a largo plazo. Además, el número y papel de los voluntarios de salud necesita ampliarse y aumentarse sus estipendios. Deberá especificarse el trabajo de la comunidad realizado a cambio de atención de salud y adaptarse a las necesidades, recursos e intereses de la comuni-

dad. Los proyectos de salud de la comunidad que afectan a los gobiernos y organizaciones locales, estatales y federales podrían ampliarse, con una mayor participación de la comunidad y más recursos externos. Deben mejorarse los métodos para transmitir las demandas y reacciones del nivel local a los niveles superiores.

Algunos expertos declaran que el programa de atención de salud para los pobres en las zonas rurales deberá funcionar bajo un supervisor y que la fragmentación actual entre el IMSS y los ministerios estatales de salud deberá terminar. Algunos especialistas han sugerido que el programa funcionaría mejor bajo la Secretaría de Salud, como parte del sistema nacional de salud (Wilkie, 1990), pero otros subrayan la necesidad de continuar el proceso de descentralización. Antes de adoptar estas decisiones importantes, es muy aconsejable disponer de mejores datos sobre el desempeño tanto del IMSS-COPLAMAR como de los servicios estatales descentralizados desde mediados de la década de 1980.

ALTERNATIVAS PRIVADAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES

Análisis general

En México, las alternativas privadas para la cobertura de atención de salud de los pobres en las zonas urbanas parecen ser limitadas; las correspondientes a los pobres en las zonas rurales son casi inexistentes. Hay grupos de solidaridad en las zonas urbanas marginales, financiados por la ayuda nacional y externa, que ofrecen crédito, vivienda y alimentos a los pobres pero que proporcionan poca o ninguna atención de salud. En Reynosa y Tamaulipas, los trabajadores informales organizaron cooperativas de salud mediante aportes a un fondo común para adquirir un edificio para una clínica; posteriormente, en negociaciones con la Secretaría de Salud, los miembros obtuvieron equipo médico y el compromiso de la Secretaría de que se cubrirían los gastos principales de atención de salud por encima de los pagos fijos por los usuarios en la clínica.

En Cancún, 1500 habitantes de Puerto Juárez, muchos de ellos trabajadores del sector informal, organizaron el "Frente Común", y obtuvieron una vivienda y concertaron consultas médicas diarias. A través de relaciones informales con los médicos del IMSS, el Frente logró concertar atención para sus miembros en el hospital local del IMSS.

La Iglesia Católica también ha organizado consultas médicas en varios barrios marginales del Distrito Federal, donde una elevada proporción de sus habitantes son trabajadores informales. Las iglesias protestantes persuadieron a los médicos que trabajan para el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, para las clínicas privadas o que están jubilados, a que se turnen visitando a la población marginal gratuitamente en el Distrito Federal. Finalmente, hay algunos grupos de comerciantes en el sector informal que han firmado acuerdos con clínicas privadas para recibir atención de salud mediante el pago de una modesta cuota mensual.

El Instituto Mexicano de Medicina Tradicional "Tlahuilli"

La medicina tradicional tiene raíces profundas en México, pero por muchos años fue a lo más despreciada por las instituciones médicas modernas. En el primer Congreso de Medicina Tradicional celebrado en 1974, los participantes criticaron a la medicina moderna como un negocio costoso y difícil de sufragar. Se describió a los médicos como ignorantes de los idiomas y cultura autóctonos y como personas que no tienen la confianza del pueblo, y se acusó a los centros de salud pública de tratar mal a la población autóctona y de ignorar la medicina herbaria. Aunque se juzgó que esta última era buena, algunos participantes reconocieron que no podía curar todas las enfermedades y solicitaron capacitación en determinadas técnicas de la medicina moderna para mejorar su capacidad curativa. El IMSS-COPLAMAR, respondiendo en parte a este Congreso, comenzó, no siempre con éxito, a incorporar la medicina tradicional en su modelo de atención de salud integral (IMSS, 1983). Hemos seleccionado para evaluación especial una organización no gubernamental que subraya la medicina tradicional, pero que ha sido capaz de aceptar la medicina moderna y proporcionar una alternativa para los pobres en las zonas rurales y urbanas.

Historial

El Instituto Tlahuilli fue establecido en Morelos en 1984 por un grupo de médicos que habían practicado individualmente la medicina tradicional por más de una década. Varios de estos médicos trabajaban en el sector de la salud pública y comenzaron a experimentar con la medicina herbaria, la acupuntura y baños de vapor autóctonos y otras técnicas, advirtiendo que tenían resultados positivos y pocos efectos secundarios y que eran económicos y bien recibidos por la población indígena. El grupo organizó un

comité de salud que trabajó por dos o tres años en una vivienda prestada, con el apoyo exclusivo de la comunidad. Respondiendo a las demandas de las pequeñas localidades, a menudo a petición de sus dirigentes, el grupo amplió sus servicios a distintas comunidades en el estado de Morelos; organizaron una clínica, establecieron huertos de hierbas medicinales y comenzaron a producir medicinas con ellos.

El Instituto recibió un impulso con la ayuda financiera proporcionada por una fundación holandesa, el Comité de Coordinación Intereclesiástico para Proyectos de Desarrollo, con miras a trabajar en cuatro comunidades. Asesorados por la Secretaría de Salud, decidieron aplicar enfoques de la comunidad y de promotores de salud a sus actividades. Para mediados de 1987, Tlahuilli empleaba a varios médicos, biólogos y agrónomos y había capacitado a 100 promotores en 12 comunidades pobres; en seis de estas comunidades, su labor tenía menos de un año. En esa encrucijada, la Fundación Interamericana otorgó una donación al Instituto para ampliar sus actividades en esas seis comunidades, tres de ellas rurales y tres urbanas (Díaz y colaboradores, 1989; Fundación Interamericana, 1988).

El compromiso del Instituto con la Fundación fue el de impartir capacitación a 120 promotores adicionales en medicina tradicional y proporcionar nuevos servicios curativos en varias clínicas. Los promotores aprenderían aptitudes de primeros auxilios, técnicas de terapia natural e información general de salud; identificarían, recogerían y procesarían plantas medicinales y establecerían farmacias de medicina popular; investigarían la condición socioeconómica de las comunidades y sus problemas de salud; una vez concluida su capacitación, operarían centros de salud de bajo costo, autofinanciados, en las 12 comunidades, la mitad con apoyo de la fundación holandesa y la otra mitad con apoyo de la Fundación Interamericana. Los médicos del Instituto visitarían cada una de las 12 comunidades una o dos veces por semana para ofrecer capacitación de salud, ayudar en la preparación de medicinas de hierbas, facilitar el intercambio de experiencias entre las comunidades y realizar investigaciones sobre las condiciones de salud. Además, los médicos ofrecerían servicios curativos en las clínicas, para complementar los primeros auxilios proporcionados por los promotores y organizar campañas locales, en coordinación con las agencias de salud pública, para combatir las enfermedades y epidemias. Finalmente, Tlahuilli prepararía materiales de educación en salud que se distribuirían a los promotores y publicaría un boletín anual para divulgarlo entre los promotores, las institu-

ciones de salud pública y las universidades (Fundación Interamericana, 1988).

En 1988 cambió la alta dirección del Instituto y terminó el apoyo de la fundación holandesa; estos hechos, junto con la conclusión de la ayuda por la Fundación Interamericana a principios de 1989, desencadenaron una crisis y la necesidad de una evaluación integral del programa, que fue realizada en mayo de 1989. En diciembre de ese año visité varias de las instalaciones de Tlahuilli; entrevisté a sus dirigentes, su personal y varios promotores y realicé una segunda evaluación extraoficial.

Población protegida

El Instituto sirve a comunidades tanto urbanas como suburbanas de trabajadores manuales y del sector informal, campesinos rurales y grupos autóctonos. Prácticamente todos ellos son pobres y tienen en común las características siguientes: tasas de desempleo de más de 40%, tasas de analfabetismo de más de 30%, alcoholismo de más de 50%, viviendas sin agua potable y servicios de alcantarillado más de 30%, un ingreso anual por persona inferior a \$US160 y tasas de morbilidad y mortalidad elevadas (Fundación Interamericana, 1988). Las 10 enfermedades más comunes en las comunidades son las típicas del subdesarrollo: enfermedades intestinales (colitis, gastritis, gastroenteritis, parásitos); enfermedades respiratorias (bronquitis, tonsilitis); afecciones cutáneas; enfermedades genitourinarias; presión arterial elevada; trastornos del sistema nervioso. La mayoría de estas comunidades no tienen servicios de salud y, si los tienen, estos son muy insuficientes. En el estado, solo hay un hospital de salud pública a nivel secundario que hace frente a una enorme demanda, pero aproximadamente el 80% de las necesidades de salud corresponden al nivel primario. De acuerdo con el presidente de Tlahuilli, sus instalaciones atienden la mitad de la demanda de salud de la población, mientras que la otra mitad las atienden el seguro social y el sector privado, pero la mayor parte queda sin atender. Las instalaciones de la Secretaría de Salud son escasas, ocasionalmente se dispone de un médico dos veces por mes, y las cuotas de las cooperativas médicas son demasiado elevadas para la mayor parte de la población (Díaz y colaboradores, 1989).

La población total servida por Tlahuilli quizás exceda de 100 000. Esto representa aproximadamente una décima parte de la población del estado de Morelos y una quinta parte de la cobertura de salud combinada del IMSS y los servicios estatales descentralizados que con an-

terioridad se prestaban bajo COPLAMAR (IMSS, 1987; IMSS-COPLAMAR, 1988a).

Instalaciones, servicios y financiamiento

La sede del Instituto, sita en Cuernavaca, incluye dos edificios para oficinas, aulas y una sala de consulta externa. Se ofrecen anualmente unos 12 cursos prácticos de dos días de duración, con una asistencia promedio de 50 personas, entre promotores y personal externo. Un experto enseña el curso con ayuda de los promotores más experimentados; los temas propuestos por los promotores incluyen las 10 enfermedades más comunes, la medicina herbaria, la acupuntura y los baños de vapor o temazcal. Inicialmente, cinco médicos trabajaban en el Instituto pero cuando cesaron los fondos externos, permanecieron solo tres y un acupunturista; comenzaron a visitar a las comunidades dos veces por semana, pero después de la reducción en los fondos, las visitas se han reducido ahora a dos veces por mes. Los médicos no ven normalmente a los pacientes sino que asesoran a los promotores y tratan los casos con ellos.

Hay entre 19 y 21 consultorios externos, al menos uno en cada comunidad; estos tienen de ordinario una sala de examen y una farmacia de medicina tradicional. Además, hay cuatro clínicas que consisten normalmente en una sala de recepción, una sala de examen, un cuarto de baño, una farmacia y un patio y un pequeño huerto de hierbas medicinales. Las clínicas proporcionan servicios curativos, principalmente para enfermedades respiratorias e intestinales, parásitos, fiebre tifoidea, desnutrición y deshidratación, y tienen una farmacia abastecida con medicinas tradicionales y medicinas modernas de primeros auxilios; de ordinario ofrecen masajes, tratamientos con agua, baños de vapor, acupuntura y servicios de parto. Los consultorios y las clínicas cuentan con una dotación de dos a cuatro promotores de salud que se turnan —inicialmente, las horas de trabajo eran más largas que ahora— para atender a los pacientes. Los promotores también identifican y recogen plantas medicinales o cultivan sus propios huertos de hierbas medicinales y preparan las medicinas; otras hierbas requeridas se intercambian o compran en el mercado. Se espera de ellos que colaboren en las campañas locales de vacunación y que combatan enfermedades tales como el dengue y los parásitos y participen en la educación para la salud a fin de ampliar el uso de las letrinas y otras medidas sanitarias.

El Instituto ha capacitado a 210 promotores de salud que ahora están distribuidos por todo el estado. Originalmente, la mayoría de ellos eran

médicos tradicionales (curanderos), que habían sido capacitados por el Instituto; todos ellos proceden de la comunidad y hablan español y algún nahuatl; la mayoría son mujeres y una tercera parte, aproximadamente, son analfabetos pero están deseosos de aprender. En la actualidad, la mayoría de los promotores trabajan por cuenta propia en su casa pero algunos ofrecen sus servicios en la clínica o consultorio. Cada comunidad tiene un comité de salud integrado por miembros de la comunidad; sin embargo, su número ha descendido de 20 a 30 a cerca de 4 a 8 en la actualidad. Se espera que el comité administre y proporcione apoyo a las instalaciones.

El Instituto utilizó las donaciones de la fundación holandesa (se desconoce la cantidad) y de la Fundación Interamericana (\$US104 500 por dos años) para construir uno de los edificios de la sede; comprar terreno y una vivienda para algunas clínicas y consultorios; adquirir equipo médico, de oficina y de transporte; pagar los sueldos del personal médico y administrativo; y producir materiales educativos. El personal de Tlahuilli realizó aportes de sus propios ahorros para la construcción del primer edificio de la sede; entre otros ingresos autogenerados figuraron los siguientes: pagos para asistir a los cursos de capacitación (\$US4 para los promotores y \$US20 para el personal externo), pagos de los usuarios abonados por los pacientes (tales como \$US1 por consulta o visita, incluyendo medicinas y \$US2 por un baño de vapor), y utilidades del festival anual de plantas medicinales. La mayoría de las comunidades aportaron terrenos y un edificio para la clínica o consultorio y se espera que mantengan estas instalaciones.

El presupuesto anual del Instituto en 1987-1988, cuando se disponía aún de fondos externos, era como promedio de \$US187 000: aproximadamente 38% provenía de la ayuda externa, 43% se esperaba que fuese la contribución en especie de la comunidad y 19% la porción del Tlahuilli, en especie también (Fundación Interamericana, 1988). De acuerdo con sus autoridades superiores, Tlahuilli autogenera ahora unos \$US12 000 cada año y, con un presupuesto muy ajustado, necesitaría una cantidad adicional de \$US60 000 por año para funcionar (Díaz y colaboradores, 1989). Por tanto, las comunidades no parecen estar cumpliendo sus obligaciones.

El desembolso máximo promedio para una persona protegida por el Instituto fue de \$US1,88 en 1987 —suponiendo que las comunidades aportasen la proporción que le correspondía, de lo contrario sería mucho más bajo— es decir, una cuarta parte del desembolso por per-

sona promedio de COPLAMAR, que era en mucho el más bajo en México (véase el Cuadro 57). Aunque Tlahuilli carga un pago por consulta a los usuarios, este era de una décima a una duodécima parte de los cargos cobrados por los médicos particulares locales. Además, el pago cargado por los promotores del Instituto varía de ordinario de acuerdo con la situación económica del paciente y, cuando un paciente no puede pagar en efectivo, lo puede hacer en especie, tal como botellas vacías, productos o trabajo (Díaz y colaboradores, 1989).

Resultados

A mediados de 1989, los resultados del Instituto fueron evaluados por un profesional independiente financiado por la Fundación Interamericana. Lamentablemente, solo los promotores de tres de las doce comunidades estuvieron representados en la autoevaluación colectiva: un total de nueve promotores y, aproximadamente, la mitad del grupo marcharon antes de terminar el ejercicio (Barreiro, 1989).

Sorprendentemente, la evaluación no proporcionó información sobre cuestiones clave tales como la satisfacción de la población con los servicios de salud ofrecidos por Tlahuilli en términos de costo y calidad y en comparación con otras posibles opciones. Además, no hubo pruebas de que se hubiera consultado a la población beneficiaria, puesto que la información parece haber sido recopilada exclusivamente a partir de una muestra muy pequeña de promotores. Y sin embargo, esta evaluación es el único documento que tenemos sobre la valoración del Instituto y sus recomendaciones parecen ser acertadas.

En la sección anterior se indica claramente que el costo de los servicios de Tlahuilli es sumamente bajo y que la cantidad y la forma en que los pacientes pagan tales servicios son flexibles. Además, la atención personal por los promotores, que de ordinario conocen bien al paciente, así como un acceso fácil y rápido, son ventajas adicionales de estos servicios. Lamentablemente, no podemos evaluar la calidad y eficacia de la atención de salud proporcionada por el Instituto; su desempeño es más fácil de evaluar en términos de otros aspectos considerados en la evaluación arriba indicada que se resumen a continuación.

Desde 1984, unos 120 promotores de salud nuevos recibieron capacitación, la mitad de ellos en 1987-1989. En la primera reunión regional de promotores celebrada en 1988, asistieron 150, lo que representa 71% del total. Se han organizado unos 21 comités de salud, la mayoría de ellos en el estado de Morelos y algunos en Michoacán,

Jalisco y Guanajuato, y los representantes de estos grupos y los promotores han formado un Consejo de Medicina Tradicional. En 1989 solamente, el Instituto brindó 20 cursos en temas propuestos por los promotores y con su participación activa; se han ofrecido cursos en otros estados que tienen una proporción elevada de la población pobre tales como Hidalgo, Puebla y Michoacán.

El Instituto participó en campañas locales y regionales para combatir enfermedades y epidemias generalizadas. En 1986, en coordinación con las autoridades de salud pública, lanzó una campaña contra una epidemia de dengue que había afectado gravemente a las comunidades servidas. El Instituto descubrió una cura de medicina natural fabricada de corteza de árbol y sauce combinada con un baño de vapor que fue mucho más eficaz, rápida y económica que los tratamientos de la medicina moderna; este tratamiento, apoyado por las autoridades públicas de salud, logró controlar la epidemia. Una campaña antiparasitaria también produjo resultados positivos, aunque no tan espectaculares como el tratamiento anterior: comenzó con una encuesta familiar para determinar la importancia de la infección y le siguieron pruebas de laboratorio, elaboración de medicinas antiparasitarias fabricadas de una combinación de hierbas locales, la aplicación a los pacientes y visitas de seguimiento para comprobar los resultados. Trabajaron en esta campaña unos 15 promotores y ahora se está reproduciendo en algunas escuelas públicas. Lamentablemente, no se evaluaron los resultados y la eficacia general de la campaña. Los directores de Tlahuilli declararon que la medicina tradicional, aunque no es tan eficaz como la moderna medicina antiparasitaria, era más económica y por tanto más accesible a los pobres. Sin embargo, el evaluador independiente puso en tela de juicio la declaración de Tlahuilli en torno a los costos aunque aceptó que el producto de Tlahuilli evita en gran medida los efectos secundarios nocivos de la medicina moderna (Barreiro, 1989a).

Por último, el Instituto ha llevado a cabo con éxito actividades de publicación y divulgación de información. Desde 1985 se ha venido celebrando un Festival Anual de Plantas Medicinales y el número de personas que ha asistido a dicho festival casi se ha quintuplicado entre 1985 y 1989, pasando de 198 a 950. Los participantes actúan directamente en actividades tales como exposiciones de plantas medicinales acompañadas de literatura que describe las plantas y sus características curativas, intercambio de recetas y experiencias en tratamiento, grupos de debate con médicos herbarios y sec-

ciones plenarias. El festival sufraga sus propios gastos y genera un beneficio. Entre 1985 y 1988, Tlahuilli publicó cuatro números del boletín anual titulado *Medicina Alternativa*; lamentablemente, al terminar la ayuda exterior, esta publicación se suspendió en 1989. Estos números incluyeron artículos por médicos, biólogos y botánicos sobre el inventario y clasificación de las plantas medicinales y sus dosis para tratamiento; evaluación, tasas de éxito o fracaso de tratamientos específicos de enfermedades utilizando hierbas locales; e informes sobre cursos y el festival anual. Finalmente, las autoridades del Instituto participaron en varios programas de radio y televisión y asistieron a congresos nacionales e internacionales sobre medicina tradicional. Esta disciplina parece estar adquiriendo una mayor popularidad, en particular entre los pobres y los pueblos autóctonos que no pueden sufragar los gastos crecientes de la medicina moderna.

Problemas y lecciones

Tanto en la evaluación de 1989 como en mis visitas y entrevistas al final de ese año, se detectaron varios problemas en el Instituto; estos se presentan en forma resumida a continuación con sugerencias para el futuro.

Aunque las reducciones en los fondos externos ocasionaron algunos de los problemas recientes de desempeño del Instituto, otros emanaron del fracaso de algunas de las ideas iniciales de sus dirigentes. Al principio, el plan incluía la capacitación de promotores de salud para trabajar, principalmente sobre una base voluntaria, en los consultorios y clínicas, así como en otras actividades del Instituto. En la actualidad, la mayoría de los promotores trabajan por su propia cuenta, ofreciendo servicios en sus hogares y utilizando suministros de la comunidad o suministros propios (tales como farmacias populares); también cobran para sí los pagos por los usuarios. Los comités de salud no han tenido mucho éxito tampoco: el número de sus miembros se ha reducido constantemente y parecen incapaces de proporcionar el aporte previsto al programa.

Algunas actividades comunales, tales como las campañas de lucha contra el dengue y los parásitos han tenido éxito, pero otras tales como los huertos de hierbas de la comunidad y la construcción de letrinas, no han obtenido un apoyo fuerte. Cabe advertir que algunas comunidades respondieron mejor que otras al enfoque comunitario, pero, en general, el concepto no se ha arraigado realmente. Debido a que los promotores trabajan por cuenta propia, es difícil

movilizarlos para las actividades de prevención y ambientales, a menos que puedan obtener claramente un beneficio directo de estas actividades, tales como la eliminación de la amenaza del dengue. Las autoridades del Instituto reaccionaron primero contra cambiar el servicio gratuito de la comunidad a trabajo individual remunerado, pero con el tiempo comprendieron que no era pragmático esperar que cientos de promotores trabajasen gratis, en particular en medio de una crisis económica grave, y que la cuestión importante era la de que los promotores proporcionasen servicios de bajo costo a los pobres, independientemente de donde lo hicieran (Barreiro, 1989a; Díaz y colaboradores, 1989).

El éxito de las clínicas y, en menor grado, de los consultorios ha sido menor que el esperado. En virtud del acuerdo de 1987 con la Fundación Interamericana, el Instituto se comprometió a ampliar los servicios curativos a todas las 12 comunidades, pero, aunque la información no es exacta, parece que solo están en funcionamiento cuatro clínicas. El fracaso en ampliar las clínicas a las otras ocho comunidades, o en convertir los consultorios existentes en clínicas, parece emanar de su baja tasa de utilización, y esto, a su vez, es el resultado del traslado por los promotores de los servicios a sus hogares. Además, conforme al acuerdo, se esperaba de los médicos que proporcionasen atención curativa complementaria en las clínicas, pero esta es una excepción, no la regla.

Los datos sobre frecuencia de las consultas semanales son parciales y contradictorios: el presidente del Instituto declaró tasas de 15 a 20 pacientes por promotor, pero en la evaluación de 1989, los promotores dieron tasas de 8 a 17 consultas por clínica y consultorio (en comparación con tasas de 12 a 40 declaradas por la Fundación Interamericana en 1988), y los promotores en una comunidad me dieron tasas de 4 a 5 consultas por clínica. Las tasas del presidente probablemente incluyan consultas privadas, pero, si es cierto, esto confirma la subutilización de las instalaciones institucionales. El uso de tratamiento institucional no disponible en los hogares de los promotores fue más elevado que las consultas en general, pero varió de una comunidad a otra. Por ejemplo, en dos comunidades los baños de vapor fueron utilizados por 20 a 30 pacientes semanalmente, principalmente debido al hecho de que en una comunidad había una larga tradición al respecto y a que había una extensa población urbana en la otra. Sin embargo, en una tercera comunidad solo lo utilizaron una vez cada dos semanas cinco o seis personas que vinieron de fuera del poblado. Los

promotores atribuyeron esta escasa utilización al costo elevado de la leña, pero la escasa población del pueblo y la posible falta de tradición en el uso del baño de vapor pueden haber sido las causas. La baja utilización de esta clínica pudiera explicar la discrepancia entre el criterio de los promotores de que "se estaba desmoronando" frente a la justificación del vicepresidente del Instituto de que el descenso se debía a la terminación de los fondos externos; en realidad, la instalación estaba muy bien cuidada y su farmacia estaba muy bien abastecida. Pregunté al presidente del Instituto si su política sería diferente si tuviese la oportunidad de empezar de nuevo. Después de pensar un poco en su respuesta, me dijo sinceramente que dedicaría los recursos a la capacitación de un mayor número de promotores.

Un tercer problema es la relación a veces forzada entre la medicina tradicional y la medicina moderna. En el caso del Instituto, a pesar de algunos conflictos iniciales, se estableció una buena relación con las autoridades de salud pública después de su éxito con el tratamiento del dengue. Pero una cuestión más difícil es la de si los promotores envían sistemáticamente a los hospitales a los pacientes que no responden al tratamiento de la medicina tradicional. Los envíos son una cuestión de política en el Instituto y se espera que los promotores tomen conciencia de esta cuestión durante su capacitación. Nuevamente, el comportamiento varía según los promotores y las comunidades: en una comunidad urbana, promotores jóvenes me dijeron que las transferencias son frecuentes, pero en una comunidad rural aislada, dos promotores antiguos me aseguraron que "todos sus pacientes estaban curados". El evaluador independiente me confirmó que en una comunidad había una "fe ciega", mientras que en otra, los promotores son "más abiertos". Cuando pregunté al presidente de Tlahuilli acerca de este problema, lo reconoció primero, pero después me ofreció varios ejemplos de promotores que habían enviado a los pacientes a familiares y amigos que trabajan en el hospital de la Secretaría de Salud.

Una causa posible para alguna de estas dificultades fue el tipo de dirección que el Instituto tenía desde sus comienzos hasta la crisis experimentada en 1988. El fundador y primer presidente, Dr. Horacio Rojas, es muy dinámico y es responsable del éxito inicial de la institución y de su rápida expansión. Pero tanto la evaluación de 1989 como mis propias entrevistas ponen de manifiesto que ejerció una dirección y administración fuertemente centralizadas que no permitieron espacio para críticas. Los miembros de

Tlahuilli se acostumbraron a seguir órdenes y a realizar las tareas sin ponerlas en duda. Y, sin embargo, evidentemente el enfoque comunitario necesitaba una verdadera participación del pueblo para producir resultados. Podríamos argumentar que no solo no se debatió la idea de las clínicas sino que realidades obvias, tales como el hecho de que los promotores estaban comenzando a trabajar por cuenta propia o que los comités de salud no estaban funcionando bien, se ignoraron. La nueva dirección es consciente de estas fallas y parece estar comprometida a corregirlas; esto ocurre también entre los promotores quienes, en la evaluación colectiva, pidieron una organización más pluralista y abierta que permitiese ideas y objetivos diferentes.

La evaluación que antecede indica claramente la necesidad de algunos cambios, en particular en condiciones de limitación presupuestaria aguda: debería mejorarse la capacitación de los promotores, aumentando su conocimiento de las técnicas básicas de primeros auxilios de la medicina moderna e insistiendo en la necesidad apropiada de realizar transferencias; debería evaluarse la necesidad de continuar la operación de las clínicas para consultorios o de algunas de sus instalaciones, en varias comunidades; el tiempo limitado que los médicos dedican a capacitar, supervisar y asesorar a los promotores debería utilizarse con más eficiencia; y la participación de la comunidad en la planificación y operación del programa deberá hacerse más eficaz.

Una sugerencia importante resultante de la evaluación de 1989 fue la de que el Instituto debería reconsiderar su papel, a fin de convertirse en un centro regional para la recopilación, sistematización y difusión del conocimiento, en vez de para la promoción de la atención institucional. Los seis años de experiencia acumulativa en la medicina herbaria y terapéutica y en las campañas para combatir la enfermedad exigen una

sistematización del conocimiento formulado para tratar, al menos, las 10 enfermedades más comunes que afligen a la población pobre servida por el Instituto. Parte de ese conocimiento se publicó en los cuatro números del ahora difunto boletín, pero se necesita mucho más en lo que respecta a la producción de materiales de instrucción para la capacitación de promotores futuros y para readiestrar a los promotores viejos. Esta labor importante puede requerir ayuda profesional externa y ayuda financiera del extranjero.

En último lugar, pero no menos importante, el Instituto necesita hacerse financieramente autosuficiente. La posibilidad de obtener ingresos importantes de las clínicas y consultorios tal como funcionan actualmente es prácticamente nula; estas instalaciones deberán hacerse más eficientes y autónomas en el futuro o están condenadas a desaparecer. En la actualidad, las fuentes principales de fondos son los cursos y el festival; cursos mejores podrían atraer a un mayor número de alumnos y aumentar los ingresos. Si las actividades de sistematización y divulgación de información se convierten ciertamente en parte central del Instituto, podrían producir ingresos adicionales con la venta de materiales educativos y prácticos, incluso al nivel nacional. El Instituto también debería considerar el establecimiento de un centro para la recolección y venta al por mayor de insumos para la preparación de medicinas tradicionales. Finalmente, los organismos internacionales y regionales deberían proporcionar fondos adicionales a Tlahuilli a fin de ayudar a evaluar con mayor exactitud sus actividades y facilitar su transformación en un vehículo más eficaz para ayudar a los pobres. Después de todo, los costos de Tlahuilli por persona figuran entre los más bajos de México, algunas de sus actividades han tenido mucho éxito y la población empobrecida a la que sirve tiene pocas alternativas, o ninguna, para la atención de salud.

PERÚ

POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIA Y CARACTERÍSTICAS

De acuerdo con la CEPALC, en 1986 entre 10 países latinoamericanos el Perú ocupaba el segundo lugar con la tasa más alta de incidencia de la pobreza (población total): 60% nacional, 52% urbana y 72% rural (véase el Cuadro 2). En 1961-1971, la incidencia nacional de pobreza (hogares) en el Perú descendió de 58 a 50% (Piñera, 1978a); descendió aún más a 46% en 1979 pero aumentó a 52% en 1982. Los datos sobre la población total acusan un aumento en la incidencia nacional de pobreza de 53% en 1979 a 60% en 1986. El número de pobres aumentó en casi 16% en 1979-1986 (CEPALC, 1990).

La crisis económica dejó sentir sus efectos en el Perú en 1982-1983; en el último año, el PIB por persona descendió en 14% y los salarios reales descendieron en un 15%, mientras que el desempleo aumentó al 9% y la inflación aumentó en 125%. El partido Alianza Popular Revolucionaria Americana (APRA) subió al poder en 1985 y lanzó una política económica expansionista que generó un resurgimiento vigoroso, aunque breve, de la economía en 1986-1987: el

PIB real por persona aumentó en 11%, el desempleo manifiesto se redujo en la mitad, el sueldo urbano promedio real aumentó en 30% y la inflación experimentó una disminución pronunciada (Ferrari, 1986). Sin embargo, a este período de prosperidad siguió una profunda recesión en 1988-1989: el PIB real por persona descendió en 18,6%, el desempleo manifiesto aumentó rápidamente y el subempleo pasó de 58 a 74%, el sueldo urbano promedio descendió en 62% y la inflación alcanzó una cifra récord de 3452% (CEPALC, 1989). En vista de estas condiciones en deterioro, en 1988-1989 deberían haber aumentado considerablemente tanto el número de pobres como la incidencia de la pobreza.

Entre 1965 y 1988, la población urbana del Perú aumentó de 52 a 69%; debido a esta rápida urbanización, la incidencia de la pobreza urbana (hogares) pasó de 28% en 1970 a 45% en 1986, mientras que la incidencia de la pobreza rural descendió ligeramente, de 68 a 64% en el mismo período (véase el Cuadro 2). En 1986, la incidencia de la indigencia en las zonas rurales fue más del doble que la de las zonas urbanas. En el mismo año había 10,2 millones de pobres en el Perú, la mitad de ellos indigentes; 54% vivían en zonas urbanas y 46% en zonas rurales (CEPALC, 1990).

El sector urbano (informal)

En 1970, aproximadamente 86% de la población urbana del Perú —definida como las personas que ganaban menos del salario mínimo— trabajaba en el sector informal. Como porcentaje de la población económicamente activa (PEA), el sector informal aumentó de 20,7% en 1970 a 24% en 1982, y a 30% en 1985. En 1980, PREALC clasificó al Perú en tercer lugar entre

los países de América Latina con el sector informal más grande; si se excluye a los empleados del servicio doméstico, el Perú ocupó el primer lugar. En Lima, posiblemente la ciudad con el mayor sector informal del Hemisferio Occidental, las estimaciones del sector informal como proporción de la fuerza de trabajo oscilan entre 48 y 60% (Tokman, 1980; PREALC, 1981a, 1982; Ministerio de Trabajo y Promoción Social, 1986; De Soto, 1986; Annis y Franks, 1989; Mesa-Lago, 1990a).

La proporción de los trabajadores autónomos, trabajadores familiares no remunerados y empleados del servicio doméstico —principalmente trabajadores del sector informal— en la PEA aumentó rápidamente en la década de 1980, mientras que la proporción de trabajadores asalariados —la gran mayoría, trabajadores del sector formal— descendió. Entre 1983 y 1986, el trabajo no asalariado aumentó de 33 a 39% de la PEA empleada, mientras que el trabajo asalariado descendió de 61 a 55%. Cabe advertir que estos cambios ocurrieron en el apogeo de la expansión económica que había ayudado a crear puestos de trabajo en el sector formal. En 1983, el sector informal en Lima estaba constituido por 49% de trabajadores autónomos, 18% de trabajadores asalariados, 16% de empleados del servicio doméstico, 8% de trabajadores familiares no remunerados y 9% de pequeños empresarios y otros. Prácticamente todos los empleados del servicio doméstico trabajaban en el sector informal, al igual que el 91% de los trabajadores autónomos, 75% de los trabajadores familiares no remunerados y 59% de los empleados, pero solo 12% de los trabajadores asalariados (Instituto Nacional de Estadística, 1988, 1988a; Pinilla, 1986, 1987).

El perfil del trabajador informal en Lima a mediados de la década de 1980 fue el siguiente: la mayoría eran jóvenes, más de la mitad eran mujeres, la mayoría empleaba a sus familiares en el comercio, la gran mayoría carecía de educación, 40% de los comerciantes eran vendedores ambulantes que no tenían un puesto permanente, 62% carecían de maquinaria o equipo y 21% compraban diariamente lo que necesitaban para su operación. Casi 73% de los trabajadores del sector informal trabajaban en el sector terciario, principalmente en el comercio y restaurantes y, en menor grado, en el ramo de los servicios personales; 20% en la industria; 7% en la construcción y otro 7% en el transporte. Cerca de 83% de los mercados de Lima eran operados por trabajadores informales y 47% de la población de la ciudad vivía en caseríos temporales. Aunque se estima que su productividad era una tercera

parte de la del sector formal, los trabajadores informales generaron entre 25 y 32% del PIB (De Soto, 1986; Pinilla, 1986; Instituto de Libertad y Democracia, 1986; Rossini y Thomas y colaboradores 1987; Mesa-Lago, 1990a).

El ingreso de los trabajadores informales es considerablemente inferior al de los trabajadores formales. A mediados de la década de 1980, los trabajadores autónomos recibían 91% del ingreso urbano promedio por persona, los empleados del servicio doméstico recibían 38% y los trabajadores familiares no remunerados, 30%. En Lima, 75% de los trabajadores informales recibían menos de \$US100 por mes mientras que los empleados del servicio doméstico ganaban menos de \$US40, en comparación con ingresos mensuales de \$US100 a \$US450 obtenidos por los trabajadores del sector formal. Una encuesta realizada en Lima en un barrio antiguo del centro de la capital, principalmente constituido por trabajadores informales, constató que el ingreso promedio del 20% de las familias con seis miembros (varios de ellos con empleo) estaba por debajo del salario mínimo. En barrios construidos en fecha reciente se han registrado ingresos más bajos (Instituto Nacional de Estadística, 1988, 1988a; Pinilla, 1987; Barriig y Fort, 1987; Grompone, 1988).

El sector rural

La población rural del Perú en 1986 era de 6,5 millones: 4,7 millones (72%) eran pobres y 3 millones eran indigentes. La mitad más pobre de las familias rurales recibió 22% del ingreso rural total, y el ingreso promedio de ese grupo fue aproximadamente la mitad del ingreso urbano correspondiente. Aproximadamente 29% de la PEA en 1985, constituida por comunidades campesinas y pequeños agricultores, recibió 10% del ingreso nacional (CEPALC, 1990; Ferrari, 1986). El grueso de la población rural pobre vive en los departamentos menos desarrollados del altiplano andino.

Un estudio fundamentado en datos correspondientes a 1987 clasificó los 25 departamentos del Perú utilizando un índice compuesto de 21 indicadores relacionados con el desarrollo socioeconómico, el estado de salud, el suministro/utilización de recursos de salud y la eficiencia/ idoneidad de dichos recursos; además, el estu-

dio elaboró un perfil de salud para cada departamento. Estos perfiles de salud se clasificaron en tres grupos principales; el grupo más pobre y más careciente de servicios de salud estuvo constituido por ocho departamentos clasificados desde los peores a los mejores de la manera siguiente: Huancavelica, Apurímac, Puno, Cuzco, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Huánuco. El estudio halló que este grupo se clasificaba sistemáticamente por debajo de los promedios nacionales, que se expresan entre paréntesis, en los indicadores siguientes: población rural, 58 a 80% de la población total (32%); PIB anual por persona, 28 a 73% (100%); analfabetismo, 22 a 46% de la población de 10 años de edad o más (14%); mortalidad infantil por 1000 niños menores de un año, 96 a 138 (88); y esperanza de vida al nacer, 48 a 58 años (61). Los ocho departamentos están comprendidos en el altiplano andino o la mayor parte de su población vive en dicha región. Su fuerza de trabajo se dedica básicamente a la agricultura, principalmente a la agricultura de subsistencia—en 1980, 60% del sector rural era tradicional—y la mayor parte consiste en campesinos sin tierras, trabajadores autónomos o trabajadores familiares no remunerados, o miembros de comunidades campesinas. Finalmente, una proporción muy alta de los habitantes de estos departamentos son indígenas (Mesa-Lago, 1988c).

De acuerdo con el censo de 1981, estos ocho departamentos también tenían las condiciones de vivienda peores del país: 73 a 85% de ellas carecían de servicios de agua, alcantarillado y servicios de electricidad, en comparación con un promedio nacional de 49%. Un "mapa de salud" de 1981 del Perú, así como el estudio de 1988 citado arriba, confirmaron que estos departamentos tenían los niveles de salud más bajos, los déficit más altos de recursos y servicios de salud y la cobertura más baja por los programas de atención de salud. Por último, una encuesta nacional de salud y nutrición realizada en 1984 indicó que la población rural de todos los departamentos del altiplano andino, incluyendo a los ocho más pobres y los más desarrollados, tenían una incidencia de morbilidad de 34% pero solo 12% buscaban atención médica; esta última cifra contrasta con un promedio nacional de 24% y un promedio urbano de 31%. Por otra parte, la encuesta demostró que 33% de la población pobre afectada por la enfermedad en los barrios bajos de Lima buscaba atención médica, ligeramente por debajo del promedio metropolitano pero casi tres veces el porcentaje registrado entre los pobres de la zona rural en el antiplano andino (Suárez-Berenguela, 1987).

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS (INFORMAL) Y RURALES

Estructura administrativa y cobertura legal

El establecimiento del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) en 1980 concluyó un proceso de unificación y normalización de 10 años de duración de los distintos programas de seguro de enfermedad-maternidad que proporcionaron cobertura a los grupos trabajadores. Fundamentalmente, el IPSS proporcionó cobertura a los trabajadores urbanos asalariados, pero, al concluir la década de 1960, el seguro social comenzó a incorporar a grupos pequeños de taxistas autónomos que eran propietarios de sus vehículos y a empleados del servicio doméstico. Todos los asegurados gozan de cobertura de atención general y especializada, cirugía, hospitalización, atención de maternidad, servicios de laboratorio, atención dental y medicina. Las fuerzas armadas constituyen el único grupo asalariado fuera del IPSS que tiene su propio programa público de atención de salud.

El partido APRA había subido al poder con un apoyo abrumador de los habitantes de los barrios bajos de Lima y de los campesinos, y la política económica radical del Presidente Alan García estuvo dirigida principalmente a estos grupos pobres. Se reorientó la inversión pública y se proporcionó crédito, capacitación y ayuda técnica para el sector informal y para los pequeños agricultores; se crearon varios organismos públicos y entidades semiautónomas, o se emplearon para encauzar los fondos asignados a estos dos grupos. El Plan Nacional de Desarrollo (1986-1990) se concentró en las áreas urbanas y rurales de pobreza crítica, específicamente la población materno-infantil, los campesinos de los Andes, los trabajadores del sector informal y los desempleados con programas prioritarios de salud, nutrición, saneamiento ambiental, abastecimiento de agua potable y servicio de alcantarillado. Tal como se verá más adelante, el plan también contempló la ampliación del seguro social a estos grupos.

En 1988, el Presidente Alan García declaró: "los trabajadores informales también tienen derecho a la seguridad social y a la atención de salud por conducto de sus organizaciones y con-

venios colectivos". Inicialmente, la política del APRA pareció funcionar: la economía experimentó una expansión en 1986-1987, con una distribución del ingreso que favorecía a los grupos más pobres, y la economía informal aumentó a un ritmo más acelerado que la economía formal. Pero la expansión económica fue efímera; la recesión que comenzó en 1988 y se recrudeció en 1989 tuvo efectos devastadores sobre la población pobre del sector informal y obligó al gobierno a detener sus planes para proporcionar cobertura de atención de salud a los pobres (Ferrari, 1986; Annis y Franks, 1989).

Antes de mediados de la década de 1980, la cobertura por el IPSS de los familiares a cargo de los asegurados se limitaba a la esposa del asegurado para maternidad y a los niños menores de un año para vacunas y vigilancia del crecimiento. La cobertura legal se amplió en 1985-1986 para incluir beneficios completos de enfermedad y maternidad a la esposa y a los niños menores de 18 años; también se proporcionó cobertura a los pensionistas.

En 1986-1987 se dictaminaron leyes para ampliar la cobertura y el apoyo del IPSS a los trabajadores informales y rurales y a las amas de casa, pero el proyecto dispositivo de 1987 del IPSS (véase la sección sobre "Viabilidad del sector público", que comienza en la página 155) concebido para la ejecución de la ley nunca recibió aprobación. Con anterioridad a las leyes de 1986-1987, algunos de estos grupos, en particular los trabajadores autónomos, podían afiliarse voluntariamente al IPSS, pero muy pocos lo hicieron. Por ejemplo, nunca se puso en práctica un convenio de 1985 por el que se incorporaría a los vendedores ambulantes de Lima en el IPSS. Una nueva ley, dictaminada a fines de 1987, estipuló que los trabajadores autónomos, los trabajadores rurales y los pescadores, así como los familiares a su cargo y las amas de casa, han de recibir cobertura obligatoria del IPSS, y agregó prácticamente el resto de la población: trabajadores familiares no remunerados, estudiantes, voluntarios de la comunidad, los discapacitados y los indigentes. Los asegurados que perdían su puesto de trabajo tenían derecho legal a continuar recibiendo atención de salud durante un período que se especificaría. En pocas palabras, al IPSS se le ordenó incorporar a 7,6 millones de personas, más que duplicando su cobertura, sin recibir recursos adicionales. Pero la ley tenía una posibilidad de evasión: la incorporación real de estos grupos se condicionó de nuevo a que el IPSS dictaminara disposiciones *ad hoc* en relación con su inscripción, financiamiento, beneficios y administración. A medida que hacía

frente a la aguda crisis financiera, el IPSS optó lógicamente por ignorar la ley.

Incluso antes de la ley de 1987, el IPSS hizo frente a un pronunciado incremento en la demanda debido a la extensión de la cobertura a los familiares a cargo de los asegurados, lo que obligó a efectuar una rápida expansión de sus clínicas de nivel primario. En 1988, el IPSS comenzó de manera modesta a incorporar voluntariamente a los vendedores ambulantes de frutas y ropa en Lima y a pequeños grupos de campesinos organizados en asociaciones, y también comenzó a exigir la afiliación obligatoria de los empleados de las fábricas clandestinas de ropa. Las limitaciones en la infraestructura médica-hospitalaria del IPSS, las dificultades en mantener control y la crisis económica cada vez más profunda pusieron fin a todos estos esfuerzos de expansión (Mesa-Lago, 1988c).

Por ley, el Ministerio de Salud es responsable de la medicina preventiva, incluso de un programa importante de inmunización de los niños; de la medicina curativa para toda la población urbana y rural no cubierta por el IPSS; y de los programas especiales de salud destinados a las mujeres y los niños. Se exigen pagos a los usuarios, que proporcionaron 7% de los ingresos del Ministerio en 1984, pero carecemos de datos sobre su cuantía y sobre si están exentos los pobres (Zschock, 1988). La infraestructura del Ministerio de Salud incluye los hospitales nacionales y regionales, centros municipales de salud y puestos sanitarios y de salud. La legislación aprobada en 1986-1988 dictaminó la integración funcional de los servicios de salud del IPSS y del Ministerio a través de un comité nacional presidido por el Ministro de Salud. Sin embargo, cada institución mantuvo su autonomía y sus instalaciones, personal y servicios separados, eliminando toda posibilidad realista de integración desde el principio. El objetivo fue el de que todos los hospitales del Ministerio fuesen transferidos al IPSS, en tanto que el Ministerio retendría la administración de todos los centros y puestos de salud; en los lugares en los que había solo una instalación de una institución, esta proporcionaría servicios a toda la población, independientemente de si estaba o no asegurada. Al concluir 1987, seis hospitales del Ministerio de Salud habían sido transferidos al IPSS; desde el principio de 1988, dificultades políticas, financieras y administrativas han paralizado el proceso de integración (Mesa-Lago, 1988c).

Además de los dos proveedores de atención de salud pública, hay algunos programas pequeños de asistencia social. Lima y otros muni-

cipios operan un fondo municipal para vendedores ambulantes (FOMA), financiado con un impuesto sobre las ventas pagado por los vendedores; al menos la mitad de los ingresos de FOMA deberían dedicarse a la atención de salud. El municipio de Lima tiene disposiciones para los vendedores ambulantes que incluyen la obligación de proporcionar servicios sanitarios y de atención médica; en 1986 comenzó a operar en los mercados informales un servicio móvil de atención de salud, pero solo duró unos cuantos meses.

En resumen, desde un punto de vista legal, todos los trabajadores asalariados y sus cónyuges e hijos a su cargo están amparados por el programa de enfermedad-maternidad del IPSS y tienen derecho a beneficios en especie, mientras que los asegurados también tienen derecho a licencia por maternidad y enfermedad remunerada; los empleados del servicio doméstico tienen derecho a beneficios análogos. Hay también programas especiales de salud establecidos mediante convenios voluntarios firmados con los pescadores, los vendedores de periódicos y los vendedores de billetes de lotería. Finalmente, el IPSS administra un programa de incorporación voluntaria de pequeños grupos de trabajadores autoempleados y amas de casa. Excepto en lo que respecta a los empleados del servicio doméstico y pequeños grupos de trabajadores autónomos, los pobres no están protegidos legalmente por el IPSS. Las únicas alternativas son los servicios de salud del Ministerio y los ofrecidos por el municipio de Lima.

Cobertura estadística

De acuerdo con el Cuadro 60, la cobertura total de la población por el seguro social (principalmente el IPSS) aumentó del 15,7 al 31,6% en 1980 y 1988, pero prácticamente ninguno de los protegidos por dichos seguros son pobres. Las cifras en el Cuadro 60 representan cálculos aproximados que están inflados debido a las razones que se detallan a continuación. Las estimaciones del número de asegurados activos son proyecciones aproximadas del IPSS de la PEA desagregadas por tipo de ocupación y fundamentadas en el censo de 1981; presuponen que todos los trabajadores asalariados legalmente protegidos están realmente inscritos, lo que no es cierto debido a que el incumplimiento de empleadores y trabajadores es bastante alto. Las estimaciones tampoco consideran que, dada la crisis económica de la década de 1980, las proyecciones basadas en los datos de 1981 son erróneas debido a que el empleo formal ha descendido mientras

Cuadro 60. Datos oficiales sobre la población cubierta por atención de salud en Perú, 1980-1988 (en miles y porcentajes).

	Cobertura declarada del seguro social (IPSS)												
	Población		Activos			Familiares a cargo			Cobertura total del seguro social (9)	Cobertura, Ministerio de Salud (10)	% de la población con cobertura		
	Total (1)	Urbana ^a (2)	Activa asegurada (3)	Esposa (4)	Hijos (5)	Pensionistas (6)	Total (7)	Otros ^b (8)			Total (9/1)	Urbano (9/2)	Total (9+10)/1
1980	17 295	11 069	2003	70	72	128	2273	450	2723	n.d.	15,7	24,6	n.d.
1984	19 198	12 766	2408	82	91	203	2784	500	3284	5000	17,1	25,7	26,0
1985	19 698	13 198	2505	767	1760	211	5243	500	5743	n.d.	29,2	43,5	n.d.
1988	21 256	14 666	2818	860	2191	253	6122 ^c	600	6722 ^c	n.d.	31,6 ^c	45,8 ^c	n.d.

Fuentes: Mesa-Lago, 1988c; Zschock, 1988.

^aEstimaciones del autor basadas en el censo de 1981 y en las cifras del Banco Mundial para 1988.

^bEstimaciones brutas de las fuerzas armadas y la policía, los pescadores y los linietes o "jockies".

^cSe ha estimado de forma aproximada que estas cifras están infladas en dos millones de personas, lo cual reduce la cobertura al 22% de la población total y al 28% de la población urbana.

que el empleo y subempleo en el sector informal —no abarcados por el IPSS— han aumentado. Además, desde 1981, los datos de inscripción no se han actualizado para excluir a las personas que han muerto, que han dejado de formar parte de la fuerza de trabajo o que han emigrado; las cifras sobre personas a cargo de los asegurados para 1980 a 1984 se basan en una relación estimada de cónyuges y de hijos por asegurado y, desde 1985, se fundamentan en la hipótesis errónea de que la ampliación legal de la cobertura a las personas a cargo de los asegurados se ha cumplido totalmente. Quizás los datos más exactos del IPSS sean los correspondientes a los pensionistas protegidos. Otros segmentos de la población protegidos por los seguros sociales, en particular las fuerzas armadas y la policía, son estimaciones aproximadas.

Las comprobaciones realizadas al final de 1988, utilizando datos sobre reinscripción de los asegurados activos resultantes de inspecciones cuadra por cuadra de empleadores en las principales ciudades, indican que, al nivel nacional, las cifras de asegurados activos en el Cuadro 60 se han exagerado en 32 ó 36% (aproximadamente un millón de personas). En lo que respecta a las personas a cargo de los asegurados, es imposible que en unos meses, al final de 1985, el número de cónyuges realmente protegidos pudiera haber aumentado nueve veces (de 82 000 a 767 000) y que el número de hijos hubiera aumentado 19 veces (de 91 000 a 1 760 000). Tomando como base las relaciones de cónyuges e hijos por asegurado del IPSS, se ha calculado que el número de asegurados ha sido exagerado en un millón. Por tanto, el exceso estimado en la cobertura total del IPSS en 1988 (Cuadro 60) debería haber ascendido a dos millones de personas, reduciéndose así la cobertura al 22% de la población total (Mesa-Lago, 1988c).

A mediados de la década de 1980, se informa que el Ministerio de Salud proporcionaba cobertura a 11 millones de pobres no asegurados. (De acuerdo con la CEPALC, había 10,2 millones de pobres en el Perú en esa fecha.) Pero los funcionarios del Ministerio han reconocido que, de la población beneficiaria, solo cinco millones tienen acceso a las instalaciones de atención de salud del Ministerio, dejando así seis millones sin cobertura real (Zschock, 1988). Otras instituciones caritativas (de beneficencia), así como los gobiernos municipales, suministran otros servicios de salud pública que según informes proporcionan cobertura a 750 000 pobres, cifra que probablemente esté inflada. La suma de la cobertura ajustada de los seguros sociales (4,7 millones) y del Ministerio (5 millones), más la co-

bertura declarada por otras instituciones (750 000, a lo más), arroja un total de unos 10,5 millones en 1988, dejando sin protección pública a 10,7 millones.

El sector privado de salud en el Perú incluye gastos familiares directos, seguros de salud, planes de empleadores y proveedores, cooperativas y organizaciones voluntarias privadas. Una fuente (Suárez-Berenguela, 1987) estimó la cobertura de la población de este sector en 1984 en 346 900 y otra fuente (Zschock, 1988), en 10 millones. La primera fuente excluyó a los seis millones sin acceso al Ministerio, pero los consideró como protegidos por el Ministerio. La segunda fuente incluyó los seis millones de pobres sin acceso al Ministerio en el sector privado y declaró que gastaban un promedio de \$US4,50 por persona en la adquisición de servicios del sector privado. Sin embargo, de acuerdo con la CEPALC, en 1986 había cinco millones de indigentes en el Perú que no podían comprar la cantidad mínima de alimentos, ni muchos menos pagar la atención de salud. En mi opinión, hay al menos cinco millones de personas críticamente pobres en el Perú que carecen de toda clase de atención de salud, más cuatro millones de pobres que pueden comprar una cantidad mínima de atención de salud solo ocasionalmente.

Los pobres de las zonas urbanas

Los pocos trabajadores informales que deberían estar asegurados en el Perú están inscritos en el IPSS, pero no sabemos si hay trabajadores pobres del sector informal realmente asegurados. Prácticamente todos los asegurados en el IPSS, y en las fuerzas armadas, viven en las zonas urbanas; 58% de ellos viven en la zona metropolitana de Lima, a la que le corresponde 64% de los gastos en atención de salud. Tomando como base el Cuadro 60, podemos estimar que en 1988 cerca del 46% de la población urbana estaba protegida por el seguro social, pero la cifra es solo 28% después de corregirla para tomar en cuenta la estimación excesiva. En 1988, 92,4% de los asegurados activos en el IPSS eran trabajadores asalariados y prácticamente todos estaban empleados en el sector formal; 7,6% eran trabajadores autónomos y empleados del servicio doméstico (Mesa-Lago, 1990a).

Los datos procedentes de la Encuesta Nacional por Hogares de 1985-1986 sobre el Nivel de Vida y la Encuesta de Lima de 1986 sobre el Empleo, junto con los datos estadísticos del IPSS sobre los asegurados para los mismos años, nos permiten estimar aproximadamente el porcentaje de cobertura de algunos grupos de

Cuadro 61. Estimaciones de los posibles trabajadores del sector informal cubiertos por el seguro social (IPSS), Perú, 1985-1986 (en miles y porcentajes).

	Perú	Lima
Número de empleados ^a	3608	776
Autónomos	2660	528
Servicio doméstico	78	122
Trabajadores familiares no remunerados	870	126
Asegurados en el IPSS ^b	168	122
Autónomos	108	84 ^c
Servicio doméstico	60	38 ^c
Trabajadores familiares no remunerados	0	0
Porcentaje de cobertura	4,6	15,7
Autónomos	4,1	15,9
Servicio doméstico	76,9	31,1
Trabajadores familiares no remunerados	0	0

Fuente: Mesa-Lago, 1990a.

^aPerú, según la Encuesta Nacional por Hogares de 1985-1986; Lima, con base en la encuesta laboral de 1986.

^bPromedio de asegurados en 1985-1986.

^cReinscripción en 1988; no existen datos por separado para Lima en la inscripción de 1986.

trabajadores del sector informal (véase el Cuadro 61). El porcentaje de cobertura de los trabajadores autónomos fue de 4% a nivel nacional y de 16% en Lima, mientras que el de los empleados en el servicio doméstico fue de 77 y 31%, respectivamente. Sin embargo, adviértase que el número total de empleados en el servicio doméstico declarado por la encuesta nacional fue de 78 000 para el Perú, mientras que el número declarado por la Encuesta de Empleo en Lima, donde trabaja la mayoría de los empleados del servicio doméstico, fue de 122 000. Evidentemente, la primera estimación es muy baja y, por tanto, el porcentaje de cobertura nacional se ha exagerado notablemente; por consiguiente, la cifra de 31% para Lima es más fiable. En lo que respecta a los trabajadores autónomos, el porcentaje más bajo de cobertura a nivel nacional se explica debido a que casi la mitad de los trabajadores autónomos trabajan en la agricultura, y probablemente ninguno está asegurado, mientras que los asegurados con el IPSS en Lima son trabajadores urbanos, lo que explica el porcentaje más elevado declarado en la capital. El IPSS no proporciona cobertura a trabajadores familiares no remunerados.

No existe información estadística sobre la cobertura de los pequeños empleadores del sector informal y sus trabajadores asalariados. Un estudio constató que, a mediados de la década de 1980, estos empleadores no cumplían con sus obligaciones en cuanto a la seguridad social de sus empleados. Otro estudio llegó a la conclu-

sión de que el seguro social estaba concebido para los trabajadores con un contrato de trabajo y que no era obligatorio en las microempresas. En 1988, ninguno de los 5000 miembros de la Asociación de Artesanos y Pequeños Industriales estaba asegurado por el IPSS. Y en la Encuesta Nacional para Hogares de 1985-1986, 42% de los trabajadores asalariados declaró que no estaban asegurados; podemos suponer sin miedo a equivocarnos que la mayoría de ellos eran trabajadores del sector informal (De Soto, 1986; Grompone, 1987; Instituto Nacional de Estadística, 1988; Mesa-Lago, 1990a).

¿Cuántos de los trabajadores del sector informal asegurados por el IPSS son pobres? La respuesta es la mayoría de los empleados del servicio doméstico (2% del total de los asegurados en el IPSS) debido a su nivel bajo de ingresos, pero no así en lo que respecta a los trabajadores autónomos, ya que muchos de ellos son profesionales con ingresos relativamente elevados. A lo más, menos del 5% de los trabajadores potenciales del sector informal están protegidos por el IPSS, lo que deja entre 1,7 y 2 millones de trabajadores del sector informal y los 3,7 a 4 millones de personas a su cargo —un total de 5,4 a 6 millones de personas— sin cobertura de atención de salud.

Los planes del gobierno aprista de ampliar la cobertura al sector informal no se hicieron realidad. En 1985, el IPSS estableció las metas siguientes para la cobertura de la población marginal urbana: 120 000 en 1987, 750 000 en 1988, 1,5 millón en 1989 y 1,8 millón en 1990; para 1987, la meta fijada para 1988 se había reducido a la mitad. En 1988, el IPSS declaró que había 11 216 trabajadores del sector informal en "vías de incorporación", de los cuales 93% eran propietarios de puestos en el mercado y vendedores ambulantes, 6% eran pescadores autónomos y 1% eran vendedores de periódicos. No se dispuso de información sobre si estos trabajadores fueron asegurados finalmente, pero, incluso si todos ellos lo fueron, habrían constituido menos del 0,5% de los trabajadores autónomos con una ocupación. De acuerdo con la Federación de Vendedores Ambulantes de Lima, solo 3% de sus 13 000 miembros estaban asegurados por el IPSS en 1988 (IPSS, 1985 y 1987; Mesa-Lago, 1990a).

En relación con la cobertura por el Ministerio de Salud, Zschock (1988) informa que solo dos millones en la población urbana tenían acceso real a los servicios del Ministerio de Salud, lo que dejaba sin acceso a unos 10 millones. Una investigación en El Agustino, un barrio de Lima habitado principalmente por trabajadores del sector informal, halló que entre 72 y 77% de

ellos acudían al hospital del Ministerio o al centro de salud, de 8 a 11% iban a un médico privado, de 7 a 10% se atendían ellos mismos y de 5 a 8% no obtenían atención de salud alguna y no recurrían a otros servicios (Barrig y Fort, 1987). En Villa El Salvador, localidad cerca de Lima habitada principalmente por trabajadores del sector informal, el centro de salud del Ministerio no ofrece servicios de maternidad y la mayoría de las mujeres dan a luz en sus propios hogares (véase la sección sobre "El ejemplo de Villa El Salvador", que comienza en la página 159).

Finalmente, varias fuentes declaran que, a pesar de las disposiciones legales y convenios, FOMA no proporciona atención de salud a los vendedores ambulantes, y los ingresos de ese fondo los utilizan los municipios para otros fines (Mesa-Lago, 1990).

Los pobres de las zonas rurales

En contraste con el IMSS-COPLAMAR, el IPSS no proporciona cobertura a los pobres en las zonas rurales; en realidad, la cobertura por el IPSS de la población rural en su conjunto es muy pequeña. En 1981, los ocho departamentos más rurales y pobres del Perú, donde vive la mayoría de los indígenas, tenían la cobertura de población más baja por el IPSS: Apurímac, 2,5%; Ayacucho, 2,7%; Cajamarca, 2,8%; Amazonas, 3,1%; Huancavelica y Puno, 3,7%; y Huánuco y Cuzco, 4,7%; compárense estas cifras con la cobertura nacional de 14% y con una cobertura de 26% en Lima-Callao (Mesa-Lago, 1989c).

En 1966, el IPSS estableció un proyecto piloto de seguro social de los campesinos en tres comunidades rurales en Junín, departamento seleccionado por su desarrollo socioeconómico relativamente alto. Los asegurados eran beneficiarios de la reforma agraria en las comunidades y cooperativas indias; aportaron terreno, trabajo comunitario para la construcción del puesto de salud y una cantidad simbólica en efectivo; se suponía que el estado hiciese un aporte pero nunca lo hizo. El puesto de salud contaba con abundante personal —un médico y cinco ayudantes— y ofrecía atención maternoinfantil, medicina curativa, saneamiento ambiental y educación en salud. El proyecto fracasó debido a la ausencia de financiamiento estatal, resultó un modelo muy costoso de atención de salud y le faltó el apoyo de las comunidades (Mesa-Lago, 1989c).

Con el gobierno del APRA, al final de 1985, el IPSS formuló un nuevo proyecto para ampliar la cobertura a los campesinos, destacando la atención primaria de salud, la prevención y la con-

sulta ambulatoria. Había de comenzar en 14 comunidades rurales seleccionadas de acuerdo con una infraestructura mínima de atención de salud, en la que el IPSS coordinaría sus actividades con el Ministerio de Salud y los líderes de la comunidad. El proyecto sería financiado por un aporte del Estado igual a 1% de la factura salarial nacional, la eliminación del tope salarial para aumentar el aporte de los asegurados, aportes de terreno, mano de obra y mantenimiento por los beneficiarios, un aporte en efectivo del cabeza de la familia asegurada igual a la mitad de un salario mínimo y ayuda exterior. Las metas de la cobertura de la población establecidas en 1985 fueron de 1,8 millones en 1988, 3 millones en 1989 y 5,2 millones en 1990; dos años después, esas metas se redujeron a 1, 2,8 y 4,4 millones, respectivamente. En 1988, el IPSS recibió una donación de la AID (EUA) para traer a un grupo de expertos que planificase la extensión, pero la crisis económica puso fin al proyecto (IPSS, 1985 y 1987; Mesa-Lago, 1988, 1989c).

De acuerdo con estimaciones de Zschock (1988), en 1984-1985 la población con acceso verdadero a los servicios del Ministerio de Salud en la zona rural era de tres millones; suponiendo que esta cifra sea correcta, deja unos 3,5 millones sin protección, lo que representa 54% de la población rural. Esta cifra es similar a la estimación de la CEPALC de tres millones de indigentes en el sector rural que carecían de acceso a atención de salud; aun así, de acuerdo con la CEPALC, había una cifra adicional de 1,7 millones de pobres rurales. Podemos estimar aproximadamente que, en 1988, de 3,5 a 4,7 millones de pobres rurales, entre 53 y 68% de la población rural, no tenían acceso a atención de salud. Los desembolsos por persona del Ministerio en las zonas rurales en 1984 fueron inferiores a la mitad de los desembolsos en las zonas urbanas (Zschock, 1988).

RAZONES PARA LA COBERTURA MUY BAJA DE LOS POBRES

Como vimos en la sección anterior, la mitad de los trabajadores asalariados (principalmente en las empresas del sector informal), de 84 a 96% de los trabajadores autónomos, aproximadamente 69% de los empleados en el servicio doméstico, la masa de los trabajadores rurales y un porcentaje desconocido de propietarios de microempresas, así como todos los familiares a su

cargo, carecen de cobertura en el IPSS. Además, más de la mitad de la población pobre supuestamente protegida por el Ministerio no tiene acceso real a los servicios de salud, que evidentemente son insuficientes para realizar sus tareas (véase la sección sobre "Viabilidad del sector público", que comienza en la página 155). Las razones para la cobertura de salud sumamente baja de los pobres son de índole tanto general como política.

Factores generales

El Perú tiene desventajas generales importantes frente a Costa Rica y Uruguay y comparte algunas de las características de México: su territorio y población son mucho más extensos, hay barreras topográficas importantes que hacen más difícil la comunicación, un gran porcentaje de su población tiene un idioma y cultura diferentes y vive relativamente aislada, y la tasa de analfabetismo es mucho más elevada que la de los tres países que anteceden. Además, el Perú no ha tenido la estabilidad política de los tres países analizados con anterioridad.

En 1986, el Perú ocupó el segundo lugar entre los 10 países latinoamericanos encuestados por el CEPALC con la mayor incidencia de pobreza e indigencia (nacional, urbana y rural): más de la mitad de su población era pobre y 30% era indigente, y la crisis económica cada vez más intensa desde 1988 debe haber aumentado el número de pobres y de indigentes. En 1980, el Perú ocupó el segundo lugar entre los 13 países evaluados por PREALC con el sector informal más extenso. Sin embargo, el ingreso por persona en el Perú en 1988 ocupó el noveno lugar en América Latina, solo 14% más bajo que el de Chile, cuya cobertura de la población por el seguro social es unas tres veces más alta; Bolivia, que ocupó el segundo lugar entre los países de América Latina con un ingreso por persona más bajo, tuvo una cobertura de población que se aproximó a la del Perú. Aun así, el ingreso por persona del Perú fue la mitad del de Uruguay y tres cuartas partes del de México y Costa Rica. Parte del problema es la desigualdad de la distribución del ingreso: el Perú ocupó el quinto lugar en 1986 entre los 10 países del estudio de la CEPALC, con la mayor desigualdad en el ingreso; además, hasta mediados de la década de 1980, la cobertura por el seguro social de los familiares a cargo de los asegurados fue una de las más bajas de la Región. Los recursos de atención de salud están concentrados en el servicio de una pequeña proporción de la población y no

se ha hecho esfuerzo serio por desarrollar programas especiales para protección de los pobres (CEPALC, 1990; Banco Mundial, 1990; Cuadros 2, 7, 8).

Política de seguridad social

Las cuestiones afines de política, que se analizarán a continuación, son el ingreso bajo de las personas que carecen de cobertura y los aportes elevados requeridos para la cobertura del seguro social, junto con la calidad deficiente de los servicios; el aislamiento de las zonas rurales y las dificultades para detectar, inscribir y controlar a las microempresas del sector informal; y la movilización débil e ineficaz para exigir protección.

Ingresos bajos y contribuciones altas

Ya hemos observado que en Lima el ingreso promedio de los trabajadores del sector informal era una tercera parte del ingreso de los del sector formal, en tanto que la mitad más pobre de los hogares rurales ganaban 22% del ingreso rural y que el ingreso promedio de ese grupo era la mitad del ingreso urbano correspondiente. Es evidente que la población indigente y parte de la población pobre no disponen de suficientes recursos para pagar la atención de salud.

En la parte A del Cuadro 62 se compara el porcentaje legal de la contribución al IPSS de varios grupos asegurados. El porcentaje pagado por el trabajador autónomo asegurado voluntariamente (18%) es tres veces el porcentaje pagado por el trabajador asalariado (6%) debido a que el primero ha de pagar el equivalente de la contribución del empleador a enfermedad-maternidad y pensiones (12%); el empleado autónomo carece de protección contra las lesiones en el trabajo. A la inversa, la proporción del aporte del empleado del servicio doméstico es igual a la del trabajador asalariado y, como se verá más adelante, los del servicio doméstico también se benefician de que su contribución está basada en una escala de sueldo más baja. Los campesinos que se adhieren voluntariamente al IPSS deben de ser miembros de empresas o comunidades asociadas; si viven en una zona económicamente deprimida aportan un porcentaje más bajo que los empleados en el servicio doméstico (4%, una quinta parte de los empleados autónomos), pero si viven fuera de zonas económicamente deprimidas, pagan más (9%, con todo aún la mitad de la de los trabaja-

Cuadro 62. Aportes de los trabajadores asalariados y del sector informal y los campesinos al IPSS, Perú, 1988.

A. APORTES LEGALES POR PROGRAMA (% DEL INGRESO)					
	Asalariados ^a			Autónomos ^c	Campesinos ^d
	Asegurados	Empleador	Total ^b		
Enfermedad-maternidad	3	6	9	9	4-9
Pensiones	3	6	9	9	0
Lesión en el trabajo	0	4 ^e	4 ^e	—	—
Total	6	16	22	18	4-9

B. ASEGURADOS			
	Base salarial del aporte	Relación sobre el promedio de asalariados (1,00)	
		Contribución mensual	Ingreso por persona ^f
Asalariados	Remuneración total	1,00 ^g	1,00
Autónomos	Remuneración mínima de asegurados	3,00	0,83
Campesinos	Remuneración mínima de asegurados	0,66 ó 1,48	n.d.
Servicio doméstico	1/3 de la remuneración mínima de asegurados	0,33	0,35

Fuente: Mesa-Lago, 1990a.

^aIncluye el servicio doméstico.

^bEn la década de 1970, el estado tenía que aportar legalmente el 1% pero nunca lo hizo; en 1987, la ley estipuló que debía pagar el 1% de la remuneración total de los asegurados correspondiente al año anterior, pero el estado no lo hizo en 1988.

^cSi es miembro de un sindicato o asociación, esta última ha de pagar el 12% y el asegurado, el 6%; pero en la práctica, el trabajador lo paga todo.

^dSolamente si se trata de miembros de empresas o comunidades asociativas que han firmado un acuerdo con el IPSS. El 4% se aplica a las zonas económicamente deprimidas; para el resto del país, el 9%.

^ePrima promedio.

^f1985-1986.

^gPara facilitar la comparación, se supone que el trabajador asalariado percibe la remuneración mínima asegurada.

dores autónomos). En teoría, si el trabajador autónomo es miembro de una unión o asociación, esta debe pagar el 12% correspondiente al empleador, aunque en la práctica el trabajador autónomo paga el 12% debido a que las asociaciones carecen de los recursos y rehúsan firmar convenios de pago con el IPSS. Los empleados autónomos frecuentemente eligen participar en el programa de enfermedad-maternidad únicamente porque ese es el que necesitan más y carecen de los recursos para pagar las pensiones.

La base salarial para las contribuciones al IPSS consiste en la remuneración total en el caso de los asalariados, la remuneración mínima asegurada en el de los empleados autónomos y campesinos, y un tercio de la remuneración mínima asegurada en el de los trabajadores del servicio doméstico. Lamentablemente, carecemos de datos sobre los ingresos y las contribuciones totales al IPSS por categoría ocupacional, como las que había en el caso de México; por tanto, la parte B del Cuadro 62 enfoca la comparación de manera diferente. Aunque la base de contribución es su remuneración total, hemos empleado al trabajador asalariado con la remuneración mínima asegurada ya que empleando

ingresos similares a los de otros grupos, nos permite hacer comparaciones. Tomando como base la contribución pagada por el trabajador asalariado (1,00), el autónomo paga 3,00, los campesinos, 0,66 ó 1,48 y los del servicio doméstico, 0,33. En la parte B del Cuadro 62 se comparan estas proporciones con el ingreso promedio por persona del trabajador asalariado y se calcula que los empleados autónomos contribuyen tres veces más que el trabajador asalariado pero que ganan solo 83% del ingreso del último. Esto explica en gran parte la razón por la que tan pocos empleados autónomos se han adherido voluntariamente al IPSS. Los dirigentes de asociaciones de trabajadores del sector informal y los expertos declaran que la contribución del empleado autónomo es muy alta teniendo en cuenta su ingreso y otras necesidades más urgentes que han de satisfacer; por tanto, la alta contribución se convierte en el obstáculo principal para adherirse al IPSS (Grampone, 1987).

A la inversa, los empleados del servicio doméstico pagan 33% del aporte promedio efectuado por los trabajadores asalariados. Así, la disminución en el porcentaje del aporte del 18% (trabajadores autónomos) al 6% (empleados del servicio doméstico), más una reducción de un

tercio en el aporte mínimo de los asegurados, hace que el aporte de los empleados del servicio doméstico sea más razonable y facilite su cobertura. Sin embargo, adviértase que el ingreso por persona de los empleados del servicio doméstico es inferior a la mitad del de los trabajadores autónomos. El hecho de que su empleador pague tres cuartas partes del aporte total proporciona una ventaja adicional para los empleados del servicio doméstico. La naturaleza obligatoria de la afiliación se ha aducido como razón adicional para la cobertura más elevada de los empleados del servicio doméstico, pero los estudios realizados en otros países indican que este no es un factor importante en la práctica (Mesa-Lago, 1990a).

El aporte de un campesino que viva en una zona económicamente deprimida es un tercio más bajo que el del trabajador asalariado y una quinta parte que el del trabajador autónomo, pero dos veces más elevado que el del empleado en el servicio doméstico. Aunque carecemos de datos sobre el ingreso por persona de los campesinos que viven en zonas económicamente deprimidas, su ingreso probablemente sea más bajo que el de los empleados en el servicio doméstico. Además, solo a los campesinos en empresas o comunidades asociadas se les permite afiliarse al IPSS. Finalmente, los campesinos que no viven en zonas económicamente deprimidas deberían efectuar un aporte 48% más alto que el de los trabajadores asalariados. Esto explica en gran medida el fracaso permanente del IPSS en ampliar la cobertura de atención de salud a este grupo.

En varias ocasiones, el IPSS ha considerado utilizar un subsidio estatal para facilitar la incorporación de los trabajadores de bajos ingresos. En realidad, de acuerdo con la Constitución peruana, el estado ha de contribuir al IPSS tanto en calidad de empleador como en calidad de tercero. Este último aporte se estableció en la década de 1970 como 1% de la factura salarial total, pero el estado nunca cumplió con su obligación y el pago se eliminó al principio de la década de 1980. En 1985, el Presidente García declaró públicamente que una porción de los recursos ahorrados mediante la reducción de los pagos de la deuda exterior se utilizarían para ampliar la cobertura del seguro social en los grupos de bajos ingresos. Sin embargo, esa promesa nunca se cumplió, a pesar de las demandas de las asociaciones de trabajadores informales y campesinos formuladas al Presidente y al IPSS. Una ley dictaminada al final de 1987 reintrodujo el aporte del estado del 1%, que se utilizaría, entre otras cosas, para ampliar la cobertura. El aporte se calculó tomando como base

la factura salarial total del año anterior a fin de reducir el aporte del estado; además, no se pagó hasta 1988.

Quienes no están asegurados por el IPSS, que son pobres y tienen acceso a los servicios de salud del Ministerio, no efectúan pagos si carecen de recursos; si tienen algún ingreso, efectúan pagos mínimos de los usuarios. Algunos servicios del Ministerio son gratuitos independientemente del ingreso, tales como los tratamientos de la tuberculosis y la rehidratación.

Además de su costo elevado, se considera por lo general que los servicios de atención de salud del IPSS son de mala calidad. Las quejas habituales entre los no asegurados que se dan a menudo como razones para no afiliarse al IPSS son las largas colas en las que hay que esperar para recibir la atención a pesar de un exceso de personal que no se preocupa de los usuarios, las largas distancias que hay que recorrer para llegar a los centros de atención de salud y el servicio muy deficiente.

Los propios usuarios expresaron quejas similares acerca de los servicios del Ministerio de Salud, alegando la necesidad de tener "contactos" (amigos entre el personal) para ser admitidos a hospitales especializados, horarios de consulta inconvenientes, médicos ausentes, tratamiento inadecuado e higiene deficiente. En la encuesta realizada entre las mujeres en El Agustino, 65% declaró que perdían cuatro horas haciendo cola para recibir el servicio y 19% que perdían seis horas (Barrig y Fort, 1987; Mesa-Lago, 1990a).

Aislamiento rural y dificultades para incorporar a las empresas del sector informal

Tal como se advirtió, la cobertura más baja de la población por el IPSS es la prestada en los ocho departamentos menos desarrollados, más rurales y más pobres del altiplano andino, departamentos que también tienen la concentración más elevada de indígenas y las tasas más altas de analfabetismo. Esta población está muy dispersa y físicamente aislada, y ha de superar obstáculos culturales. Un experto peruano declaró que el pago muy reducido cargado por el Ministerio a los usuarios no es una barrera que se interponga al acceso debido a que la población en esas zonas paga a menudo cargos similares o incluso más elevados a los médicos tradicionales (curanderos), y que solo recurren a las instalaciones del Ministerio cuando es demasiado tarde. Y sin embargo, tal como se vio en el estudio de caso de México, COPLAMAR, a pesar de sus fallas, demostró que es factible proporcionar atención de salud a las poblaciones rurales aisladas.

En el sector urbano se estimó que la evasión tributaria de las empresas privadas al IPSS representó entre 35 y 40% de los aportes en 1985. En 1988, el número estimado de trabajadores asalariados en Lima fue 36% más alto que el número de inscritos en el IPSS, una indicación más de una tasa elevada de evasión. Una encuesta de las empresas realizada en Lima en ese mismo año, halló que 33% de las empresas inscritas tenían más de seis trabajadores, empleaban a 90% de los trabajadores asegurados y aportaban 96% de las contribuciones totales. El 66% restante de las empresas tenían menos de seis trabajadores, empleaban a 10% del total de los trabajadores asegurados y la proporción de sus aportes era solo del 4%. El costo de cobrar a estas empresas pequeñas e inspeccionarlas es bastante elevado en comparación con los costos correspondientes a las empresas grandes; además, los costos de detectar, inscribir y controlar a las empresas evasoras más pequeñas serían aún más elevados.

Al final de 1985, el IPSS comenzó a utilizar un sistema de inscripción y cobro por computadora para reducir la evasión y las demoras en los pagos. Grupos de inspectores capacitados recorrieron las ciudades cuadra por cuadra para detectar e inscribir a las empresas clandestinas y sus trabajadores o reinscribir a las empresas ya inscritas, comprobando el número de trabajadores y los salarios pagados. Aunque no se dispuso de datos sobre el número encontrado de empresas evasoras, los funcionarios del IPSS declararon que se identificaron cientos de empresas de prendas de vestir y talleres de reparación. Para 1988, el sistema por computadora estaba funcionando en la mayor parte de Lima y en 15 de los 24 departamentos del país. Pero en ese momento, la nueva administración del IPSS despidió a 800 trabajadores del sistema, principalmente inspectores y operadores de computadoras, alegando que su costo era demasiado elevado; además, se dio mayor prioridad a cobrar las cuotas mensuales de las empresas grandes que a cobrar las cuotas trimestrales de las empresas pequeñas. Al agravarse la crisis económica se ha estimulado la transferencia de mano de obra del sector formal al informal en unos momentos en que el IPSS ha reducido los recursos para detectar y comprobar el número creciente de microempresas informales, dificultando aún más la protección de los trabajadores asalariados del sector informal (Mesa-Lago, 1986a, 1988, 1988c, 1990a).

Movilización débil o ineficaz para exigir protección

Un estudio sobre la evolución histórica de la seguridad social en el Perú demostró que los

grupos de presión más poderosos y mejor organizados eran los primeros en obtener cobertura, los que tenían el mayor grado de protección y los que gozaban de mayores beneficios a un costo relativamente más bajo (Mesa-Lago, 1978). A pesar de los adelantos efectuados a fines de la década de 1960 y durante toda la década de 1970, los campesinos siguen siendo el grupo menos organizado en el Perú y el que probablemente cuenta con la peor atención de salud en el país.

Dentro del sector informal se han organizado algunos grupos pero no siempre han presionado eficazmente al estado para obtener protección adecuada de atención de salud. Las dos federaciones más importantes de trabajadores del transporte, la FED y ANEXOS, dependiendo de su capacidad para paralizar al país, han logrado obtener una serie importante de beneficios del estado, inclusive la incorporación de los conductores de taxi al IPSS. A la inversa, las asociaciones de los habitantes de los barrios marginales, donde predominan los trabajadores del sector informal, no han tenido éxito en esta esfera y, a lo más, han obtenido un puesto médico dentro del Ministerio; aparentemente debido a que su interés principal es la legalización de las tierras que ocupan, tienden a perder entusiasmo tan pronto como alcanzan su objetivo.

Entre los vendedores ambulantes hay 22 federaciones solo en Lima. A menudo se han movilizizado con eficacia para defender su derecho a vender en las calles, pero carecen de un plan a largo plazo y su fuerza se debilita una vez que desaparece una emergencia. Algunas de estas federaciones han luchado por obtener protección de atención de salud; por ejemplo, en 1985 una de las tres federaciones más poderosas firmó un convenio con el IPSS y con el municipio de Lima hacia tal fin. Por desgracia, la fragmentación de los vendedores ambulantes entre muchas otras asociaciones con ideologías conflictivas les ha impedido aplicar presión constante sobre las autoridades y el convenio nunca se puso en práctica.

Los vendedores ambulantes tampoco han logrado obligar a FOMA a invertir parte del ingreso procedente de los impuestos sobre las ventas en proporcionarles atención de salud. Según su ubicación, en 1985 los vendedores ambulantes del sector informal pagaron entre 98 y 495% más que los establecimientos comerciales formales. En varios casos, las federaciones de vendedores ambulantes han amenazado con dejar de pagar el impuesto sobre las ventas si sus ingresos no se utilizan para atención de salud, licencia por maternidad remunerada, etc. Sin embargo, estas protestas no han prosperado de-

bido a que han sido locales y esporádicas y no han gozado de un esfuerzo continuo y coordinado en todo el país con objetivos claros. Además, muchos vendedores ambulantes pagan este impuesto como "licencia" que legitima sus actividades, aunque saben que el municipio utiliza sus ingresos para fines distintos de los de proteger al grupo (De Soto, 1986; Grompone, 1987; Mesa-Lago, 1990a).

VIABILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL Y EL SECTOR PÚBLICO PARA PROPORCIONAR COBERTURA A LOS POBRES

De acuerdo con distintas estimaciones, entre 9 y 11 millones de pobres carecen de protección de atención de salud pública en el Perú, o de 43 a 52% de la población total en 1988; aproximadamente 60% de esta población vive en zonas urbanas y 40% en zonas rurales. En ese año, la cobertura combinada de la población (acceso real) del IPSS, el Ministerio de Salud y otras instituciones públicas fue de 10,5 millones; de ahí que la universalización de la cobertura a los pobres requeriría duplicar la cobertura actual. En las secciones siguientes analizamos la capacidad del IPSS y el Ministerio para emprender esa enorme tarea.

Viabilidad del seguro social (IPSS)

Los datos contables del IPSS adolecen de graves fallas, pero demuestran que todos los programas combinados generaron un superávit en 1975-1981 y 1985 pero operaron con déficit en 1982-1984 y 1986-1988. El desequilibrio empeoró en 1988, obligando al IPSS a obtener préstamos y lanzar un plan de emergencia. En 1987, el programa de enfermedad-maternidad consumió 58% de los gastos totales del IPSS y fue la causa principal del desequilibrio. Desde 1977, este programa ha terminado con déficit en todos los años excepto en 1985; ese año, los aportes y el tope salarial aumentaron. En 1987-1988, la reserva para imprevistos del programa de enfermedad-maternidad había descendido en 94%, desapareciendo prácticamente. El déficit persistente en este programa se neutralizó con préstamos de los programas de pensiones y lesión en el empleo hasta 1983, cuando se prohi-

bieron tales préstamos; sin embargo, fueron sustituidos inmediatamente por transferencias contables que son más difíciles de seguir. Estos préstamos y transferencias no se han amortizado y, si se ha pagado siquiera algún interés, este ha sido insignificante; en consecuencia, tales prácticas han contribuido a la descapitalización del programa de pensiones. El programa de pensiones ha generado por lo general un superávit, pero este ha descendido en proporción a su ingreso; en 1988, el programa de pensiones también hizo frente a la ruina financiera (ha sufrido un déficit actuarial por muchos años). En resumen, no quedan recursos del IPSS para subvencionar el programa de enfermedad y maternidad (Mesa-Lago, 1988c, 1989c).

En términos de ingreso, las causas del déficit del programa de enfermedad-maternidad y el desequilibrio general del IPSS son las siguientes: un aporte porcentual total que es elevado pero insuficiente para sufragar gastos (Argentina, Chile y el Uruguay tienen porcentajes más bajos de aportes que el Perú pero una cobertura de la población más elevada); una evasión tributaria muy alta y demoras en los pagos (de 35 al 40% de los aportes), agravadas por una inflación galopante (de 1722% en 1988 y 2948% en 1989), que ha aumentado el incentivo para las moras y reducido drásticamente la deuda de los empleadores al IPSS en términos reales; una enorme deuda estatal al IPSS (solo como empleador); y dividendos negativos de la inversión real de las reservas debido a préstamos no reembolsables otorgados al programa de enfermedad-maternidad y bajos rendimientos de la inversión en valores públicos, edificios de alquiler y depósitos bancarios en moneda nacional.

En términos de desembolsos, las causas del déficit son: costos administrativos sumamente elevados que aumentaron del 22 al 35% de los gastos totales en 1976-1988 debido a una burocracia excesiva, ajuste del índice salarial por inflación e incremento en la compensación a los empleados del Ministerio incorporados al IPSS por el proceso de integración; expansión de la población protegida con el programa de salud-maternidad desde 1986, debido principalmente a la incorporación de la familia a cargo del asegurado; permiso de enfermedad remunerado con restitución salarial del 100%, uno de los más altos en la Región, que fomenta la simulación de enfermedad; un incremento pronunciado del costo de los medicamentos, la mayoría de los cuales son importados o utilizan insumos fabricados en el extranjero; ineficiencia de los hospitales (la ocupación promedio de hospitales en 1986 fue del 73,6% pero fluctuó muy ampliamente entre los departamentos, el promedio de

permanencia fue demasiado elevado [11,3 días] y los médicos solo trabajaron 53% del programa diario); y un mayor incremento en las pensiones reales que se ajustaron al índice de inflación cada trimestre durante 1984-1988 (Mesa-Lago, 1988c).

En septiembre de 1988, el IPSS aprobó un plan de emergencia para hacer frente a la crisis que proponía las medidas siguientes: aumentar el porcentaje del aporte; asegurar el cobro de la deuda por los empleadores privados y vigilar y cobrar de forma adecuada la deuda del Estado; controlar mejor la evasión tributaria y mejorar el rendimiento de la inversión; congelar los puestos de trabajo para reducir paulatinamente el personal; limitar los pagos de horas extraordinarias, viajes y beneficios marginales del personal; eliminar o reducir los gastos para suministros como electricidad, teléfonos y otros servicios; y practicar austeridad en las inversiones.

El proyecto de reglamento de 1987 ya mencionado para ampliar la cobertura del IPSS a los trabajadores en el sector informal citó específicamente a los grupos siguientes: vendedores autónomos en los mercados públicos que tenían puestos de venta permanentes, vendedores ambulantes sin puestos permanentes, limpiabotas ambulantes y limpiadores de automóviles, pequeños fabricantes, artesanos, mineros, pescadores, trabajadores eventuales y temporeros asalariados que trabajaban para empleadores múltiples, trabajadores del hogar y trabajadores sin un empleador pero organizados en asociaciones o cooperativas. Las disposiciones otorgaron atención completa de salud para los asegurados y para los familiares a su cargo, más permiso remunerado por enfermedad o accidente; también reducían el aporte de los trabajadores autónomos al 4% y, si estaban asociados, cargaban un 2,5% a la Corporación de Desarrollo Regional Pública (CORDES) y solo 1,5% al trabajador. La reducción resultante en el ingreso debía compensarse con parte del aporte de 1% del estado (IPSS, 1987b).

El proyecto de reglamento de 1987 para incorporar a los campesinos, inclusive los que trabajan en la agricultura y los comerciantes y artesanos rurales, distinguió entre los trabajadores autónomos y los asociados y entre las operaciones pequeñas y de tamaño intermedio. Un pequeño agricultor autónomo se definió como una persona que trabajaba entre una y ocho hectáreas o que tenía de una a cinco cabezas de ganado; un pequeño artesano se definió como alguien que trabajaba para sí mismo o con su familia y no tenía empleados remunerados. Un agricultor autónomo, de tamaño medio, se definió

como una persona que trabajaba más de cuatro a ocho hectáreas de terreno o poseía más de seis cabezas de ganado; un artesano de tamaño intermedio se definió como una persona que contrataba a empleados remunerados. Entre los campesinos asociados se incluyeron a los organizados en cooperativas, comunidades y otros grupos. El trabajador y la familia a su cargo estarían habilitados para protección completa de atención de salud, pero no tendrían derecho a permiso remunerado. El programa se financiaría con un aporte del 4% sobre la compensación mínima del asegurado por el pequeño operador autoempleado y un aporte del 9% por el operador de tamaño intermedio autónomo; si estaba asociado, CORDES a su vez efectuaría una contribución y el Estado también contribuiría. Los pagos podrían efectuarse en efectivo, en especie o en trabajo, y se harían mensualmente o dos veces por año de acuerdo con el tipo de trabajo; el campesino autónomo sería responsable de efectuar el pago directamente, pero la asociación tendría que abonar el pago si los campesinos estaban agrupados entre sí. La selección de los lugares rurales a los que se proporcionaría cobertura se efectuaría de acuerdo con los criterios siguientes: tamaño de la población, acceso por carretera, alfabetización, porcentaje de la PEA empleada, tipo de propiedad (prefiriéndose la empresa o colectividad sobre la individual), tipo de producción (prefiriéndose la dedicada a mercados locales o nacionales frente al autoconsumo), incorporación en planes económicos y asociaciones sociopolíticas, disponibilidad de infraestructura de atención de salud (del IPSS y del Ministerio) y porcentaje de la población ya asegurada en el IPSS. Se dio un sistema de 0 a 4 puntos, dependiendo del hecho de si satisfacían o no los criterios; por ejemplo, se daría cero punto si el analfabetismo era del 100%, frente a 3 puntos si la alfabetización era del 60% (IPSS, 1987a). Así, pues, los criterios peruanos fueron opuestos a los empleados en México, debido a que las comunidades más pobres recibieron la clasificación más baja.

En mayo de 1988, el IPSS todavía consideraba factible la extensión de la cobertura mediante la construcción de 73 clínicas, una mejora sustancial en la productividad de los hospitales y del personal médico, más hincapié en la atención primaria de salud y la integración de los servicios del IPSS y el Ministerio de Salud. La crisis financiera que comenzó en septiembre de 1988 dejó dolorosamente claro que los planes de extensión eran demasiado optimistas: la expansión de las clínicas fue insuficiente para absorber incluso el incremento de la demanda

ocasionado por la inclusión de la cobertura de parte de la familia a cargo del asegurado; la integración con el Ministerio se hizo demasiado costosa para el IPSS, debido a que este último tuvo que aumentar los sueldos del personal transferido del Ministerio para igualarlos a los de su propio personal, por lo que se le puso fin; y la productividad del personal médico y de los hospitales no mejoró sustancialmente. Para fines de 1988, los dirigentes del IPSS informaron a una misión técnica financiada por la AID contratada para facilitar la expansión que esta no era viable debido a la crisis (Mesa-Lago y colaboradores, 1988c).

Aunque carecemos de datos integrales para evaluar los resultados del plan de emergencia de 1988, información dispersa indica que varias de sus medidas no se han puesto en práctica: en vez de disminuir, el número de empleados del IPSS aumentó en 8% en 1989; el gobierno prometió comenzar a pagar su deuda al IPSS en 1989, pero todavía no lo había hecho para la primavera de 1990; las reducciones drásticas de personal en el sistema computadorizado de inscripción y cobro hicieron imposible reducir la evasión tributaria y cobrar las deudas de los empleadores privados; y una tasa de inflación de 3000% en 1989 erosionó aún más la reserva del IPSS y agravó los rendimientos reales negativos de inversión ("La seguridad . . .," 1990).

La falta de control de su crisis por el IPSS suscita graves dudas acerca de la capacidad a largo plazo de esa institución para continuar proporcionando atención de salud adecuada a sus actuales usuarios, y mucho menos para ampliar tales servicios a fin de proporcionar cobertura a los pobres.

Viabilidad del sector público (Ministerio de Salud)

El Ministerio tradicionalmente ha tenido que servir a una población mucho más amplia que el IPSS, pero se le han asignado recursos mucho menores para hacerlo. El Cuadro 63 resume tres comparaciones, en diferentes momentos y, a veces, sin datos comparables, de la población protegida y de los recursos del IPSS, el Ministerio de Salud, las fuerzas armadas y el sector privado. En 1981, las fuerzas armadas y el sector privado tenían proporciones mucho más elevadas de médicos —el sector privado también tenía una proporción mayor de camas de hospital— que el IPSS y el Ministerio de Salud; el IPSS, a su vez, tenía proporcionalmente más médicos y camas de hospital en relación con su población que el Ministerio. En 1984, la propor-

ción de gastos en salud del IPSS y las fuerzas armadas, en relación con su porción respectiva de la población, era más de dos a uno, pero la proporción de gastos del Ministerio en relación con su porción de la población era de 0,5 a 1. En 1987, los desembolsos por persona del IPSS eran ocho veces más elevados que los del Ministerio, mientras que las razones de médicos y consultas eran aproximadamente dos veces más altas en el IPSS que en el Ministerio. Con recursos tan escasos, el Ministerio no parece capaz de ampliar el acceso real a los pobres; sin embargo, su modelo de atención de salud es menos costoso y más apropiado para las necesidades de los pobres que el del IPSS.

No podemos medir el efecto total de la crisis económica de la década de 1980 sobre la atención de salud proporcionada por el Ministerio y el IPSS, debido a que los datos comparables disponibles corresponden a 1981–1984 y, por tanto, no incluyen la agravación de la crisis en 1988–1989. Sin embargo, los datos existentes indican que, para 1984, la crisis había afectado al IPSS aún más que al Ministerio: los gastos totales en atención de salud descendieron en 21% en el IPSS, en comparación con un descenso de 16% en el Ministerio de Salud; en términos por persona, los descensos fueron de 33 y 17%, respectivamente. Información más reciente para el IPSS indica que los gastos totales descendieron en 75% en 1981–1988. Una comparación de la composición de los gastos entre ambas instituciones en 1981 y 1984 indica que la porción de los fondos y beneficios marginales aumentó en ambas (19% para el IPSS y 26% en el Ministerio) a expensas de reducir la porción de suministros tales como medicamentos (principalmente del Ministerio, con un descenso del 33%) y, en particular, en la porción de la inversión en plantas físicas (descenso de 64% del IPSS y de 30% del Ministerio). La inversión en la planta física quedó paralizada en ambas instituciones después de 1988 y la escasez de medicamentos y otros suministros alcanzó un nivel de crisis (Zschock, 1988; Mesa-Lago, 1988c; "La seguridad . . .," 1990).

El estudio financiado por la AID sobre la expansión de la cobertura de la población por el IPSS, realizado a fines de 1988, calculó cuánto costaría ampliar dicha cobertura a distintos grupos de la población con diferentes paquetes de atención de salud. La incorporación de los trabajadores del sector informal y la familia a su cargo en el IPSS con beneficios completos de atención de salud (como se dictamina en el proyecto de reglamento) costaría \$US309 millones anualmente, mientras que el costo estimado de incorporar a los campesinos y los familiares a su

Cuadro 63. Comparación de los recursos/instalaciones de atención de salud por proveedor, Perú, 1981-1987.

Proveedores	Distribución porcentual (1981)			Distribución porcentual (1984)		Relaciones (1987)		
	Población con cobertura	Camas de hospital	Médicos	Población con cobertura	Gastos	Gastos por persona (intis)	Médicos por 10 000	Consultas por persona
IPSS	17	16	21	18	41	1616	7,55	1,12
Ministerio de Salud ^a	62	57	35	58 ^b	34	200	4,33	0,47
Fuerzas Armadas ^a	7	7	14	3	7	n.d.	n.d.	n.d.
Privado	14	20	30	21 ^b	18	n.d.	n.d.	n.d.
Total	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.

Fuentes: Zschock, 1988; Mesa-Lago, 1988c, 1989a.

^aEn 1981 se ha agrupado a otras instituciones públicas con el Ministerio de Salud, mientras que en 1984 se las ha agrupado con las fuerzas armadas.

^bLa distribución original asignó el 26% al Ministerio de Salud (población que tiene acceso efectivamente) y transfirió al sector privado (originalmente el 53%) a toda la población del Ministerio de Salud sin acceso (32%).

cargo fue de \$US437 millones anuales. La incorporación de los dos grupos costaría \$US746 millones anuales o dos veces el costo de la población ya protegida en 1988. Si solo se hubiese proporcionado a ambos grupos atención primaria de salud de primer nivel del IPSS, el costo habría descendido a \$US326 millones anuales, análogo al costo de la población ya protegida.

Los trabajadores en el sector informal y los campesinos tienen ingresos considerablemente más bajos que el grupo actualmente protegido por el IPSS, y la mayoría de ellos son trabajadores autónomos o miembros de la familia no remunerados. El programa de salud-maternidad del IPSS sufrió déficit constantes en la década de 1980, incluso con un grupo asegurado que tenía ingresos relativamente elevados y con beneficios de aportes sustanciales de los empleadores. El Estado no pudo cumplir sus obligaciones como empleador ante el IPSS, y mucho menos subvencionar una expansión masiva de la población protegida. Por tanto, se juzgó que el modelo del IPSS de cobertura completa de atención de salud no era apropiado para proporcionar cobertura a los pobres; la provisión de atención primaria de salud solamente, también a través del IPSS, habría reducido los costos en la mitad, pero aun esto no habría sido viable. Sin embargo, si solo se proporcionase consulta médica, tomando como base el modelo mucho menos costoso de los puestos de salud del Ministerio, el costo habría descendido a menos de \$US3 millones anuales. Aunque este servicio es bastante limitado, aún representaría una mejora para los pobres que carecen de todo tipo de atención de salud, en particular en las zonas rurales. Además, sería financieramente viable. La conclusión del estudio fue la de que el modelo del Ministerio de Salud, incluso con todas sus fallas, sería más apropiado para proporcionar cobertura a los pobres que el actual modelo del IPSS (Mesa-Lago, 1988c).

ALTERNATIVAS PRIVADAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS POBRES

En la segunda mitad de la década de 1980 hubo varias posturas antagonistas en el Perú en relación con el papel del Estado en la economía, pero coincidieron en cuestionar la viabilidad del actual modelo de seguridad social y atención de salud para alcanzar la meta de la universalización. Los pobres en los sectores informal y rural no pueden financiar su cobertura con ese modelo, ni tampoco puede el Estado o el sector formal subvencionar dicha cobertura.

Para el Instituto de Libertad y Democracia, orientado al mercado, la solución consiste en desregular la economía, modernizar el aparato estatal, descentralizar la administración y eliminar las barreras que se interponen a la operación del sector informal. De acuerdo con este modelo, estos cambios promoverían el progreso económico del sector informal que, al gozar de un mayor ingreso, podría contribuir al seguro social o, aún mejor, a adquirir su propia atención de salud del sector privado. Este último, a su vez, competiría con el IPSS, que perdería su monopolio y se vería obligado a mejorar su eficiencia. En pocas palabras, el Instituto mantiene que no hay necesidad de proteger a los pobres en los sectores informal y rural ya que el mercado, si se le permite funcionar libremente, resolvería el problema por sí mismo (De Soto, 1986). Esta postura no especifica cuánto tiempo requeriría el mercado para promover el desarrollo y resolver el problema ni qué debería hacerse entre tanto para proporcionar atención de salud a los pobres.

A la inversa, un enfoque orientado al Estado propone transformar el sector informal rural

mediante un plan gubernamental de largo plazo que crearía dos millones de nuevos puestos de trabajo productivos impulsados por un fondo estatal para crédito e inversión; parte de la reserva del IPSS se utilizaría para tal fin. Los planificadores estiman que en seis años, el sector informal aportaría \$US83 millones al seguro social, y que en 25 años habría pagado los fondos invertidos para crear los puestos de trabajo. Hasta que se creen los puestos de trabajo, este modelo recomienda cambiar el financiamiento del seguro social fijando los aportes de los asegurados y los empleadores de acuerdo con la productividad de la empresa. De esta forma, las empresas grandes y muy productivas que tienen menos trabajadores y que aportan poco al seguro social pagarían más, mientras que las empresas pequeñas, de alta densidad de mano de obra con baja productividad, aportarían menos (Vereda, 1988). Esta postura no explica cómo se mediría eficazmente la productividad de la empresa ni resuelve el efecto negativo que podría tener este tipo de financiamiento sobre la productividad.

En 1988, el Presidente García, tratando de encontrar un término medio, indicó que la solución al problema consistía en aplicar el Artículo 14 de la Constitución para permitir a otras instituciones competir con el IPSS y a la población seleccionar libremente entre los distintos proveedores del seguro social y atención de salud; la competencia, a su vez, obligaría al IPSS a mejorar la eficiencia. Tanto los organismos públicos como las empresas privadas, así como los sindicatos y las cooperativas, podrían entrar en el mercado bajo supervisión del Estado; esos posibles proveedores han de ofrecer beneficios adicionales o de mejor calidad que los ya existentes; la afiliación en estas nuevas entidades sería totalmente voluntaria. Finalmente, 10% de los aportes cobrados por las nuevas entidades se transferirían al IPSS, a fin de ayudarle a ampliar la cobertura a las comunidades campesinas, los trabajadores del sector informal, los desempleados y otros grupos incapaces de financiar su propia protección (García, 1988).

La interpretación presidencial del Artículo 14 de la Constitución ha sido criticada, utilizando el argumento de que el artículo establece la obligación y exclusividad de la institución única (IPSS) a cargo del seguro social y, por tanto, no es legalmente posible para los asegurados retirar su afiliación con el IPSS y cambiar a otra agencia de seguro. De acuerdo con esta interpretación, el Artículo solo permite a las entidades públicas o privadas ofrecer beneficios complementarios a los ya proporcionados por el IPSS (Montes, 1988). Esta interpretación es co-

rrecta en lo que respecta a los asegurados obligatoriamente por el IPSS pero no para quienes pueden afiliarse al IPSS voluntariamente, tales como los trabajadores del sector informal y los campesinos que legalmente tienen libertad para seleccionar entre el IPSS y otros proveedores.

En la campaña política para la elección presidencial de 1990, el IPSS se convirtió en centro de acalorados debates entre los distintos partidos políticos, aunque estuvieron de acuerdo en que la institución era incapaz de resolver los problemas de seguridad social del país. Parece haber consenso creciente entre los distintos grupos en que el Estado, mediante formas diferentes, debería ayudar al sector informal a convertirse en "motor del crecimiento" y reducir la pobreza. La expansión de la cobertura por el IPSS a los trabajadores del sector informal y los campesinos, cuestión importante en la campaña electoral de 1985, recibió poca o ninguna atención en 1990. A la inversa, la privatización de la seguridad social pasó a ser el tema principal del debate: la coalición de centro-derecha, FRE-DEMO, siguió las ideas del Instituto de Libertad y Democracia y apoyó la creación de un sistema paralelo de seguro privado para eliminar el monopolio del IPSS y propiciar la competencia, especialmente en la provisión de los servicios de salud; los partidos de centro-izquierda y de la izquierda ratificaron el papel complementario del sector privado o lo rechazaron totalmente y pidieron una transformación radical del IPSS. Villa El Salvador se citó como ejemplo de la forma en que el Estado, incluso con un papel reducido, podría aún ayudar al sector informal a convertirse en "motor del crecimiento" ("La seguridad . . .", 1990; Annis y Frank, 1989). Debido a su importancia, el enfoque de Villa El Salvador para la atención de salud se evalúa en una sección posterior.

Examen general de las alternativas: ayuda propia, solidaridad y las ONG

La gran mayoría de los pobres que carecen de acceso a los servicios del Ministerio de Salud no tienen suficientes ahorros o ingresos para pagar la atención privada de salud. Pudieran recurrir a pequeños préstamos de familiares o amigos para dicha finalidad; como la mayoría de ellos viven en el altiplano andino o provienen de dicha zona, mantienen una tradición de familia prolongada y crédito intrafamiliar. También se ha declarado que algunos de ellos pueden obtener atención "informal" en los servicios del IPSS a través de sus contactos con personal mé-

dico. Sin embargo, para la población pobre del altiplano andino, a menudo la única alternativa disponible es la medicina tradicional o los curanderos. Los pobres de las zonas urbanas tienen muchas más opciones.

En el Perú existe un sistema de protección informal (que también se encuentra en Jamaica) que, según se informa, tiene raíces indígenas; este mecanismo, llamado junta, bolsa o pandero, puede ser ocasional o tener algún grado de permanencia. Por ejemplo, los trabajadores informales de tiendas y reparaciones se han organizado en grupos que recaudan fondos mediante aportes mensuales de los miembros; la suma se entrega a quienes sufren un accidente o enferman o mueren. Otra variante entraña el establecimiento de un fondo rotatorio adjudicado mensualmente por turno y mediante lotería a los miembros, excepto cuando uno de ellos hace frente a gastos excepcionales (de ordinario para atención de salud), en cuyo caso tiene prioridad. En algunos barrios tales como los de San Martín de Porres y San Juan de Miraflores hay disposiciones escritas relacionadas con el fondo y, en 1987, se celebró una reunión para promoverlo. Los vendedores ambulantes hacen de ordinario una colecta en la zona en la que trabajan para ayudar a uno de ellos que esté gravemente enfermo o incapacitado o para pagar un funeral. Los dirigentes de dos asociaciones de vendedores ambulantes expresaron su deseo de establecer un fondo de solidaridad debidamente regulado para institucionalizar las juntas y cobros, pero dijeron que necesitaban apoyo exterior para crédito y capacitación. Estos dirigentes estaban interesados en celebrar un seminario sobre el tema al que invitarían a representantes de las ONG y las compañías de seguro (Grompone, 1987; Mesa-Lago, 1990a).

Hay muy pocas organizaciones de ayuda mutua que proporcionan atención de salud. En el Hospital Francés existe un "Club de salud" que proporciona atención de salud a los miembros que pagan una cuota mensual modesta establecida de acuerdo con el tamaño de la familia. Una cuestión intrigante es la de por qué no existen cooperativas u organizaciones de ayuda mutua que proporcionen atención de salud en el Perú, como las que existen en el Uruguay, a pesar de una fuerte demanda para los servicios de atención de salud de bajo costo y una abundante oferta de médicos, muchos de los cuales están desempleados o son insuficientemente remunerados. Algunas respuestas a esta pregunta fueron las siguientes: desconfianza en la calidad del servicio, especialmente si la cuota es baja, miedo ocasionado en parte por casos previos de fraude (por ejemplo, los administradores de la

Metropolitana Mutua huyeron llevándose los fondos); falta de crédito y de conocimiento de la administración, contabilidad y otras aptitudes necesarias para establecer cooperativas; y barreras culturales, tales como la etnicidad, la clase y la condición social entre los médicos y los usuarios. Varias personas entrevistadas sugirieron que el gobierno o las ONG proporcionasen crédito y capacitación a los médicos para permitirles iniciar las cooperativas. En 1988 se notificó que el Ministerio de Salud estaba proyectando construir puestos de consulta operados por médicos jóvenes y que el Ministerio de Vivienda estaba negociando con la Asociación Médica a fin de establecer un programa de crédito para financiarlos (Mesa-Lago, 1990a).

Muy pocas de las 200 ONG del país dedicadas al desarrollo, o los grupos de solidaridad y ayuda mutua, tienen como objetivo la atención de salud. A continuación se presentan en forma resumida algunos ejemplos interesantes.

El Instituto de Desarrollo del Sector Informal es una organización privada establecida en Lima en 1986 para promover el crédito, la capacitación técnica y gerencial, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, el asesoramiento jurídico, la comercialización y la atención de salud y seguridad social para los trabajadores del sector informal. Desde 1987, este Instituto ha operado un proyecto piloto con fondos del UNICEF a fin de capacitar a ayudantes de asistencia social en materia de educación en salud y atención primaria de salud. Respondiendo a un gran número de peticiones formuladas por sus 50 000 beneficiarios, en 1987 el Instituto llevó a cabo una licitación entre empresas de seguro del sector privado y una compañía de seguros del sector público, para un paquete de seguro familiar popular destinado al sector informal. El contrato, adjudicado a la empresa pública, ofrece protección a los trabajadores y familiares a su cargo en caso de muerte, incapacitación, accidente y embarazo, pero no para enfermedad. La prima es de 2,38% del ingreso mensual mínimo, equivalente a \$US2 por mes, y paga de uno a diez ingresos mensuales mínimos de acuerdo con el tipo de riesgo; el beneficio se aumenta tomando como base el ajuste en el ingreso mensual mínimo y el asegurado tiene derecho a utilizar el pago en distintas formas. Por ejemplo, una beneficiaria embarazada puede ir a una instalación del Ministerio de Salud, a una clínica privada o a una partera. Solo se necesita aprobación del gobierno para iniciar este programa que se espera proporcione cobertura a 2000 trabajadores del sector informal (Pinilla, 1987).

En 1988, el Centro de Economía Aplicada proyectó solicitar a las compañías de seguro la pre-

sentación de pólizas de grupos similares a la citada arriba. El Centro seleccionaría las dos pólizas mejores y las transmitiría a las federaciones más importantes de trabajadores informales, que seleccionarían democráticamente una para cobertura del grupo. El Centro también consideró, como solución a la falta de cobertura de enfermedad, un programa que combinase una clínica privada, una compañía de seguro, y una asociación o unión de trabajadores para proporcionar atención de salud a cambio de una cuota mensual razonable. Finalmente, se presentó la idea de que las cooperativas de crédito existentes pudieran administrar farmacias populares que venderían medicamentos al costo más un pequeño aumento para garantizar la estabilidad y crecimiento del programa (Mesa-Lago, 1990a).

El Instituto de Libertad y Democracia formuló un proyecto —que con el tiempo se convirtió en ley— de hipoteca posesoria que permite a los precaristas que poseen una vivienda, pero que no tienen propiedad legal del terreno en la que está construida, recibir préstamos hipotecarios utilizando la vivienda como garantía. Tomando como base este programa de crédito, las compañías de seguro pueden ofrecer pólizas que incluyen seguro de vida (para pagar la hipoteca en caso de muerte del asegurado) y seguro de enfermedad-accidente. Estas pólizas proporcionan un mínimo básico y ofrecen beneficios adicionales de acuerdo con el ingreso del asegurado y el valor de la garantía. Se espera que de 60 000 a 180 000 familias se beneficien de este programa (Annis y Frank, 1989; Mesa-Lago, 1990a).

En 1981 el Programa de Apoyo al Sector Informal organizó el proyecto *Alternativa* en San Martín de Porres, que tiene una población de 500 000 habitantes, 40% de los cuales son trabajadores del sector informal, la mayoría de ellos vendedores ambulantes. *Alternativa* ofrece programas de empleo, capacitación, asesoramiento legal, ayuda a los jóvenes y atención de salud. En 1985, una federación de vendedores ambulantes, el municipio de San Martín y *Alternativa* establecieron la Casa de Salud del Ambulante, que proporciona servicios de prevención de la enfermedad, educación en salud, consulta ambulatoria, pruebas de laboratorio, capacitación de promotores de salud, medicinas básicas al costo, control de la tuberculosis y la fiebre tifoidea, tratamiento de algunas enfermedades (diarreicas, venéreas y respiratorias), atención maternoinfantil y planificación de la familia. El personal médico, tres médicos y una partera, son remunerados con donaciones de la Iglesia Católica, y los médicos, mediante contactos per-

sonales, conciertan la transferencia requerida de pacientes a los centros y hospitales del Ministerio de Salud.

Los usuarios declaran que no existen colas para consultas en la casa de salud y que sus servicios son de calidad superior a la de los proporcionados por el puesto del Ministerio. Y sin embargo, inicialmente el número de usuarios fue reducido (un total de 100 consultas mensuales con un promedio diario de 1 por médico/partera), debido a que la población no sabía que el personal estaba constituido de médicos y no valoraba los servicios porque eran gratuitos. En 1988, los médicos comenzaron a visitar los mercados de vendedores ambulantes para charlar con ellos y comenzaron a cargar un pago nominal simbólico por sus servicios: el pago mensual para el trabajador y las personas a su cargo osciló entre 4 y 7% del cargado por los médicos privados por una consulta. *Alternativa* estaba proyectando una reunión sobre seguridad social del vendedor ambulante con la participación de sus diversas federaciones así como de las ONG (Grompone, 1988; Mesa-Lago, 1990a).

El ejemplo de Villa El Salvador

El Perú tiene una de las tasas de urbanización más rápida de América Latina y el Caribe y, en las dos últimas décadas, se han establecido cientos de pueblos jóvenes, la mayoría constituidos por emigrantes rurales, y estos han crecido con rapidez. De ordinario, estos poblados marginales son focos de pobreza, aunque muchos de ellos han logrado mejorar paulatinamente su nivel de vida. Villa El Salvador es un caso extraordinario de un pueblo joven que ha tenido éxito, no solo para el Perú sino también para muchos países de la Región. Ha obtenido un galardón de las Naciones Unidas y el prestigioso premio Príncipe de Asturias de España, fue seleccionada por el Papa Juan Pablo II para una visita muy divulgada y recibió ayuda internacional importante. En el campo de la atención de salud, también es un modelo que merece análisis y reproducción.

Historial

Villa El Salvador comenzó en 1971 cuando 500 familias procedentes de una ciudad destruida por un terremoto en el altiplano andino ocupó una parcela de tierra en el sur de Lima, cerca del asentamiento actual. El gobierno militar en esa fecha, dirigido por Juan Velasco Alvarado,

transfirió a los colonos a un sector de terreno de 8000 hectáreas de desierto frente a la playa que había sido utilizado para maniobras militares. El gobierno diseñó la nueva comunidad tomando como base el autogobierno, la democracia y la participación de la comunidad en distintos niveles: de la familia a la manzana, el barrio, el sector y el distrito. El terreno se dividió en cuatro zonas: una zona urbana para residencias y comercio; una zona agrícola de 1000 hectáreas para cultivo de frutas, algodón, legumbres, tubérculos y pastizales para el ganado; una zona industrial que inicialmente se proyectó que alojara industrias externas grandes pero que ha sido rediseñada para reubicar 1000 pequeñas fábricas que operan en la comunidad; y una zona recreativa a lo largo de la playa.

La población de Villa El Salvador se organizó con rapidez como Comunidad Urbana de Autogobierno (CUAVES) que fundamentalmente gobierna la ciudad. La unidad básica de CUAVES es la familia, 24 familias constituyen una manzana, 16 manzanas constituyen un grupo residencial y 4 ó 5 grupos residenciales, un barrio, 22 grupos residenciales componen un sector y 4 sectores integran un distrito. Además, hay unidades operativas en diferentes áreas funcionales, una de las cuales es la salud. Los representantes de cada uno de estos niveles seleccionan a sus autoridades, entre ellas un consejo comunal ejecutivo en la cúspide de CUAVES. Los residentes, apoyados por una fuerte organización sociopolítica central, celebraron reuniones, organizaron marchas al palacio presidencial y exigieron con éxito al gobierno que ayudase a construir escuelas (200 en tres niveles), carreteras e instalaciones de atención de salud, así como la contratación de maestros y personal. La comunidad participó activamente en la construcción de muchas de estas instalaciones.

El PNUD, el UNICEF, la Fundación Interamericana y muchas otras entidades nacionales y caritativas, así como gobiernos extranjeros y organizaciones nacionales privadas han proporcionado ayuda a Villa El Salvador. En 1983, se le otorgó condición municipal y la localidad eligió a su alcalde, que se ha convertido en una figura política nacionalmente conocida. En 1984, Villa El Salvador elaboró un plan de salud unificado que integra todas las actividades de atención de salud de la localidad. Finalmente, en 1988, el municipio formuló un Proyecto Popular de Desarrollo Integral que combina las políticas demográficas, de diseño urbano, industrial, agrícola, comercial, educativa, de salud y de nutrición (Equipo Técnico . . . , 1988; Robinson, 1988; Annis y Frank, 1989).

La población de Villa El Salvador

Las 2000 personas que fundaron la localidad en 1971 han aumentado a 250 000 habitantes en 1988 y 300 000 ó 350 000 en 1990. Las razones para el crecimiento en la década de 1980 han sido la prolongada crisis económica, la fuerte emigración de los departamentos pobres (donde operan activamente los guerrilleros) tales como Ayacucho y el atractivo del éxito de Villa El Salvador. En 1988, el Proyecto Popular para Desarrollo Integral proyectó una población de 400 000 para 1996, pero una proyección más pragmática es ahora de 500 000 a 600 000.

Aunque la población actual no es tan pobre como hace 20 años, una cuarta parte de sus habitantes está aún próximos a la indigencia y un porcentaje adicional desconocido son pobres. De acuerdo con una encuesta realizada por CUAVES en 1984 y un análisis municipal en 1988, 21% de las familias perciben menos de \$US360 por año —una cuarta parte del ingreso nacional promedio por persona en 1988—, el desempleo manifiesto y el subempleo combinado llegan al 60% de la PEA, 16% de la vivienda es sumamente pobre y 63% del ingreso familiar se emplea en alimentos. Aproximadamente 71% de la población tiene menos de 25 años de edad, 13% de la población infantil sufre desnutrición, entre 30 y 40% de los niños no han sido vacunados contra las principales enfermedades de la infancia, la mayor parte del agua de riego está contaminada, casi 26% de las defunciones son ocasionadas por tuberculosis y pulmonía, y las enfermedades más típicas son las enfermedades respiratorias agudas y la gastroenteritis. La fuerza laboral trabaja en Villa El Salvador o en la zona metropolitana de Lima, pero muy pocos trabajadores tienen trabajo permanente en fábricas o sueldos fijos; la mayoría de ellos trabajan en el sector informal, muchos como vendedores ambulantes o trabajadores autónomos. Hay unas 500 microempresas en la localidad que producen muebles, ropa, calzado, cerámica o alimentos o que participan en la reparación y el trabajo mecánico (Equipo Técnico . . . , 1988; Grompone y Tuesta, 1988; Weber, 1989).

Instalaciones y servicios de salud

El IPSS no tiene instalaciones de atención de salud en Villa El Salvador, indicación de que muy pocos de los habitantes de la Villa están asegurados. El Ministerio de Salud tiene cuatro centros de salud de nivel primario y un puesto de salud, con una dotación total de 19 médicos y 10 enfermeras, más un número desconocido de promotores de salud de la comunidad; las auto-

ridades locales del Ministerio han solicitado 10 médicos más y 8 enfermeras, debido a que se considera que el personal actual es muy insuficiente. Los servicios del Ministerio son predominantemente curativos e incluyen consultas ambulatorias, servicio de emergencia y primeros auxilios, cirugía menor, pruebas de laboratorio, atención especial para las mujeres embarazadas y los niños, tales como vacunación, vigilancia del crecimiento, nutrición y tratamiento de la diarrea, control y tratamiento de la tuberculosis y planificación de la familia. Los pacientes que no pueden ser atendidos por los centros de salud son transferidos a los hospitales del Ministerio. Los centros de salud no proporcionan servicios de maternidad (uno de los centros tiene una sala de parto pero carece del equipo requerido), por lo que la mayoría de las mujeres dan a luz en el hogar con ayuda de parteras, y las que necesitan ser hospitalizadas han de ir a otra localidad. Los centros de salud cargan pagos a los usuarios pero estos son muy bajos (Galindo, 1988).

El municipio de Villa El Salvador no proporciona atención curativa pero opera tres puestos de salud que ofrecen principalmente servicios de prevención; además, el municipio ejerce control sanitario de los establecimientos comerciales que manipulan alimentos (para controlar la fiebre tifoidea, la hepatitis y los parásitos) y proporciona leche a los niños (este programa se ha transferido a los clubes de mujeres); en 1988 se estaba proyectando un asilo para tuberculosos. Por lo menos dos médicos trabajan para el municipio (Injarte y Sattin, 1988).

Quizás los servicios de salud más importantes en la localidad sean los organizados por CUAVES a través de 35 módulos de atención de salud a nivel primario que fueron financiados originalmente por el UNICEF y se construyeron en 1983-1984. Los módulos subrayan la atención primaria de salud y se concentran en la población maternoinfantil; proporcionan servicio de seguimiento: inmunización contra la tuberculosis, la poliomielitis, el sarampión y la difteria, principalmente a los niños y las mujeres embarazadas; control de la desnutrición, la diarrea y las enfermedades respiratorias en los niños; y atención curativa, principalmente para los niños. Además, CUAVES tiene parteras que controlan a las mujeres embarazadas y les proporcionan atención durante el parto. Distintas ONG proporcionan personal médico en las 35 unidades. Los pacientes que requieren tratamiento más complejo son remitidos a los centros de salud del Ministerio o a un hospital cercano.

Varias ONG proporcionan servicios de salud

en Villa El Salvador. Uno de los más importantes es el Instituto de Salud "Hugo Pesce", fundado en 1982 como asociación privada sin fines de lucro cuya meta consiste en mejorar la salud de los habitantes de los barrios marginales en las "ciudades jóvenes" de Lima. Esta institución recibió ayuda financiera del UNICEF y de OXFAM (Gran Bretaña) para lanzar proyectos eficaces de salud administrados por la comunidad. En 1985, un grupo de cuatro médicos que se graduaron de la facultad de medicina de la Universidad Cayetano Heredia se unieron al instituto y posteriormente recibieron apoyo de la Fundación Interamericana para la realización de las tareas siguientes en Villa El Salvador: integrar cuatro grupos técnicos, un médico y una enfermera en cada uno; capacitar a 40 residentes seleccionados por la comunidad como promotores de salud para proporcionar atención básica; y participar en las campañas de salud pública de la comunidad. El Instituto carga un pago muy bajo al usuario, pago que se devuelve a la comunidad; la mitad de su personal ha establecido residencia en la localidad, ha forjado vínculos estrechos con la población y con CUAVES, y ha participado activamente en la elaboración y ejecución del plan de salud unificado. A fines de 1988, el grupo del Instituto en la localidad estaba integrado por cuatro médicos, dos enfermeras, una partera, un experto en nutrición y un educador en salud. En esa fecha estaban suficientemente establecidos en la comunidad para formar su propia organización independiente, el Instituto para Apoyo de la Salud Popular. Una de sus primeras actividades fue organizar un taller en Lima para estudiar alternativas económicas a fin de contrarrestar los costos cada vez más elevados de los medicamentos. Con apoyo de la Fundación Interamericana, el Instituto para Apoyo de la Salud Popular está organizando ahora un sistema de farmacia popular en Villa El Salvador (Beirano y colaboradores, 1988; Weber, 1990).

Otras ONG que operan en la comunidad son el Instituto de Ciencias para la Promoción de la Salud, organizado por médicos peruanos jóvenes e integrado por seis médicos y seis enfermeras o personal paramédico; el Instituto de Cooperación Iberoamericana, operación conjunta entre el gobierno de España y el PNUD que cuenta con cuatro médicos; el Movimiento Lego Latinoamericano, un grupo secular que consiste en dos médicos y dos enfermeras; Save the Children, una organización británica, con cuatro médicos, y la Comunidad Cristiana que opera varios puestos de consulta con un número desconocido de profesionales. Además, hay otras ONG peruanas menores (CUAVES,

1986; Equipo Técnico . . . , 1988; Beirano y colaboradores, 1988).

En 1985, CUAVES, en cooperación con otras organizaciones, elaboró el plan unificado de salud para consolidar todos los servicios de salud de la localidad —Ministerio de Salud, CUAVES, Municipio y ONG— con un enfoque de atención primaria de salud que aspiraba a evitar la duplicación, aumentar al máximo las instalaciones existentes, evaluar actividades previas de salud, determinar las necesidades de salud de la población, diseñar un programa destinado a las familias sometidas a altos riesgos de salud, reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil y mejorar los niveles de salud de la población. La localidad está dividida en 15 unidades de operación de salud, cada una de las cuales abarca a varios grupos residenciales con 15 000 a 20 000 habitantes. Sirven a cada unidad unos dos módulos de atención de salud y un grupo técnico integrado por un médico, una enfermera y varios promotores de salud capacitados por el Ministerio y por las ONG. La comunidad está representada activamente en cada unidad de operación y, en la cúspide, en el Consejo de Salud; a cada una de las unidades se asigna personal médico de las ONG. Se espera de estos últimos que preparen un diagnóstico de las necesidades de salud y de los problemas de población de la unidad y que diseñen una estrategia para hacerles frente. Además, hay comisiones especiales, integradas por representantes de todos los proveedores y organizaciones populares, que hacen frente a cuestiones específicas tales como las de farmacia, nutrición, control de la tuberculosis, salud materno-infantil, saneamiento ambiental y preparación de recursos humanos. Estas comisiones elaboran propuestas concretas para resolver problemas específicos y las presentan a un Consejo de Salud (CUAVES, 1986; Equipo Técnico . . . , 1988).

A mediados de la década de 1980, el plan unificado de salud realizó un censo para clasificar a todas las familias en grupos de riesgo bajo, intermedio y alto para la salud tomando como base cuatro factores: vivienda, gastos en alimentos, educación de los padres y número de hijos menores de seis años de edad. Mediante un sistema de puntos de cero (mejor) a tres (peor), se midió el grado de riesgo en relación con cada uno de los cuatro factores. Por ejemplo, una familia que viviese en una casa de un barrio marginal sin agua, con un presupuesto para alimentación muy bajo, con padres analfabetos y con tres o más niños, recibió una puntuación de 12 puntos y se clasificó como de alto riesgo. El censo también recopiló información sobre edad, peso y registros de vacunación de

los niños; las mujeres embarazadas; y las personas con tuberculosis.

Tomando como base los datos recopilados, el plan unificado de salud formuló varios programas de salud. El programa de salud del niño está orientado a unos 40 000 niños menores de cinco años de edad, en quienes se concentra el programa para vacunación (el Ministerio suministra todas las vacunas) y vigilancia del peso; puesto que existe un sistema unificado de tarjetas de control de la inmunización, los niños que no son llevados a las instalaciones de atención de salud para vacunas son inmunizados en el hogar, y los niños desnutridos son enviados a un centro de nutrición de la comunidad para tratamiento y administración posterior de suplementos nutricionales. Además, el programa de distribución de leche, que ahora administran los clubes de mujeres, proporciona leche en polvo y enseña a las madres a hervir el agua para evitar la diarrea. El programa de salud materna está destinado a unas 2000 mujeres embarazadas que también son inmunizadas; las que están sometidas a alto riesgo obstétrico son enviadas a las instalaciones del Ministerio. El programa de control de la tuberculosis controla a unas 3500 personas de las que se sospecha tienen tuberculosis, mediante pruebas de laboratorio, y remite a las que arrojan resultados positivos de la enfermedad a las instalaciones del Ministerio; una asociación de pacientes de tuberculosis ha exigido con éxito puestos de trabajo. Un programa de control de la diarrea movilizó a cientos de estudiantes en una campaña de rehidratación oral. Por último, existe un programa antiparasítico (CUAVES, 1986; Beirano y colaboradores, 1988).

Evaluación de los programas de salud

La experiencia de Villa El Salvador demuestra que relativamente pocos recursos de salud suministrados por proveedores múltiples pueden integrarse con éxito para optimizar su uso y concentrarse en las necesidades más urgentes de la población. El sector de salud pública en la comunidad está representado principalmente por el Ministerio de Salud y, en un grado mucho menor, por el municipio; el IPSS no tiene instalaciones. El Ministerio desempeña un papel menor en la atención primaria de salud (8% de los puestos de salud son municipales y solo 2% pertenecen al Ministerio), pero tiene un papel fundamental en la atención curativa (75% de las instalaciones le pertenecen). El municipio destaca la atención primaria de salud, pero cuenta con pocos recursos. No hay instalaciones secundarias o terciarias en Villa El Salvador y el hospi-

tal del Ministerio más próximo está situado en la localidad vecina de San Juan de Miraflores. A la inversa, el sector no público destaca la atención primaria de salud y opera 90% de los puestos de salud o módulos.

Un poco más de la mitad del personal médico de la comunidad es facilitado por las ONG y destacan la atención primaria de salud. El personal restante pertenece al sector público —la mayoría en el Ministerio— y hace más hincapié en la atención curativa, excepto el escaso personal municipal que se concentra en la prevención y saneamiento.

Los recursos humanos de salud de la localidad no se comparan favorablemente con los promedios nacionales y departamentales. Por ejemplo, Villa El Salvador tiene una relación de 1,3 a 1,5 médicos por 10 000 habitantes, en comparación con una relación del IPSS de 7,6 y una relación del Ministerio de 4,3 (véase el Cuadro 64). Y aun así, esos recursos escasos parecen estar concentrados en la atención primaria de salud, al servicio de las necesidades de la población y dirigidos a los grupos con el riesgo más elevado, tales como los niños y las mujeres embarazadas. Además, un buen número de residentes de la comunidad ha recibido capacitación para prestar servicios como promotores de salud, llenando algunos vacíos en el personal profesional. Prácticamente todos los servicios son gratuitos o se carga al usuario un pago muy pequeño que se devuelve a la comunidad. Finalmente, la comunidad parece ser un participante

activo en los programas de salud, identificando necesidades, proponiendo soluciones y administrando instalaciones clave.

De acuerdo con los informes locales, entre 60 y 70% de todos los niños de la comunidad menores de cinco años de edad han sido inmunizados, y existe un esfuerzo continuo por reactivar las vacunas e identificar e inmunizar a la población restante. Se informa que la diarrea aguda se redujo mediante el suministro de leche en polvo, el uso creciente de agua hervida para preparar la fórmula y la campaña de rehidratación oral. Se han hecho esfuerzos notables por supervisar y atender a las mujeres embarazadas, por identificar y corregir la desnutrición en los niños y por controlar y tratar la tuberculosis.

Desafortunadamente, no tenemos datos para medir el efecto de todos estos programas sobre el estado de atención de salud de la población de Villa El Salvador, en particular en la década de 1980. Carecemos incluso de datos estadísticos exactos sobre el personal médico y los promotores de salud; los datos en el Cuadro 64 se han recopilado a partir de informes verbales y estimaciones. Por consiguiente, es vital generar estos datos a fin de evaluar los efectos de este enfoque.

Los programas de salud de la localidad no están libres de problemas; la mayoría de ellos guardan relación con diferentes filosofías de salud de los proveedores, la escasez y calidad del personal, conflictos entre las organizaciones y

Cuadro 64. Instalaciones y personal de atención de salud en Villa El Salvador, por proveedores, Perú, alrededor de 1988.

Proveedores	Instalaciones al nivel primario, que cuentan predominantemente con:				
	Atención primaria de salud	Medicina curativa	Personal médico		
			Médicos	Enfermeras	Otros
Públicos	4	4	21	10	n.d.
Ministerio de Salud	1	4	19	10	n.d.
Municipio	3	0	2 ^a	n.d.	n.d.
IPSS	0	0	0	0	0
No público	36	1	23	11	7
CUAVES	35	0	0 ^b	0 ^b	0 ^b
ONG	0	0	23	11	7
Instituto de Ciencias y Desarrollo Sanitario	0	0	6	4	2
Instituto de Salud "Hugo Pesce"/ Instituto de Apoyo de la Salud Popular	0	0	4	2	3
Instituto de Cooperación Iberoamericana	0	0	4	2	2
Movimiento Laico Latinoamericano	0	0	2	1	n.d.
Save the Children	0	0	4 ^a	2 ^a	n.d.
Otros	1	1	3 ^a	n.d.	n.d.
Total	40	5	44	21	n.d.

Fuentes: CUAVES, 1986; Equipo Técnico . . . 1988; Beirano y colaboradores, 1988.

^aEstimación.

^bLos 35 módulos de salud de CUAVES cuentan con personal médico de las ONG y están dirigidos por la comunidad.

fallas en la participación de la comunidad. La insuficiencia del personal médico, la falta de instalaciones a los niveles secundarios y terciarios y la falta de atención de maternidad se han advertido ya. Los centros de salud del Ministerio tienen un presupuesto escaso y una pesada carga de trabajo, lo que hace difícil para su personal participar en el plan unificado de salud; también se ha reclamado que dicho comportamiento se debe a la política partidista. El énfasis del Ministerio en la medicina curativa pudiera ser otra razón para esta participación poco entusiasta en las actividades de atención primaria de salud dirigidas por CUAVES y las ONG. También se ha dicho que todos los médicos del Ministerio proceden de fuera de Villa El Salvador y ninguno vive en la villa o tiene contacto estrecho con la población. Algunas de las ONG no tienen suficiente personal médico, o este personal no está bien capacitado, o no se han integrado totalmente en el plan unificado de salud. El número de promotores de salud es insuficiente y ha descendido en años recientes. Además, el

Ministerio y CUAVES han tenido con frecuencia confrontaciones; se informa que el Ministerio deseaba los módulos de salud operados por CUAVES y que las autoridades del Ministerio de Salud consideraban que CUAVES era demasiado militante y radical. Se informa que el municipio ha aceptado decisiones sin una consulta adecuada con la comunidad y otras entidades. Ha habido problemas de comunicación entre los dirigentes locales de grupos residenciales y el Consejo Ejecutivo de la Comunidad, hay muchos grupos residenciales sin líderes y ha habido falta de coordinación en varias actividades (CUAVES, 1986; Beirano y colaboradores, 1988; Galindo, 1988; Equipo Técnico..., 1988). Incluso con estos problemas y con la necesidad de disponer de datos más exactos para realizar una evaluación minuciosa, la experiencia de Villa El Salvador en la atención de salud emerge decididamente como un ejemplo eficaz de movilización de una comunidad para proporcionar atención mínima de salud a los pobres de las zonas urbanas.

REPÚBLICA DOMINICANA

POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS

Las encuestas de la CEPALC sobre la pobreza en América Latina no incluyeron a la República Dominicana. Los únicos datos nacionales disponibles proceden de dos encuestas sobre el ingreso y los desembolsos. La primera, realizada en 1976-1977, estableció la línea de pobreza basándose en el ingreso por persona; estimó la incidencia de la pobreza entre los hogares en 29% (15% urbana y 40% rural) y en la población total, en 36% (20% urbana y 47% rural) (Musgrove, 1986).

La segunda encuesta, realizada en noviembre de 1984, no estimó la incidencia de la pobreza. La encuesta clasificó los hogares de acuerdo con cuatro grupos de ingresos, de los cuales el 40% más pobre recibía menos de 345 pesos por mes (\$US125) y, con un promedio de cinco miembros por hogar, el ingreso por persona fue de 69 pesos (\$US25); el salario mínimo mensual en noviembre fue de 175 pesos (\$US63). Estas cifras indican que aproximadamente 40% de los hogares estaban por debajo de la línea de pobreza; la proporción de los hogares urbanos por

debajo de la línea de pobreza fue de 26,4%, mientras que la de los hogares rurales fue de 54,4% (Del Rosario y Gámez, 1988). Si bien los resultados de las encuestas de 1976-1977 y 1984 no son estrictamente comparables, indican que la pobreza estaba aumentando.

Las encuestas realizadas en Santo Domingo, la ciudad capital, a principios de la década de 1980, también indican que la incidencia de la pobreza aumentó. En 1980, 38% de la población económicamente activa (PEA) empleada recibió un ingreso por debajo del salario mínimo de 125 pesos (\$US99) considerado como la línea de pobreza. En 1983, la incidencia fue aproximadamente igual, pero cuando se ajustó el salario mínimo para tener en cuenta la inflación (151 pesos o \$US94), la proporción por debajo de la línea de pobreza aumentó a 48%. Si se añade a ese porcentaje el 21,4% de desempleo manifiesto en la ciudad capital, la PEA posible por debajo de la línea de pobreza podría haber alcanzado 69% en 1983 (Duarte, 1986; Kleinkathoefer, 1987).

Una encuesta sobre la demanda de atención de salud por parte de las familias, realizada en Santo Domingo en octubre-diciembre de 1987, caracterizó los hogares en tres "estratos residenciales socioeconómicos" (bajo, intermedio y alto), de acuerdo con características tales como el porcentaje de los desembolsos de los hogares en alimentos, y la ausencia de agua por tubería. Además, la encuesta identificó tres grupos de ingresos en los hogares: el grupo de ingresos más bajos, considerado como "muy pobre", tenía un ingreso mensual por debajo de 400 pesos (\$US105) o 85 pesos (\$US22) por miembro de la familia. En septiembre de ese año, el salario mínimo había aumentado a 350 pesos (\$US92), una cantidad totalmente insuficiente para atender las necesidades básicas de una familia promedio de 4,7 miembros. Más de la mitad del estrato de bajos ingresos y 42% de todos los hogares tenían un ingreso por debajo de ese ni-

vel (Gómez, 1988). De acuerdo con la encuesta de 1983 citada arriba, 48% de los *individuos* recibieron un ingreso por debajo del salario mínimo, pero la encuesta de 1987 constató que 42% de los *hogares* tuvieron un ingreso combinado por debajo de ese mínimo. De ahí que la incidencia de la pobreza en la población debe haber sido considerablemente más alta en 1987, otra indicación más de una pobreza creciente.

El Banco Mundial ha notificado una incidencia de la pobreza en la República Dominicana (en algún momento entre 1977 y 1986) de 45% para las zonas urbanas y de 43% para las zonas rurales (Psacharopoulos, 1989), pero no especificó la fecha, la metodología ni la fuente de dichas estimaciones. La incidencia de la pobreza urbana proporcionada por el Banco concuerda con las estimaciones de 1983-1987 para Santo Domingo así como con otros indicadores del desarrollo del país, pero la incidencia rural parece ser demasiado baja cuando se contrasta con las estimaciones de 1976-1977 y 1984. A mi mejor saber y entender, no hay estimaciones sobre la indigencia dominicana.

La información previa sobre la incidencia de la pobreza, cuando se aplica a la población total, resulta en estimaciones muy generales de 1,9 millones de pobres en 1976-1977, 2,4 millones en 1984 y 2,9 millones en 1986. Aunque no es posible realizar comparaciones exactas, los datos anteriores indican que la incidencia de la pobreza en la República Dominicana en la década de 1980 fue más elevada que en ocho de los 10 países latinoamericanos encuestados por la CEPALC.

En 1970-1980, la economía dominicana creció con una tasa saludable de crecimiento anual del producto interno bruto (PIB) de 6,9% (4,2% por persona debido a un crecimiento muy elevado de la población), pero la crisis económica frenó ese crecimiento a 2,7% en 1981-1989 (0,2% por persona). El desempleo manifiesto fue bastante alto antes de la crisis, alcanzando un promedio de 24% en la década de 1970 en Santo Domingo y llegando a 27% en 1985 (otras fuentes declaran un descenso en la segunda mitad de la década de 1980), mientras que el desempleo aumentó a 43%. En 1983, cerca de dos terceras partes de la fuerza de trabajo en la capital estaba desempleada o subempleada. La tasa anual de inflación, muy baja en la década de 1970, aumentó a 7,4% en 1981-1983 y se remontó a 33% en 1984-1989. El salario mínimo real descendió en 13% en 1980-1988.

A medida que se redujeron los gastos sociales públicos y el presupuesto de salud pública se acortó a la mitad en términos reales en 1982-1985, los niveles de salud experimentaron un

deterioro. La crisis económica de la década de 1980 tuvo un impacto menos negativo sobre el crecimiento económico en la República Dominicana que en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe y, sin embargo, la vigorosa expansión económica de la década de 1970 no pudo reducir notablemente el desempleo o el subempleo ni aumentar el nivel de vida. La crisis agravó las condiciones sociales y aumentó la incidencia de la pobreza en la década de 1980 (Kleinekathoefter, 1987; CEPALC, 1989, 1989a, 1989b; Lewis, *et al.*, 1990).

El sector urbano (informal)

Desde 1960 hasta 1988, la proporción de la población residente en las zonas urbanas aumentó de 30,5 a 52%; la tasa de crecimiento anual de Santo Domingo en 1960-1988 fue la más elevada de la Región. Entre 1960 y 1981, el porcentaje de la PEA dedicada a la agricultura y la ganadería descendió de 66 a 24%, desencadenando una fuerte emigración del campo a la ciudad que condujo a la rápida tasa de urbanización. La proporción del sector terciario aumentó de 42 a 59% en 1970-1981. La mayoría de los migrantes se unieron a las filas del sector informal, que experimentó una rápida expansión, especialmente en Santo Domingo. La proporción de la población total de la capital aumentó de 12 a 28,5% en 1960-1983, y en el último año, la PEA de Santo Domingo empleada en el sector terciario ascendía a 69% (Duarte, 1986; CEPALC, 1989a; BID, 1989; Reyes, 1990).

Como se indicó, la incidencia de la pobreza urbana se estimó en 20% de la población en 1976-1977 (menos de la mitad de la incidencia rural) pero en 45% entre 1977 y 1986 (algo por encima de la incidencia rural). En Santo Domingo, la incidencia de la pobreza osciló entre 42 y 48% en 1983-1987. Con el rápido proceso de urbanización y deterioro económico, el porcentaje del total de pobres residentes en zonas urbanas debe haber seguido aumentando.

De acuerdo con PREALC, el sector informal aumentó de 8,5% en 1950 a 16% en 1980. En este último año, 77% de los pobres de Santo Domingo —definidos como los trabajadores que perciben menos del salario mínimo— estaban dedicados al sector informal (Tokman, 1980; PREALC, 1982). Las encuestas de la PEA empleada en Santo Domingo estimaron el sector informal en 38,6% en 1980, incluido 11,4% del servicio doméstico, aumentando al 45% en

1983, con 11,6% de empleados en el servicio doméstico. Dentro del sector informal empleado en 1983 (excluidos los empleados del servicio doméstico), 48,5% eran trabajadores autónomos (en comparación con 2% en el sector gubernamental moderno), 18% eran trabajadores a destajo que probablemente trabajaban en casa, 14,3% eran trabajadores estacionales, 8,9% trabajadores estables asalariados, 4% familiares no remunerados y 6% empleadores. Casi 82% de todos los empleados del servicio doméstico percibían un salario. La distribución del sector informal y del servicio doméstico combinados en 1983 fue la siguiente: 42,3% en servicios, inclusive todos los empleados en el servicio doméstico; 29,4% en el comercio; 12,4% en las manufacturas; 8,4% en la construcción; 4,7% en el transporte; y 2,8% en otras actividades. Aproximadamente 89% de las nuevas viviendas en Santo Domingo en 1970-1980 fueron construidas por el sector informal.

En 1980, 49,4% de los trabajadores del sector informal y 95,7% de los empleados del servicio doméstico percibían menos del salario mínimo o estaban por debajo de la línea de pobreza, en comparación con 28,7% en el sector moderno; en 1983, la proporción había aumentado a 56% entre los trabajadores del sector informal y había descendido ligeramente a 94,8% entre los empleados del servicio doméstico, en comparación con 39% en el sector moderno (Duarte, 1986). Los trabajadores autónomos constituían, sin ninguna duda, el segmento mayor del sector informal en Santo Domingo en 1983, seguido de los trabajadores a destajo, los trabajadores estacionales, los empleadores y los empleados del servicio doméstico. No hay datos desagregados sobre el ingreso para estos grupos, excepto para los empleados del servicio doméstico. Incluso si consideramos que una porción del pago que perciben los empleados del servicio doméstico es en especie, este grupo quizás sufriera una de las incidencias de pobreza más elevadas.

La escasa información disponible también indica que aproximadamente una quinta parte de los empleadores son pobres. En 1989 había 145 000 microempresas en la República Dominicana que empleaban a 400 000 trabajadores, con un empleo promedio de 2,8 trabajadores: 50% de las empresas empleaban solo a un trabajador y 21% empleaban a dos; 54% de estas empresas se dedicaban al comercio, 31% a los servicios y 18% a las manufacturas. Más de la mitad de las microempresas carecían de licencia o autorización oficial, y no pagaban impuestos o aportes al seguro social (Reyes, 1990; Lizardo, 1990).

Las encuestas de 1976-1987 proporcionan información sobre las características de los pobres

en las zonas urbanas. En 1984, 32,5% de todos los pobres urbanos en la PEA estaban manifiestamente desempleados, y de los empleados en 1987, 44% eran trabajadores autónomos, empleados del servicio doméstico o trabajadores familiares no remunerados. El 56% restante eran empleados asalariados; sin embargo, muchos de ellos no tenían contratos de trabajo, por lo que una gran mayoría de los pobres urbanos estaban comprendidos en el sector informal. En 1981, 59% aproximadamente de los trabajadores urbanos marginales de Santo Domingo eran migrantes, campesinos y agricultores sin tierras; en 1983, 41% de todos los hombres empleados y 53% de todas las mujeres empleadas trabajaban en el sector informal.

En 1976-1977, 44% de los pobres eran analfabetos, y en 1984, 64% de los pobres urbanos no tenían educación formal. En este último año, los pobres urbanos vivían en 82% de todas las viviendas "rústicas" o "improvisadas" existentes; 62% de las viviendas de los pobres urbanos carecían de inodoros (16% no tenían inodoros ni letrinas); 78% de las viviendas no estaban conectadas a un sistema de alcantarillado y 59% utilizaban una letrina rústica exterior o carecían de sistema de evacuación de excretas; y 45% carecían de agua corriente. En 1976-1977, los pobres de las zonas urbanas consumían 51% de la ingestión calórica mínima diaria recomendada y solo 48% del nivel recomendado de proteínas (Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Duarte, 1986; Musgrove, 1986; Kleinekathoefer, 1987; Gómez, 1988; Del Rosario y Gámez, 1988; Lewis, *et al.*, 1990).

El censo de 1970 y 1981 no recopiló información sobre el estado de salud, que, combinado con el ingreso, nos habría permitido describir el estado de salud de los pobres en las zonas urbanas y rurales. Sin embargo, los niveles generales de salud de la población en la República Dominicana figuran entre los más bajos de la Región (véase la sección sobre "Efecto sobre los niveles generales de salud", que comienza en la página 184); por tanto, se prevé que la atención de salud para los pobres estaría por debajo del promedio nacional.

El sector rural

A pesar de la rápida urbanización, en 1988, 41% de la población de la República Dominicana aún vivía en zonas rurales, en proporción la décima con la mayor población rural entre los países de

América Latina y el Caribe. La incidencia de la pobreza rural era de 47% en 1976-1977, y se estimó aproximadamente en un 54% en 1984; la incidencia de la pobreza rural de 43% notificada por el Banco Mundial entre 1977 y 1986 quizás se haya subestimado.

Los datos sobre distribución del ingreso para 1976-1977 indican que el ingreso era más equilibrado en las zonas rurales que en las zonas urbanas; aún así, el ingreso promedio de los pobres en las zonas rurales era 20% más bajo que el de las zonas urbanas; el ingreso más bajo en el sector rural lo percibían quienes solo tenían ingresos procedentes de la agricultura, 76% de los cuales eran pobres. En 1981 había 188 000 campesinos sin tierras y 61 000 fincas pequeñas con un promedio de 0,2 hectáreas que no podían mantener a una familia durante seis meses del año; 83%, aproximadamente, de los agricultores poseían solo 13% de la tierra agrícola total. La encuesta nacional de 1984 halló que 54,4% de todos los hogares rurales estaban comprendidos en la categoría de ingresos más bajos, en comparación con 26,4% entre los hogares urbanos.

A principios de la década de 1980, la población rural total tenía los niveles siguientes, en comparación con la población urbana (en paréntesis): analfabetismo 41,5% (18,4%), acceso a agua por tuberías 34% (85%), electricidad 10,7% (76,3%), niveles de nutrición por debajo de los establecidos por la OPS 75% (25%), subempleo 60% (43%) (Oficina Nacional de Estadística, 1980-1983; Moya, 1984; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Musgrove, 1986).

De acuerdo con la encuesta nacional de 1984, los pobres de las zonas rurales tenían una tasa de desempleo de 27%, 98% de sus viviendas carecían de inodoros y utilizaban una letrina rústica exterior o no tenían sistema de evacuación de excretas, y 67% carecían de acceso fácil a agua potable. En 1976-1977, los pobres de las zonas rurales consumían solo 64% de la ingestión calórica mínima recomendada y 54% de la ingestión de proteína recomendada (Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Del Rosario y Gámez, 1988).

Una comparación de las 30 provincias del país en 1986 indicó que las provincias menos desarrolladas y más rurales tenían la cobertura más baja por el seguro social, la tasa de mortalidad infantil más elevada y la mayor incidencia de algunas enfermedades relacionadas con la pobreza tales como la gastroenteritis. Lo opuesto ocurrió con las provincias urbanizadas más desarrolladas (tomando como base los datos de la Oficina Nacional de Estadística, 1985-1987; Isuani, 1989).

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES EN LAS ZONAS URBANAS (INFORMALES) Y RURALES

Estructura administrativa y cobertura legal

La atención de salud de la República Dominicana está organizada en tres sectores amplios: seguro social, sector público y sector privado.

El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) fue establecido en 1947-1948, y en la actualidad incluye los programas de enfermedad-maternidad, pensiones y lesión en el empleo. El programa de enfermedad-maternidad abarca legalmente a una proporción muy pequeña de la población: los trabajadores manuales del sector privado independientemente de su nivel de ingresos, los empleados de oficina del sector privado y los empleados de las entidades estatales industriales y comerciales cuyos sueldos no excedían de 793 pesos (\$US125) en 1989. El tope salarial se ha cambiado casi anualmente desde 1985 debido a una rápida inflación, pero permaneció sin modificar desde 1979 a 1985. El tope, por tanto, excluye a los trabajadores de oficina con sueldos medios y elevados y, puesto que el tope se ha mantenido a la zaga de la inflación, el segmento excluido de cobertura ha aumentado constantemente. Adviértase que la mayoría de los empleados del servicio civil, incluso los que están por debajo del tope, se excluyen de la cobertura del IDSS. Los asegurados activos están divididos en dos categorías: los que tienen puestos de trabajo "estables" o bastante permanentes y los que tienen empleo "móvil" temporal o estacional. Una proporción grande aunque cada vez menor de la fuerza de trabajo se halla comprendida en la segunda categoría. No hay información sobre el período de tiempo promedio durante el cual los trabajadores temporeros con seguro tienen acceso a los servicios de atención de salud del IDSS, y el período sin cobertura podría ser importante.

La ley del IDSS incluye a los empleados del servicio doméstico, las amas de casa y los aprendices, pero en la práctica, prácticamente todos están excluidos. Los empleados del servicio doméstico que trabajan para empresas y negocios tales como hoteles, tienen cobertura legal, pero no los que trabajan en hogares particulares. Durante la primera década de funcionamiento del IDSS, varios decretos pospusieron temporalmente la incorporación obligatoria de estos tra-

bajadores, pero el período de prórroga establecido por el último decreto expiró en 1959. Se excluye de la cobertura a los trabajadores autónomos, pero los asegurados que pierden el empleo están protegidos por tres meses después de su despido. La cobertura por el IDSS de los familiares a cargo del asegurado, una de las más restrictivas en América Latina y el Caribe, se limita a la esposa legal para maternidad (pero no para enfermedad) y a los hijos de la mujer asegurada para atención pediátrica y solo por un año después del nacimiento. La mayoría de las parejas dominicanas no están casadas legalmente y se excluye a las esposas en unión libre al igual que a todos los cónyuges del sexo masculino incluso si están legalmente casados e incapacitados. Los hijos de asegurados del sexo masculino cuyas esposas no están aseguradas también son excluidos. Los pensionistas incapacitados tienen protección del programa de enfermedad-maternidad, pero no los pensionistas ancianos; en 1987 la pensión mensual promedio de estos últimos era de 111 pesos (\$US29), lo que les impedía pagar la atención privada de salud. Debido a esta situación, 40% de los asegurados que tienen 60 años o más de edad siguen trabajando más allá de la edad de jubilación, reduciendo así las oportunidades de empleo en una economía con un desempleo muy elevado (Mesa-Lago, 1986b). El programa de lesión en el empleo se limita a accidentes ocupacionales y no proporciona atención de salud para enfermedades inducidas por el trabajo.

El programa de enfermedad-maternidad del IDSS es esencialmente de índole curativa; proporciona consulta ambulatoria general y especializada, cirugía, hospitalización, medicamentos y atención dental y prácticamente no brinda servicios preventivos. Los asegurados tienen derecho a permiso de enfermedad remunerado y, si se trata de una mujer, a permiso de maternidad remunerado, ambos con la mitad del sueldo. Existe una asignación de maternidad pagadera por 12 meses después del nacimiento del hijo de una mujer asegurada. La ley permite libertad de opción en la atención de salud en las instalaciones propiedad del IDSS o en clínicas privadas por contrato, pero dado el historial deficiente del IDSS sobre reembolsos, en la actualidad no hay prácticamente ninguna instalación privada bajo contrato (Duarte, 1986; Isuani, 1989).

En 1982, con una nueva administración gubernamental, el Presidente, tres de los principales sindicatos y la principal asociación de empleadores respaldaron un proyecto de ley para ampliar la cobertura de atención de salud del IDSS a todos los trabajadores asalariados en el

sector público y privado independientemente de su sueldo: los trabajadores autónomos, los empleados del servicio doméstico, los trabajadores en el hogar, los trabajadores familiares no remunerados y los miembros de las cooperativas de producción; los cónyuges (incluidas las uniones libres) y los niños menores de 18 años de edad; así también como cobertura para enfermedades ocupacionales. Sin embargo, una versión de último minuto del proyecto de ley limitó la atención a las instalaciones propiedad del IDSS, que son notoriamente insuficientes y de calidad muy mala, eliminando así la libertad de opción para utilizar las instalaciones privadas. La fuerte oposición del sector privado rechazó el proyecto de ley en el Congreso (véase la sección sobre "Factores generales", que comienza en la página 175), y desde entonces no ha habido un intento serio por ampliar la cobertura del IDSS.

Desde 1982, las fuerzas armadas y la policía han tenido una institución independiente del seguro social (ISSFAPOL), cuyo programa de seguro de enfermedad tiene una cobertura más amplia que el del IDSS. Incluye todos los miembros activos y jubilados, así como los cónyuges a su cargo, hijos solteros —varones hasta la edad de 18 años o la edad de 25 años si son estudiantes y mujeres sin límite de edad— y los padres. Los beneficios son similares a los proporcionados por el IDSS, pero se indica que la calidad de estos servicios es mejor.

La población sin cobertura del seguro social y programas similares tiene derecho a atención de salud por la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). De acuerdo con la Constitución, SESPAS ha de proporcionar atención médica y hospitalaria a los pobres, pero en la práctica, esta institución carece de recursos suficientes para hacerlo. Además, con las reducciones presupuestarias experimentadas en la década de 1980, los pagos por los usuarios se están cargando principalmente por consultas ambulatorias y servicios diagnósticos, pero rara vez por servicios de hospitalización (véase la sección sobre "Pagos por los usuarios", que comienza en la página 188). Los datos que se analizarán en las dos secciones siguientes indican que la mayoría de los pobres quizás no dispongan de cobertura por SESPAS.

El grueso de los desembolsos de SESPAS se ha concentrado en la medicina curativa; sin embargo, en 1975-1986, SESPAS lanzó distintos programas que se concentraban en las zonas rurales y urbanas marginales y subrayaban la atención primaria de salud y la prevención. Con un apoyo externo sustancial, SESPAS construyó subcentros de salud en las localidades pequeñas, clínicas suburbanas en las ciudades

grandes y clínicas rurales. Aprovechando un enorme superávit de médicos, se estableció un servicio obligatorio de un año para los nuevos egresados que trabajarían en las instalaciones nuevas de SESPAS como pasantes; además, había miles de promotores de las comunidades, personal paramédico y supervisores contratados por SESPAS. Lamentablemente, estos programas sufrieron de ineficacia administrativa y no está claro qué efectos tuvieron (véase la sección sobre "Efectos sobre los niveles generales de salud", que comienza en la página 184). Además, la crisis económica de 1982-1985 hizo que el presupuesto de SESPAS se redujera considerablemente. Aunque solo una pequeña proporción del presupuesto de SESPAS se dedicó a estos nuevos programas, las reducciones presupuestarias quizás los perjudicaran (Ugalde, 1984, 1988; Gómez Ulloa, 1985; Lewis, *et. al.*, 1990).

Entre otras instituciones del sector público relacionadas con la salud figuran el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado; CARE, que distribuye alimentos a las clínicas rurales y a algunos centros de nutrición; y el Programa de Medicamentos Esenciales, establecido en 1984 como agencia separada aunque dependiente de SESPAS, para adquirir medicamentos y suministros médicos al por mayor localmente y en el extranjero mediante un proceso supuestamente de licitación competitiva. Estos productos se distribuyen a las instalaciones de SESPAS en todo el país, así como a las boticas populares. Los medicamentos deberían venderse por debajo del precio comercial basándose en un precio de compra más gastos de operación y una pequeña utilidad, beneficiándose así a los pobres y grupos de bajos ingresos (véase la sección sobre "Viabilidad del sector público (SESPAS)", que comienza en la página 179).

La baja cobertura de la población por el IDSS y la calidad deficiente de sus servicios, así como los de SESPAS, ha resultado en un desarrollo extraordinario del sector privado de salud. Este último sector comprende tres tipos principales de proveedores: *Iguales*, planes de pagos similares a las organizaciones de mantenimiento de la salud que proporcionan diversas series de servicios por conducto de clínicas y médicos afiliados contra el pago de una cuota mensual; las compañías de seguro de enfermedad que reembolsan los gastos de salud, tomando como base diferentes paquetes de beneficios, contra pago de una prima; y las ONG, tales como la Cruz Roja Dominicana e instituciones religiosas y caritativas. Las dos primeras clases son prácticamente inaccesibles para los pobres (pero véase la sección sobre "Ampliación de la cobertura de

los pobres mediante planes de pagos previos privados (iguales)", que comienza en la página 195), mientras que la tercera les proporciona de ordinario servicios gratuitos.

La mayoría de los empleados del servicio civil, que no están protegidos por el IDSS, cuentan con cobertura del sector privado principalmente financiada por el Estado. Por ejemplo, a mediados de la década de 1980, 63 agencias estatales contaban con cobertura por las organizaciones de mantenimiento de la salud. Algunos grupos de trabajadores bien organizados tales como los maestros, trabajadores portuarios, conductores y trabajadores de hoteles y restaurantes, tienen sus propios servicios o contratos de salud con el sector privado. En 1985, los maestros de escuelas públicas se opusieron con éxito a su incorporación en el IDSS y ejercieron su facultad para obtener un programa especial de atención de salud que proporciona cobertura a los cónyuges y los hijos menores de 18 años de edad; 75% del programa es financiado por el Gobierno. Los trabajadores calificados empleados en empresas grandes también han obtenido seguro médico mediante convenios colectivos (Duarte, 1986; Isuani, 1989). Una gran proporción de los asegurados en el IDSS también tienen cobertura por servicios privados mediante convenios colectivos, *iguales* o compra directa, debido a la calidad deficiente de los servicios del IDSS; en consecuencia, gozan de cobertura doble mientras que una gran proporción de la población, entre ellos los pobres, siguen sin protección (Duarte, *et al.*, 1989).

Prácticamente no hay coordinación —y mucho menos integración— de las instituciones de atención de salud en la República Dominicana. De acuerdo con la ley, SESPAS debería desempeñar un papel de coordinación al menos en el sector público, pero en la práctica no ha ejercido dicho liderazgo. Desde 1983 hasta 1986 se elaboraron planes nacionales de salud, pero ninguno se puso en práctica. La ley no regula al sector privado de salud, y aunque en teoría las clínicas privadas e instalaciones análogas deberían inscribirse en el SESPAS, nunca lo han hecho; pudiera haber incluso médicos que desempeñan servicios sin permiso o inscripción (Oficina Nacional de Planificación, 1983; Gómez Ulloa, 1985; Guzmán 1986).

En resumen, aunque los pobres tienen derecho legalmente a cobertura de atención de salud por el SESPAS, esta institución carece de los recursos necesarios para llevar a cabo esta tarea, y la crisis económica de la década de 1980 redujo su capacidad aún más. Los pobres no están protegidos legalmente por el IDSS —ya que todos los trabajadores autónomos, la mayoría

de los empleados del servicio doméstico, los trabajadores familiares no remunerados y los trabajadores en el hogar están excluidos— ni tampoco por los programas especiales que protegen a los empleados del servicio civil y grupos de la aristocracia laboral, ni por el seguro médico empresarial. El costo elevado de los servicios privados los hace prácticamente inaccesibles para los pobres, pero, tal como se verá, algunos se ven obligados a hacer sacrificios y adquirir algunos de estos servicios. La medicina tradicional, muy importante en la República Dominicana, y unas cuantas instituciones caritativas pueden ser las únicas alternativas para muchos pobres.

Cobertura estadística

Los datos estadísticos de la República Dominicana sobre la cobertura de la atención de salud de la población son los peores entre los cinco estudios de caso y probablemente en toda la Región salvo Haití. El Cuadro 65 presenta estimaciones aproximadas para la cobertura de la población a nivel nacional y en Santo Domingo. La única serie estadística disponible corresponde al IDSS y estos datos también acusan problemas: por ejemplo, solo se declaran los asegurados activos (contribuyentes), y se desconoce el número de familiares a cargo de los asegurados debido a que no ha habido inscripción de los familiares a cargo por más de dos décadas. En

algunos estudios actuariales, los familiares a cargo de los asegurados se han calculado al nivel nacional utilizando una relación de 0,36 por asegurado, pero las estimaciones para los familiares a cargo protegidos en Santo Domingo, que se basan en datos más realistas sobre partos, producen una relación de solo 0,039 por asegurado. Cabe recordar que solo las esposas legales cuentan con cobertura para maternidad, y los hijos de la mujer asegurada menores de un año de edad para servicios pediátricos. El Cuadro 65 indica que, en 1986, solo 4,2% de la población nacional (pero 8,8% de la capital) tenía cobertura del IDSS, probablemente la cobertura más baja entre todos los institutos de seguro social de la América Latina (véase el Cuadro 7).

El Cuadro 66 presenta la serie de asegurados activos del IDSS dividida en trabajadores permanentes y temporeros. El punto máximo en la cobertura total se alcanzó en 1980 con 11,6% de la PEA protegida —empatada con El Salvador en cuanto al nivel más bajo en la Región (Cuadro 7)— pero, debido a la crisis económica, la cobertura descendió a 9,7% en 1982. La recuperación económica durante la segunda mitad de la década de 1980 indujo un modesto incremento de la cobertura, pero no alcanzó la cifra de 1980; aparentemente, hubo un descenso en el número total de asegurados activos en 1986. La proporción de asegurados permanentes en el total aumentó constantemente de 46 a 78% en 1978-1986. Adviértase que, en medio de la

Cuadro 65. Estimaciones aproximadas de la cobertura de la población (nacional y Santo Domingo) para atención de salud en la República Dominicana, 1986-1987.

	Nivel nacional: alrededor de 1986		Santo Domingo: 1987		
	(000)	% de cobertura de la población	(000)	% de cobertura de la población	
Población	6565	—	Población	1743	—
Asegurados	1932	19,9	Asegurados	601	34,5
IDSS ^a	276	4,2	IDSS ^a	153	8,8
ISSFAPOL ^b	262	4,0	ISSFAPOL ^b	62	3,6
Privado ^c	1394	11,7	Maestros ^e	24	1,4
Cobertura por SESPAS ^d			Privado ^c	362	20,7
Más baja	2626	40,0	Con cobertura por		
Más elevada	3939	60,0	SESPAS	663	38,0
Cobertura Total			Cobertura total	1264	72,5
Más baja	4558	59,9	Sin cobertura	480	27,5
Más elevada	5333	79,9			

Fuentes: Estimaciones del autor basadas en CEPALC, 1989a; Isuani, 1989; Duarte, et al., 1989; La Forgia, 1990c.

^aEl nivel nacional abarca a la población activa asegurada (266 102) y una estimación aproximada de 10 350 esposas e hijos a cargo. Los asegurados en Santo Domingo ascienden a 147 708 y la estimación de 5744 personas a cargo se basó en el número de partos de mujeres sin cobertura (2200) y de niños nacidos vivos durante el año (3544). La relación de las personas a cargo por asegurado en la capital (0,039 a 1) se utilizó para calcular la cobertura a nivel nacional de las personas a cargo.

^bEl nivel nacional abarca a los asegurados y personas a cargo. Santo Domingo, probablemente solo a los asegurados; utilizando una relación hipotética de personas a cargo por asegurado de 2 a 1, el número total de asegurados sería de 186 000 ó 10,7% de la población de la capital.

^cAsegurados y personas a cargo; a nivel nacional abarca a 210 000 funcionarios públicos; en Santo Domingo se limita a las *iguales* y compañías aseguradas más grandes; el total debería ser mucho más elevado.

^dPor ley, SESPAS debería cubrir a toda la población no asegurada (80%), pero la mayor parte de los especialistas y funcionarios declaran una cobertura "real" de 40%; otros declaran una cobertura "real" de 50 a 60% de la población.

^eAbarca a 7960 asegurados y 13 368 personas a cargo. A nivel nacional, este grupo está cubierto probablemente por un seguro privado. En 1989, se notificó un total (nacional) de 103 000 maestros.

Cuadro 66. Asegurados activos en el programa de enfermedad-maternidad del IDSS, República Dominicana, 1978-1986 (en miles y porcentajes).

	PEA (1)	Asegurados por el IDSS						% de PEA con cobertura		
		Total (2)	%	Permanente (3)	%	Temporal (4)	%	2/1	3/1	4/1
1978	2008	231	100,0	107	46,5	123	53,5	11,4	5,3	6,1
1980	2112	244	100,0	138	56,4	106	43,6	11,5	6,5	5,0
1982	2271	220	100,0	143	65,1	77	34,9	9,7	6,3	3,4
1985	2529	274	100,0	181	65,9	93	34,1	10,8	7,2	3,6
1986	2616	266	100,0	209	78,5	57	21,5	10,2	8,0	2,2

Fuente: Estimaciones del autor basadas en Duarte, 1986; Oficina Nacional de Estadística, 1987; CEPALC, 1989a; Isuani, 1989.

crisis, el número de asegurados permanentes continuó aumentando, aunque a un ritmo muy lento, pero el número de asegurados temporales descendió de forma pronunciada; en 1986, el número de estos últimos era inferior a la mitad registrada en 1978. Es posible que haya muy pocos pobres asegurados en el IDSS, pero si hay algunos, estos deben hallarse en el grupo temporal, que disminuyó constantemente de 54 a 22% del total en 1978-1986.

La distribución de los asegurados permanentes activos en 1986 indica que 53% trabajaban en las manufacturas; 20% en el comercio; 18,7% en los servicios, principalmente corporaciones del Gobierno, finanzas y seguros; 3,7% en la agricultura, principalmente grandes plantaciones modernas y agrocomercio; y el 4,6% restante en la minería, la construcción y el transporte. Los bajos porcentajes en la agricultura, la construcción y los servicios personales, donde están concentrados los pobres, indican que se les excluye en gran medida. Esto se confirma al analizar el grado de cobertura de la población (asegurados permanentes activos) por provincia en 1986. Si bien el promedio nacional fue de 3,2%, las provincias más desarrolladas tuvieron una cobertura considerablemente más elevada: 11,7% en La Romana (ubicación de un ingenio azucarero propiedad de los Estados Unidos y complejo turístico), 10% en San Pedro de Macorís (una de las provincias más desarrolladas), 5,3% en el Distrito Nacional (Santo Domingo) y 4,9% en Santiago (donde está situada la segunda ciudad más grande). Las 17 provincias menos desarrolladas y más rurales tenían grados de cobertura que oscilaban entre 0,04 y 0,9% (estimaciones del autor basadas en Isuani, 1989).

En varios estudios se ha calculado aproximadamente que el personal de las fuerzas armadas y los familiares a su cargo protegidos por ISSFAPOL representan entre 1,5 y 4% de la población total (Gómez Ulloa, 1985; Del Rosario y Gámez, 1988; Duarte, *et al.*, 1989; Rodríguez-Grossi, 1989). El Cuadro 65 indica que en 1986

dicha cobertura era del 4% a nivel nacional y del 3,6% en Santo Domingo; sin embargo, esta última cifra probablemente excluyera a los familiares a cargo del asegurado. Si se los incluyera, la cobertura de ISSFAPOL de la población en la capital debería haber sido superior al 10%. Los maestros públicos y los familiares a su cargo añadieron 1,4% a la cobertura del seguro en Santo Domingo.

La cobertura de seguro del sector privado se ha estimado de 10 a 12% de la población total, con la proporción de quienes están incluidos en *iguales* ligeramente superior a los protegidos por las compañías de seguro (Del Rosario y Gámez, 1988; Gómez, 1988; Duarte, *et al.*, 1989). El Cuadro 65 da una estimación nacional de 11,7% para 1986; sin embargo, para la ciudad capital, esta cifra fue de 20,7% en 1987, a pesar del hecho de que no se incluyeron todos los proveedores del sector privado; la proporción real debería haber sido más elevada.

La población asegurada por el IDSS, ISSFAPOL y el sector privado se estimó en el Cuadro 65 en 20% de la población total y 34,5% de la población de la capital, pero esta última sería más elevada si se tuvieran en cuenta los familiares a cargo asegurados en el ISSFAPOL y todos los proveedores privados. Por tanto, existe una fuerte concentración de asegurados y de recursos de salud en Santo Domingo. En 1987, la población de la capital era 27% de la población nacional, pero en ella se concentraba 55% de los asegurados en el IDSS, 52% de los desembolsos, 65% del personal, 51% de los médicos y 40% de las camas de hospital; 40% de las camas de hospital de SESPAS y 58% de sus médicos; 55% de los médicos de ISSFAPOL; y 64% de las camas de clínicas privadas y 69% de los médicos privados (Duarte, *et al.*, 1989).

Legalmente, toda la población no asegurada (80% a nivel nacional y 66% en Santo Domingo) debería ser atendida por SESPAS. Lamentablemente, no hay datos estadísticos sobre la cobertura real de SESPAS, pero las estimaciones aproximadas oscilan entre 40 y 60% (USAID,

1975; Oficina Nacional de Planificación, 1983; Gómez Ulloa, 1985; Gómez, 1988). En 1986, el Subsecretario de Administración de SESPAS me dijo sinceramente que SESPAS no sabía cuál era la cobertura real, que pudiera hallarse entre 40 y 60% (Guzmán, 1986). Los datos sobre la cobertura de SESPAS en Santo Domingo, donde el acceso debe ser más alto, dieron la cifra de 38% en 1987, por debajo de la estimación más baja de cobertura a nivel nacional.

Tomando como base la información precedente, en el Cuadro 65 se estima aproximadamente la población nacional sin cobertura en 1986 entre 20 y 40% (la estimación más alta probablemente sea más realista que la primera) y 28% en Santo Domingo. De la población con cobertura, de 80 a 85% estaban incluidos en el sector público y el seguro social y de 15 a 20% en el sector privado. Como vimos en la primera sección, entre 1977 y 1986, la incidencia de la pobreza se estimó entre 36 y 48% a nivel nacional y entre 38 y 48% en Santo Domingo. Aunque no podemos determinar que la totalidad de los pobres carezcan de cobertura, estas cifras indican decididamente que al menos la mayoría de ellos no tienen cobertura. La falta de datos hace que sea imposible evaluar por separado la cobertura de los pobres de las zonas urbanas y rurales.

Acceso y utilización real

Algunas de las encuestas realizadas a nivel nacional y en la capital han recopilado datos sobre el acceso a la atención de salud por ocupación o grupo de ingresos, lo que permite realizar una evaluación mejor de la protección de los pobres. Una encuesta realizada en 1981 constató que las empresas industriales grandes contrataban principalmente a trabajadores calificados; 94% de ellos contaban con protección de convenios colectivos y 71% gozaban de protección del seguro médico proporcionado por la empresa. A la inversa, solo 6% de los trabajadores de la construcción tenían seguro médico privado. Una encuesta realizada en 1983 entre los empleados del servicio doméstico (que no tienen cobertura del IDSS) constató que solo 35% de ellos tenían atención de salud pagada por sus empleadores (Duarte, 1986).

De acuerdo con los cuatro grupos de ingresos utilizados en la clasificación de la encuesta nacional de 1984, durante las dos semanas antes de la encuesta, 11% de la población —9% del grupo de ingresos más bajos— buscaba atención de salud. De estos, 7,5% estaban asegurados en

el IDSS, ISSFAPOL, las empresas y el sector privado, una proporción considerablemente más baja que el 20% estimado como asegurados en el Cuadro 65. En el grupo de ingresos más bajos (pobres), solo 3% de los que buscaban atención estaban asegurados, 5% en la zona urbana y 2% en la zona rural; ese porcentaje aumentaba con el ingreso, llegando al 24% en el grupo de ingresos más altos. Del total que buscaba atención, 63% la recibían en el sector privado y 37% en el sector público, incluidos los seguros sociales; estas proporciones son lo opuesto del 80–85% estimado para el sector público y el 15–20% estimado para el sector privado en el Cuadro 65. En el grupo de ingresos más bajos, las proporciones en la encuesta de 1984 fueron 42% para el sector privado y 58% para el sector público, en comparación con 90 y 10% en el grupo de ingresos más elevados. Como era de esperar, a medida que aumentó el ingreso, una mayor proporción de la población utilizó los servicios del sector privado, y a medida que disminuyó el ingreso, un porcentaje más elevado de la población utilizó los servicios públicos. Aún así, es sorprendente hallar que 42% de los pobres pagaron la atención privada y que más lo hicieron en las zonas rurales (45%) que en la zona urbana (38%), en especial considerando que solo 1,5% de todos los pobres que recurrieron a los servicios privados recibían atención gratuita por conducto de las ONG. La razón para que los pobres busquen servicios privados se relaciona sin duda con la falta de disponibilidad o la baja calidad de los servicios públicos, básicamente los de SESPAS. El grupo de ingresos más bajos empleó una décima parte del dinero empleado por el grupo de ingresos más altos en atención de salud, pero aún costó a los primeros 12% de su ingreso medio con un desembolso mensual promedio en servicios de salud de 20,66 pesos (\$US7,54). Debido a que pocos de los pobres estaban asegurados en el IDSS o en las empresas privadas, solo emplearon 0,14 pesos mensualmente como aporte/prima del seguro. El grueso de los aportes al IDSS (89%) lo pagaron los dos grupos de ingresos medios, mientras que la mayor parte de las primas a las entidades de seguro y las *iguales* (88%) la pagaron los grupos de ingresos medios superiores y altos (Del Rosario y Gámez, 1988).

Tomando como base la encuesta de 1987 en Santo Domingo, la población de esta ciudad se ha clasificado en tres grupos de ingresos. Casi 42% de la población declaró tener algunos problemas de salud dos semanas antes de la encuesta; de ellos, 31% buscaron atención de salud y 66% no lo hicieron por las razones siguientes: 51% consideró que no era necesario o

se trataron a sí mismos y 21% dijeron que carecían de dinero y que los servicios no estaban disponibles o que eran de calidad deficiente. Un analista de la encuesta estimó en 16% la proporción de quienes no buscaron la atención médica debido a pobreza y, otro, en 10-20%. Una vez que se adoptó la decisión de buscar atención médica, la selección del proveedor se vio influenciada más fuertemente por el ingreso (Gómez, 1988; Bitran, 1989). De acuerdo con el Cuadro 67, segmento A, 24% de la población de la capital estaba asegurada y 76% no lo estaba, situación que es peor que la ilustrada por las estimaciones estadísticas del Cuadro 65, que dieron cifras de 34 y 66%, respectivamente. Sin embargo, las proporciones de la encuesta de 1987, para Santo Domingo, fueron más favorables que las proporcionadas para el país en la encuesta de 1984, que constató que solo 7,5% estaban asegurados y 92,5% no lo estaban. En el grupo de ingresos más bajos, 15% estaban asegurados y 85% no lo estaban; a medida que aumentó en ingreso, la proporción de esos asegurados aumentó al 35% y la de los no asegurados descendió al 65%; de los pobres asegurados, 7% estaban en el IDSS, 3,8% en el sector privado, 3,3% en ISSFAPOL y 0,6% tenían cobertura doble (IDSS más sector privado). A medida que

aumentaba el ingreso, la proporción de los asegurados en el sector privado o en ISSFAPOL aumentó; la proporción más elevada de asegurados en el IDSS se registró en el grupo de ingresos intermedios.

La proporción de los pobres que usaron los servicios de consulta fue de 43% de SESPAS, 27% de los proveedores del sector privado y 20% del IDSS y otro 20% del ISSFAPOL. A medida que aumentó el ingreso, la proporción de los que recibieron consultas del IDSS, ISSFAPOL y el sector privado también aumentó, mientras que la proporción de los que utilizaron los servicios de SESPAS disminuyó. Los pobres utilizaron los servicios de hospitalización de SESPAS más que las consultas ambulatorias (51% frente a 43%), probablemente debido a que los costos de hospitalización más elevados (gratuitos para los pobres en SESPAS) les impedían ir a los hospitales privados. Aproximadamente un 89% de todos los usuarios de los servicios de consulta y hospitalización de SESPAS carecían de seguro y más del 90% de los usuarios de SESPAS estaban exentos del pago, mientras que el 10% restante efectuaba pagos de los usuarios. Estos pagos oscilaban entre 35 pesos (\$US9) para atención ambulatoria y 414 pesos (\$US109) para hospitalización. Una distribución porcen-

Cuadro 67. Acceso real y utilización por los pobres de los servicios de consulta-hospitalización, por proveedor, Santo Domingo, República Dominicana, 1987 (distribuciones porcentuales).

A. COBERTURA DEL SEGURO								
	Cobertura por ingreso mensual ^a							
	Menos de 400	400-799	800+	Todos				
Asegurados ^b	14,7	24,9	35,0	24,0				
IDSS solamente	7,0	9,2	8,8	8,1				
Privado solamente	3,8	9,8	19,4	10,5				
IDSS y privado	0,6	2,8	2,3	1,9				
ISSFAPOL	3,3	3,1	4,5	3,5				
No asegurados ^c	85,3	75,1	65,0	76,0				
Total	100,0	100,0	100,0	100,0				
B. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS ^d								
	Consulta externa				Hospitalización			
	Menos de 400	400-799	800+	Todos	Menos de 400	400-799	800+	Todos
IDSS	20,2	28,4	51,4	100,0	31,3	40,7	28,0	100,0
ISSFAPOL	19,6	13,0	67,4	100,0	26,5	30,7	42,8	100,0
Privado	26,9	19,7	53,4	100,0	26,6	30,7	42,7	100,0
SESPAS	43,1	23,6	33,3	100,0	50,9	31,4	17,7	100,0

Fuentes: Gómez, 1988; Bitran, 1989.

^aAl tipo de cambio de \$US1 en 1987 = 3,8 pesos, las categorías fueron de \$105, \$105 a \$209 y \$210 en adelante. El salario mínimo en septiembre de 1987 fue de 350 pesos (\$US92); la categoría más baja de ingresos familiares (\$105) para una familia promedio de cinco personas fue totalmente insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

^bPoblación (asegurados y personas a cargo) con un seguro o planes de seguro de salud públicos o privados pagados por anticipado.

^cPoblación no asegurada que, en teoría, podía haber tenido cobertura del SESPAS o adquirido servicios de salud del sector privado u otros proveedores.

^dConsulta médica y hospitalización de quienes se sintieron enfermos y buscaron atención dos semanas antes de la encuesta.

tual de la utilización por los pobres de los servicios de hospitalización proporcionados por proveedores (no se dispone de datos para consulta ambulatoria) indica que 53% utilizaron a SESPAS; 38%, a proveedores privados; 7%, al IDSS; y 2%, a ISSFAPOL. Se declaró que los no asegurados con frecuencia eran tratados gratuitamente en las instalaciones del IDSS e ISSFAPOL, a pesar del hecho de que no tenían derecho a dicha atención; sin embargo, esto fue de ordinario el resultado de influencia o sobornos, recursos de los que obviamente carecían los pobres. Pero, los servicios privados han de pagarse, y una proporción considerable de los pobres los utilizaron probablemente debido a que no se disponía de servicios en SESPAS o a que estos eran de mala calidad (Bitran, 1989).

A continuación se presenta un resumen de la información clave de estas dos últimas secciones. Estadísticamente, de 20 a 40% de la población nacional y 28% de la población en la capital carecían de cualquier clase de cobertura de atención de salud; el porcentaje de población sin cobertura fue más bajo que el de incidencia de la pobreza (36-45% nacionalmente y 38-48% en la capital), lo que sugiere que dos terceras partes de los pobres carecían de protección; la proporción de la población asegurada estimada estadísticamente (20% en todo el país y 34% en la capital) fue mucho más elevada que la que se halló en las encuestas (7,5% en todo el país y 24% en la capital); y la cobertura de seguro de los pobres, tal como se declaró en las encuestas, fue más elevada en la capital (15%) que en el país (3%), pero fue bastante baja en ambos. Del 66% de quienes no buscaron atención médica cuando experimentaron problemas de salud, 31% lo hicieron debido a su pobreza (10-20%) o a falta de servicios o a la baja calidad de estos; las estimaciones estadísticas de la población sin cobertura (20-40% en todo el país y 28% en la capital) quizás sean bajas debido a las razones arriba citadas. De acuerdo con las encuestas, 58-62% de los pobres utilizan los servicios públicos (fundamentalmente SESPAS) y 38-42% utilizan servicios privados (la gama de estos últimos es el doble de alta que la cobertura nacional estadísticamente estimada por el seguro privado); y de acuerdo con la encuesta, 89% de los usuarios de SESPAS no están asegurados y 90% no efectúan pagos de los usuarios (al menos en Santo Domingo). De ahí que la adquisición de servicios privados por los pobres (a un promedio de 12% de su ingreso medio) indica que unas dos quintas partes de ellos no tienen acceso a los servicios de SESPAS o que estos servicios son de calidad baja.

RAZONES PARA LA FALTA DE COBERTURA O LA COBERTURA MUY BAJA DE LOS POBRES

La República Dominicana comparte algunas de las características que se observan en Costa Rica y Uruguay las cuales facilitan la universalización de la cobertura de salud: pequeño tamaño (ocupa el tercer lugar entre los países más pequeños de América Latina, aproximadamente el mismo tamaño de Costa Rica), un lenguaje y cultura únicos, pocas barreras topográficas y un buen sistema de comunicaciones. Y sin embargo, la cobertura de atención de salud de la población de la República Dominicana, en particular de los pobres, quizás sea la más deficiente entre los cinco estudios de caso o al menos tan deficiente como la del Perú. En esta sección analizamos dos tipos de razones que pudieran explicar ese fenómeno.

Factores generales

La República Dominicana es uno de los países más pobres de la Región; de acuerdo con el Banco Mundial, en 1988 tenía el PIB más bajo por persona después de Haití y de Bolivia. Aunque no pueden hacerse comparaciones exactas, la incidencia de la pobreza en el país parece ser más alta que en ocho de los 10 países encuestados por la CEPALC en la década de 1980 y quizás sea similar a la del Perú. En términos de alfabetización, saneamiento, consumo de proteínas, mortalidad infantil y esperanza de vida, la República Dominicana se encuentra entre los siete países menos desarrollados de América Latina y el Caribe. Aunque en cuanto a extensión del territorio ocupa el tercer lugar en América Latina entre los países más pequeños, en cuanto a su población ocupa el duodécimo lugar entre los más poblados de la Región, por lo que la densidad de la población es muy elevada (tres veces más elevada que en Costa Rica y México) y la tasa de crecimiento de la población, aunque en descenso, ocupó el sexto lugar entre las más altas en la década de 1980. De ahí que la demanda de esta población sobre los escasos recursos del país sea enorme.

En 1980, el sector informal del país fue proporcionalmente uno de los más pequeños de América Latina, mientras que el sector tradicional rural se redujo hasta ocupar un lugar inter-

medio en la Región. Y sin embargo, la tasa de crecimiento anual de Santo Domingo en 1960-1988 fue la más elevada de todas las capitales de América Latina y el Caribe y la combinación de una rápida urbanización con una actividad económica lenta en la década de 1980 produjo un crecimiento muy rápido del sector informal del mercado laboral. Así, en 1983, el sector informal en la capital era de 45% de la PEA, y cerca de dos terceras partes de la fuerza laboral estaba desempleada o subempleada. Las diferencias en los niveles de vida entre las zonas urbanas y las rurales son importantes.

Liderazgo gubernamental y la política de la seguridad social

Dado que más de la mitad de la fuerza laboral está constituida por empleados asalariados—solo siete países latinoamericanos tenían un porcentaje más elevado a principios de la década de 1980— y que el país tiene uno de los porcentajes más bajos de aportes salariales en la Región, sería de esperar que, incluso con un sistema tradicional de seguro social, la proporción de la fuerza laboral protegida con el programa de enfermedad-maternidad sería superior al 10%, la más baja en la América Latina y el Caribe, con la posible excepción de El Salvador. Los países con proporciones más bajas de la PEA asalariada tienen una cobertura del seguro social más alta que la República Dominicana: Bolivia con 38% de la PEA asalariada tiene una cobertura de 21% y Perú con 45% de la PEA asalariada tiene 32% de cobertura; los porcentajes de la República Dominicana son 51 y 10%, respectivamente (véanse los Cuadros 7 y 8).

El IDSS no ha podido ampliar la cobertura del seguro a la fuerza laboral asalariada debido a varias razones: se ha excluido a la mayoría de los empleados en el servicio civil y los trabajadores de oficina del sector privado que perciben más de \$US125 por mes; la administración del IDSS es notoriamente ineficiente y sus servicios son de calidad baja, lo que conduce a altas tasas de evasión tributaria; y ha faltado la dirección política necesaria para impulsar la expansión. Un tope salarial absurdamente bajo (cada vez menor debido a la inflación, a pesar de ajustes periódicos) ha privado al IDSS de recursos críticos aportados por los empleados con sueldos altos que son necesarios para ampliar la cobertura. La exclusión de la mayoría de los empleados del servicio civil también representa una gran pérdida debido a que sería relativamente fácil obtener el cobro de este grupo. Finalmente,

las empresas más grandes que pagan los sueldos más altos son las más fáciles de controlar y de fiscalizar.

La incapacidad del proyecto de ley de 1983 de ampliar la cobertura del IDSS es un buen ejemplo de un liderazgo político inadecuado. Tal como se indicó anteriormente, el proyecto de ley fue elaborado por una nueva administración y tuvo un apoyo sustancial de los sindicatos y los empleadores y la aprobación de la OIT. Una comisión integrada por representantes de todas las partes interesadas, entre ellas organizaciones de atención de salud del sector privado, analizaron el proyecto que permitía a los asegurados libertad de elección entre el IDSS y el sector privado, un compromiso necesario dada la baja calidad de los servicios de salud del seguro social y la incapacidad de las instalaciones del IDSS para absorber a una población mayor. Además, esta libertad de opción habría eliminado la costosa duplicación de la cobertura por el IDSS y el seguro privado y habría fomentado la competencia que podría haber llevado al IDSS a mejorar su servicio. Por último, era la única alternativa políticamente viable, al menos en ese momento, debido a la enorme fuerza de la Asociación Médica Dominicana y el sector de salud privado.

Y con todo, la versión final del proyecto fue modificada a último minuto para que especificara que "la atención de salud será proporcionada solamente en las instalaciones propiedad del IDSS" y que "solo en los casos y condiciones que establezca el IDSS podrá dicha atención ofrecerse en clínicas privadas y otros centros bajo contrato y conforme a las cuotas y tarifas establecidas por el IDSS". Así pues, el proyecto convirtió la participación del sector privado en una excepción y dejó su control exclusivamente en manos de los funcionarios del IDSS. La enmienda de último minuto provocó un encarnizado debate en el Congreso, produjo una fuerte oposición del sector privado, dividió al partido de gobierno y con el tiempo condujo al rechazo del proyecto. Aparentemente, la mayoría de los empleados del servicio civil se opusieron a la versión final del proyecto debido a que les habría obligado a afiliarse al IDSS y utilizar sus instalaciones, en vez de las clínicas privadas que les proporcionaban las *iguales*. Los empleados del sector privado con sueldos elevados, que habrían sido incorporados al IDSS después de la eliminación proyectada del tope salarial, también se opusieron a la enmienda porque estarían pagando aportes sin utilizar los servicios del IDSS. El rechazo del proyecto fortaleció al sector privado y contribuyó a la

erosión adicional del prestigio del IDSS (Mesa-Lago, 1986b).

Un liderazgo político que no puede aprovechar los factores favorables para ampliar la cobertura social a la fuerza laboral asalariada, menos aún hubiera podido superar las barreras estructurales existentes para hacer universal la cobertura a la población pobre marginal de las zonas urbanas y rurales. En último lugar, pero no menos importante, el porcentaje de la población no asegurada es tan elevado en la República Dominicana (80% en el mejor de los casos), que el gobierno tendría que hacer un esfuerzo extraordinario para proporcionarle cobertura a través del SESPAS, institución que tradicionalmente ha contado con un financiamiento escaso, que ha sido ineficaz y cuyos problemas se exacerbaban en la década de 1980. Estas cuestiones se analizarán en la sección siguiente.

VIABILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL Y EL SECTOR PÚBLICO PARA PROPORCIONAR COBERTURA A LOS POBRES

Quizás menos de una décima parte de los aproximadamente tres millones de pobres que existen en la República Dominicana está asegurada con el seguro social o el sector privado, y SESPAS probablemente proporcione cobertura solo a dos quintas partes de los no asegurados. En esta sección se evalúa la capacidad del IDSS y SESPAS para ampliar la cobertura eficaz de atención de salud a la población pobre no protegida.

Viabilidad del seguro social (IDSS)

El IDSS es financiado por aportes salariales: 9,5% de los empleadores (7% para pensiones y enfermedad-maternidad y 2,5% para lesión en el empleo) y 2,5% de los asegurados. El Estado está obligado legalmente a aportar una cifra adicional de 2,5%, pero rara vez ha cumplido esa obligación. En las primeras cuatro décadas de la existencia del IDSS, el Estado pagó una fracción de su aporte solo por cinco años, llevando la deuda acumulativa del Estado para con el IDSS

a \$US95 millones en 1980, equivalente a los desembolsos combinados del IDSS en 1978-1980. En 1982, 78% de todos los ingresos del IDSS provinieron de los empleadores, 19% de los asegurados y 3% de rendimientos de la inversión. Los fondos para el programa de lesión en el empleo no se separan del resto; los primeros han generado superávit constantes y una buena porción de ellos se ha utilizado para sufragar gastos, principalmente los del programa de enfermedad-maternidad (por un total de \$US43 millones en la década de 1970). En 1985, 70% del ingreso del IDSS provino de los aportes salariales, 27% del superávit del programa de lesión en el empleo y 3% del rendimiento de la inversión.

El grueso de los desembolsos del IDSS se destinan al programa de enfermedad-maternidad. Aunque no existe una cuenta separada para los tres programas del IDSS, en 1980 se estimó aproximadamente que 66% del total de los desembolsos se destinaron al programa de enfermedad-maternidad. En 1985, 56% de los desembolsos se dedicaron a la atención de salud, 27% a la administración (la mayor parte de la cual está relacionada con el programa de enfermedad-maternidad), 8% a los gastos de capital (la mayor parte de la inversión corresponde a instalaciones de salud) y 7% a beneficios monetarios (una porción de los cuales corresponde a permisos abonados de enfermedad y maternidad); por lo menos tres cuartas partes de todos estos desembolsos están relacionados con el programa de enfermedad-maternidad (Organización Panamericana de la Salud, 1983; IDSS, 1985; Duarte, 1986; Mesa-Lago, 1986b; Duarte, *et al.*, 1989).

En 1976, 1979 y 1985, el IDSS (todos los programas combinados) terminó con déficit (\$US6,6 millones en 1985), producido principalmente por un grave desequilibrio en el programa de enfermedad-maternidad. Los médicos del IDSS se declararon en huelga por dos semanas en 1985 y recibieron generosos aumentos salariales que agravaron el déficit. El Congreso levantó rápidamente el tope salarial en 75%; pero a pesar de un incremento proyectado de 29% en los ingresos para 1986 (las estimaciones del incremento oscilaron realmente entre \$US8 millones y \$US45 millones), las dificultades financieras persistieron. Para mediados de 1986, el IDSS no tenía fondos para pagar los sueldos de sus empleados, estaba retrasando el pago de los beneficios monetarios y se estaba endeudando para atender sus obligaciones. De acuerdo con los actuarios del IDSS, los datos estadísticos de la institución han sido caóticos

desde 1984: no hay cuentas separadas para los tres programas principales, lo que hace imposible realizar una evaluación financiera seria y mucho menos un estudio actuarial, y no se recopilan datos sobre los ingresos cobrados sino más bien sobre lo que debería cobrarse, incluyendo así la deuda pendiente del Estado y otras sumas que no se perciben debido a evasión y moras en los pagos. Los actuarios trataron tres veces de introducir un sistema estadístico adecuado pero no lo hicieron debido a que el director del IDSS cambió tres veces entre 1982 y 1986 y el actuario jefe fue enviado al extranjero para capacitación. Las reservas del IDSS ascendían a \$US10 millones en 1980, pero una vez que se rebajó el pago de la deuda del IDSS a los bancos, estas disminuyeron a \$US8 millones. Los actuarios declaran que, en junio de 1986, las reservas del IDSS eran iguales o menores que la deuda del IDSS, lo que significa que no existían reservas en absoluto. El último estudio actuarial (al año 1986) había sido realizado en 1980 con datos correspondientes a 1979. Yo no pude obtener una copia de dicho estudio pero se me dijo que el déficit actuarial era enorme (Organización Panamericana de la Salud, 1983; IDSS, 1985; Romero y Quesada, 1986; Mesa-Lago, 1986b).

Las razones para el déficit del IDSS en cuanto a los ingresos son la evasión y moras en los pagos, la deuda del Estado, rendimientos de la inversión bajos y decrecientes y la madurez del programa de pensiones. En el lado de los desembolsos, las razones son altos gastos administrativos, una creciente porción de las pensiones en los gastos totales, provisión de servicios gratuitos a los no asegurados e ineficiencia de los hospitales. El aporte salarial porcentual total abonado al IDSS es uno de los más bajos de América Latina y el Caribe, pero un incremento no resolvería el problema a menos que se corrijan las graves ineficiencias de la institución.

El actuario jefe estimó que la evasión tributaria oscilaba entre 30 y 35% en 1986 y que iba en aumento después del incremento en el tope salarial. Esto se debe en parte a una deficiente inscripción, control y cobro; falta de datos estadísticos exactos; ausencia de cuentas individuales; y mecanismos de cumplimiento ineficaces. Las sanciones aplicadas contra los evasores son muy leves, tales como \$US34 a \$US343 por moras en los pagos por empleadores inscritos y \$US3 a \$US34 por empleadores no inscritos (evasores), lo que estimula a las empresas clandestinas. El interés cargado por mora es del 12% anualmente, que ha estado por debajo de la tasa de inflación desde 1984. Se informa que algunos empleadores han elevado

los sueldos justamente solo por encima del tope para excluir a sus empleados de la cobertura del IDSS y evitar pagar aportes si los ahorros de estos últimos contrarrestan el incremento salarial. Tal como se indicó antes, el Estado rara vez paga las cantidades que le corresponden como contribuyente de tercera parte. La inversión del IDSS se efectúa principalmente en instalaciones de atención de salud poco rentables; el ingreso de la inversión como porcentaje del ingreso total del IDSS descendió de 8% en 1970 a 4% en 1976 y a 2,4% en 1982. Los rendimientos de la inversión, según informes, son más bajos que la tasa de inflación, en particular desde 1984 (Duarte, 1986; Mesa-Lago, 1986b; Romero y Quesada, 1986; Isuani, 1989).

El IDSS es una de las instituciones de seguro social menos eficientes en la Región. Los gastos administrativos consumieron de 22 a 30% de los desembolsos totales del IDSS en 1978-1985, pero esta cifra excluye "otros gastos administrativos"; cuando se suman las dos categorías, el total asciende a 33,5% en 1985, sin duda el porcentaje más elevado de América Latina y el Caribe. Estas cifras excluyen los sueldos del personal médico, que podrían añadir otro 40 ó 50% al total. El número de empleados del IDSS aumentó en 69% en 1975-1985 (pasando de 3693 a 6250); en el mismo período, el número de empleados por 1000 asegurados activos aumentó de 19,7 a 22,8, un récord histórico para la Región; 65% del personal está concentrado en Santo Domingo. Aproximadamente un 60% de los empleados del IDSS trabajan en el sector salud y la relación de médicos por 10 000 asegurados activos fue de 34,8 en 1985, una de las más altas de la Región. En 1980, aproximadamente un 57% de los desembolsos del IDSS se destinaron al pago de los sueldos y beneficios marginales para el personal médico, lo que sucedió antes de la huelga de los médicos en 1985 que resultó en un incremento salarial de 58%. Oficialmente los médicos del IDSS trabajan cuatro horas por día, pero en la práctica, su programa de trabajo es la mitad del indicado (Pérez Montas, 1974; Duarte, 1986; Nadal, 1986; Mesa-Lago, 1986b; Isuani, 1989).

Se informa que 40% de los servicios de salud del IDSS se proporcionan, sin dejar constancia, a pacientes no asegurados debido a relaciones políticas, sobornos u otros medios ilegales. Del 10 al 15% de los pacientes del IDSS reciben tratamiento oficial por "interés científico", un porcentaje verdaderamente muy elevado. Todas estas prácticas aumentan los costos y reducen la disponibilidad y calidad de servicios para los asegurados (Nadal, 1986; Betances, 1986).

El porcentaje de los gastos del IDSS que se destina a pensiones aumentó del 4 al 20% en 1961-1982, a medida que el número de pensionistas experimentó un aumento de 12 veces en ese período. La madurez del programa de pensiones ha contribuido al desequilibrio financiero del IDSS (Duarte, 1986).

En 1985, el IDSS operaba 16 hospitales, 22 policlínicas y 122 centros de consulta ambulatoria. El número de instalaciones totales siguió siendo básicamente el mismo que 10 años antes: dos hospitales más y cuatro clínicas más, pero 15 centros menos. Los centros, situados en zonas urbanas marginales y en los alrededores de las ciudades, proporcionan atención primaria ambulatoria de salud; pocos tienen médicos generales y están dotados de pasantes y de personal auxiliar, ninguno realiza pruebas de laboratorio y cuentan con un suministro limitado de medicamentos. Las policlínicas son instalaciones de segundo nivel situadas en zonas de alta densidad: brindan consultas ambulatorias generales y especializadas y servicios de emergencia, dentales y psiquiátricos, y están dotadas de médicos generales y especialistas. Los hospitales están situados en la capital y las ciudades principales y proporcionan atención de nivel terciario tal como cirugía, así como consultas ambulatorias. Los médicos ignoran de ordinario los envíos al nivel apropiado de atención en los hospitales y, en general, existe poca comunicación entre los tres niveles. En 1985 había 1511 camas de hospital, lo que representa un descenso del 11% frente al nivel de 1974; el número de camas de hospital propiedad del IDSS no cambió notablemente en ese período, pero el número de camas contratadas con el sector privado descendió de 200 a 25. En 1976 se permitió a 90% de los casos de emergencia utilizar instalaciones privadas pero, para 1985, esa proporción había descendido espectacularmente. La reducción en los servicios contratados se ha debido a la negativa de muchas clínicas privadas a proporcionar servicios al IDSS debido a que este último rara vez les reembolsa los pagos, o retrasa sus pagos.

Aunque la población de asegurados del IDSS aumentó en 20% en 1974-1985, el estancamiento o pequeño descenso en las instalaciones del IDSS no parece haber conducido a hacinamiento en los servicios. En el primer trimestre de 1985, la tasa de ocupación general de hospitales fue de 51,7% (41% en los hospitales de maternidad y 28% en los hospitales pediátricos), una de las más bajas de América Latina, mientras que la permanencia promedio en hospital fue de 10,4 días, bastante alta y en aumento. Por

tanto, el problema no es falta de capacidad sino la mala calidad de los servicios que obliga a los asegurados a ir a otros lugares. Las instalaciones del IDSS fueron evaluadas por la OPS en 1983 como "muy deficientes" y de "baja calidad", y la situación ha empeorado desde entonces. Las policlínicas y centros tienen promedios de dos a tres consultas ambulatorias por hora. El suministro de medicamentos ha sido calificado de "terrible", puesto que una proporción importante de los medicamentos se desperdician debido a deterioro o falta de control. Una encuesta privada en 1984 constató que 92% de los asegurados criticaban los servicios del IDSS y que no deseaban utilizarlos si tuvieran una alternativa. Se debe a estas razones el que muchos asegurados en el IDSS tienen cobertura duplicada a través de planes empresariales o *iguales* (Pérez Montas, 1974; Organización Panamericana de la Salud, 1983; IDSS, 1985; Nadal, 1986; Mesa-Lago, 1986b; Duarte, *et al.*, 1989).

El pequeño porcentaje, casi estancado, de la población protegida por el IDSS y los desequilibrios financieros y actuariales, y otras graves deficiencias de la institución mencionadas arriba, demuestran la incapacidad del IDSS de ampliar notablemente la cobertura de atención de salud. Los costos de la universalización con la actual estructura del IDSS serían astronómicos; en el Cuadro 12 se proyectó que costaría 16,7% del PIB, en importancia la quinta proporción más alta entre 22 países de la América Latina y el Caribe. El intento fallido en 1983 de ampliar la cobertura del IDSS demostró no solo un deficiente enjuiciamiento político sino también la incapacidad de calcular los costos de ampliar la cobertura. Por ejemplo, se realizaron tres estimaciones diferentes del incremento necesario en el aporte salarial para financiar la ampliación de la cobertura; el número de asegurados a incorporar osciló entre 808 000 y 1,7 millones (más del 100% de diferencia); y las estimaciones del incremento en el ingreso anual resultantes del aumento de 1985 en el tope salarial variaron en 442% (Molina, 1983; IDSS, 1983; Conte Grand, 1985). Ciertamente, los pobres no pueden esperar recibir protección de atención de salud del IDSS en el futuro a menos que la institución experimente una transformación radical.

Viabilidad del sector público (SESPAS)

En una evaluación del SESPAS realizada en 1985 se calificó a la institución como "sufre ineficacia general"; otros informes técnicos han

utilizado términos tales como "terrible" y "no viable". La crisis económica ha acelerado el deterioro de SESPAS. Una evaluación minuciosa de esta institución es difícil debido a falta de datos: ninguna de sus instalaciones mantiene información sobre costos; a menudo los administradores no conocen los gastos mensuales de su instalación por categorías principales, ni siquiera cuántos pacientes reciben tratamiento anualmente; los subregistros de los pacientes son deficientes o inexistentes; los datos sobre camas de hospitales y médicos, días promedios de permanencia y ocupación son fortuitos y contradictorios; el Programa de Medicamentos Esenciales no mantiene registros de los medicamentos enviados a los hospitales y sus costos; y durante años, no se ha mantenido información estadística sobre altas de hospital, morbilidad, consultas ambulatorias, etc. (Gómez Ulloa, 1985; Skolnik, 1986; Lewis, *et al.*, 1990).

SESPAS está sumamente centralizada, pero no tiene facultades eficaces para coordinar sus distintos niveles ni para realizar funciones de supervisión, control y evaluación; un intento de regionalización fracasó y los funcionarios locales carecen de autoridad. El sistema de salud pública está estructurado en tres niveles —clínicas, subcentros y hospitales— y existe también un Laboratorio Nacional. Las clínicas son instalaciones de primer nivel situadas en la periferia de las zonas urbanas y en las comunidades rurales con menos de 3500 habitantes; ofrecen atención primaria de salud, especialmente consulta ambulatoria general y atención materno-infantil, servicios de emergencia y rehidratación oral, y están dotadas de un pasante, una enfermera, un ayudante y un supervisor. En las clínicas rurales, promotores seleccionados de la comunidad prestan servicios de atención primaria de salud por los que reciben una compensación nominal; el programa de promotores de salud comenzó en 1976 y, para 1984, había unos 5289 promotores, un promedio de uno por cada 80 familias (Ugalde, 1984, 1988). Graves deficiencias hacen que la demanda de servicios clínicos sea muy reducida y solo se utiliza una tercera parte del tiempo de consulta. La población desconfía de las aptitudes de los pasantes y estos, por ser transitorios, no establecen relaciones con la comunidad (véase la sección sobre "Efecto sobre los niveles generales de salud" que comienza en la página 184); la mayoría de las clínicas operan en viviendas alquiladas con condiciones muy deficientes y dos terceras partes de ellas carecen de agua corriente, incluso de un lavabo; en el primer semestre de 1985, no se entregaron prácticamente suministros.

Los subcentros son, en teoría, instalaciones de segundo nivel (algunos de ellos tienen camas), pero en la práctica operan como instalaciones de primer nivel; funcionan en las ciudades más pobladas y ofrecen consultas ambulatorias, atención materno-infantil, servicios básicos de laboratorio, servicios de emergencia, cirugía menor y una farmacia popular. Los subcentros están dotados de varios médicos, enfermeras y otro personal administrativo. La calidad de estos servicios es de ordinario tan deficiente como la de las clínicas: solo se utiliza 25% del tiempo de consulta potencial, no hay espacio suficiente para consulta y a menudo varios médicos comparten una sala o ven a sus pacientes en los pasillos; solo la mitad de los subcentros cuentan con servicios diagnósticos; cargan pagos de los usuarios sin control alguno; y los suministros son, a lo más, irregulares. La evaluación arriba citada llegó a la conclusión de que ni las clínicas de SESPAS ni los centros parecen haber desempeñado un papel importante en aumentar los niveles de salud.

Hay tres niveles de hospitales: locales, regionales y nacionales. Los últimos son instalaciones de nivel terciario situadas en Santo Domingo y otras ciudades principales que ofrecen atención especializada compleja y tienen servicios de laboratorio y rayos X y farmacias. Tal como se verá posteriormente, la ocupación de hospitales llega a la mitad, aproximadamente, de la capacidad instalada y la duración promedio de permanencia es demasiado larga debido a la falta de control del historial de los pacientes, a retrasos innecesarios en las pruebas y cirugía y a ineficiencia general. Los suministros son deficientes o inexistentes, inclusive los materiales básicos para cirugía, medicinas, alimentos, ropa de cama, vajilla y cubierto, todo lo cual tiene que ser suministrado por los pacientes o sus familiares. Los fondos asignados por SESPAS se redujeron drásticamente en la década de 1980 y en la mayoría de los hospitales se cargan pagos de los usuarios sin normalización o control. Finalmente, el Laboratorio Nacional, probablemente la institución más eficiente en el sector de salud pública, realiza toda índole de pruebas diagnósticas para los pacientes que le remiten las instalaciones de SESPAS así como para los usuarios que acuden al laboratorio directamente (Gómez Ulloa, 1985).

Debido a las deficiencias y a la mala calidad de los servicios ofrecidos por las clínicas y los subcentros, 65% de las consultas ambulatorias y 86% de las pruebas de laboratorio se realizan en los hospitales. Sin embargo, 90% de estos servicios pudieran ofrecerse al primero o segundo nivel a un costo más bajo, si estas instalaciones

contaran con fondos, personal y equipo adecuados. Debido a la enorme demanda pública, las colas comienzan a formarse a las cinco de la mañana; se espera que las consultas comiencen a las ocho de la mañana y terminen al mediodía, pero en la práctica, se reducen a tres horas: los programas rara vez se cumplen y los médicos emplean unos dos minutos con cada paciente. Las citas para especializaciones tales como gastroenterología requieren varios meses y las citas para consultas ambulatorias y admisiones a los hospitales se venden a menudo o se obtienen mediante relaciones personales (Gómez Ulloa, 1985; Guzmán, 1986; Torres, 1986).

Entre 1974 y 1985, el número de hospitales de SESPAS aumentó de 45 a 47, el número de centros, de 38 a 55, y el número de clínicas, de 0 a 23 en las zonas urbanas, y de 109 a 348 en las rurales. Este incremento importante de las instalaciones primarias y secundarias fue el resultado de un programa de atención primaria de salud que se analizará posteriormente. No es fácil determinar el número de camas de hospital de SESPAS pero aparentemente este descendió de 7038 en 1979 a 6509 en 1985; un experto cree que la cifras oficiales están infladas. El número de médicos es aún más difícil de evaluar; en 1983 se declaró como 2756 y en 1985, como 2518 (SESPAS, 1983, 1984; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Gómez Ulloa, 1985; Oficina Nacional de Estadística, 1987; Lewis, *et al.*, 1990).

Una comparación de las instalaciones de SESPAS y sus recursos, en todo el país y en la capital, con las de otros proveedores en 1985-1987 indica que las primeras son las peores (véase el Cuadro 68). Al nivel nacional, las relaciones de SESPAS por persona protegida se estimaron utilizando 80 y 40% de la cobertura de la población. Tomando como base la cobertura más alta, los recursos de SESPAS fueron aproximadamente la mitad del promedio nacional y los del ISSFAPOL, una tercera parte de los del sector privado, y una cuarta parte de los del IDSS; tomando como base la cobertura más baja, los recursos de SESPAS estaban por encima del promedio nacional, pero aún estaban por debajo de los otros proveedores excepto los médicos del sector privado. La comparación de Santo Domingo en el Cuadro 68 se fundamenta en una cobertura estimada de SESPAS (53%) de la población de la capital menos una pequeña proporción protegida por las ONG y unos cuantos grupos especiales. Nuevamente, los recursos de SESPAS son los peores, todos muy por debajo del promedio general, y de una cuarta parte a la mitad de los disponibles en otros proveedores. Adviértase que el sector privado tiene proporcionalmente tres veces más camas y médicos que SESPAS y brinda de 7 a 20 más consultas por persona, pero a tres veces el costo por persona. El IDSS tiene ligeramente más camas, posee cuatro veces más médicos y ofrece dos veces más consultas por persona que

Cuadro 68. Comparación de los recursos e instalaciones de atención de salud por proveedor en Santo Domingo y en la República Dominicana, 1985-1987.

Proveedores	Santo Domingo (1987)							Nivel nacional (1985)	
	Distribución porcentual			Relación por persona asegurada				Relación por persona asegurada	
	Población con cobertura ^a	Camas de hospital	Médicos ^b	Camas de hospital (x 1000)	Médicos ^b (x 10 000)	Consultas	Gastos (\$US)	Camas de hospital (x 1000)	Médicos ^b (x 10 000)
SESPAS	53,4	33,8	20,3	2,9	12,0	1,8	9,54	1,3-2,5 ^h	4,9-9,8 ^h
IDSS	12,4	10,1	24,8	3,7 ^e	44,4	3,2	46,32	5,4	37,4
ISSFAPOL	5,0	6,5	10,0	5,9	44,6	n.d.	n.d.	2,5	10,4
Privado ^c	29,2	49,6	44,9	7,6	34,1	12-36 ^f	27,72 ^g	3,5	8,8
Total ^d	100,0	100,0	100,0	3,4	20,3	n.d.	n.d.	2,1	7,9

Fuentes: Cálculos del autor basados en la Oficina Nacional de Planificación, 1983; SESPAS, 1983, 1984; IDSS, 1985; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Gómez Ulloa, 1985; Duarte, 1986; Del Rosario y Gámez, 1988; Isuani, 1989; Duarte, *et al.*, 1989; Lewis, *et al.*, 1990.

^aExcluye a la población asegurada por organizaciones privadas sin fines de lucro y grupos especiales tales como los maestros; véase también^c.

^bBasado en los cargos, no en los médicos, ya que estos tienen empleos múltiples.

^cInstituciones privadas con fines de lucro; abarca solo parte del total; de ahí que el porcentaje real de la población haya de ser más elevado. Las instalaciones y recursos representan cifras totales (salvo los gastos); de ahí que los porcentajes y las relaciones deban ser en realidad más bajos.

^dLa relación se refiere a la población e instalaciones en su conjunto.

^eEn 1993 se declaró como 5,2.

^fCategoría que abarca parte del total de las iguales y compañías aseguradoras.

^gParte del costo no aparece ya que el asegurado lo abona como pago conjunto.

^hEstimación más baja basada en la cobertura de SESPAS de 80% de la población; estimación más alta basada en un 40% de la cobertura. Otras estimaciones basadas en una cifra declarada más elevada de camas y médicos son en 1983 de 1,5-2,9 y 5,6-11,2, respectivamente, y en 1985 de 1,4-2,9 y 6,0-11,9, respectivamente.

SESPAS, pero emplea cinco veces más dinero por persona, otra indicación de la ineficiencia y desperdicio de recursos del IDSS.

A primera vista, los datos arriba indicados demuestran que las instalaciones y personal de SESPAS son insuficientes para proporcionar cobertura a la población asignada, inclusive los pobres. Y sin embargo, se ha advertido ya que solo se utiliza realmente de 25 a 35% de la capacidad de consulta ambulatoria debido a ineficiencias y a fondos inadecuados en las instalaciones de primero y segundo niveles. Además, la ocupación de hospitales en la década de 1980 fue sistemáticamente inferior a 60-56,7% en 1980, 55,7% en 1985 y 54% en 1986. La duración nacional promedio de permanencia en hospitales fue de 23 días en 1980 y de 21,2 días en 1982; no se dispone de datos después de este último año. En las provincias en 1986, la ocupación de los subcentros y hospitales locales osciló entre 3 y 58%, y la de los hospitales de área y regionales, entre 15 y 77%. En general, cuanto más bajo es el nivel de la instalación, tanto más baja es la ocupación; en algunos hospitales especializados de la capital, las camas han sido compartidas por dos pacientes y algunas camas son colocadas en los pasillos por falta de espacio, mientras que algunos hospitales provinciales están casi vacíos. Aunque los recursos existentes pueden ser ciertamente insuficientes para proporcionar cobertura adecuada a toda la población asegurada sin recursos, existe una capacidad considerable no utilizada debido a ineficiencia y a mala calidad de los servicios que obliga a los pobres a pagar servicios privados (SESPAS, 1983, 1984, 1986a; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Gómez Ulloa, 1985; Guzmán, 1986; Duarte, *et al.*, 1989).

La única cifra que pude encontrar sobre empleo del SESPAS fue la de 10 723 para 1983; tomando como base dicha cifra, la relación de empleados por 1000 personas protegidas osciló entre 2,2 y 4,3, dependiendo de si se utiliza una cifra de cobertura de la población de 80 ó 40%. Estas cifras, particularmente la cifra baja, no son elevadas conforme a normas latinoamericanas y del Caribe, pero ciertamente son minúsculas en comparación con las del IDSS, a saber, 18 a 22 empleados por 1000 asegurados. Pero, nuevamente, la cuestión aquí no es de cantidad sino de calidad. En general, el personal de SESPAS tiene aptitudes de bajo nivel; no poseen una carrera del servicio civil; carecen de estabilidad y de incentivos laborales; y son contratados, asignados, promovidos, despedidos y remunerados por el Ministerio, de ordinario sin considerar su desempeño y sin aportes de la unidad local. Los profesionales médicos reciben los

mismos sueldos básicos independientemente de las diferencias en las aptitudes y antigüedad y existe una abundancia de médicos y una grave escasez de enfermeras y otro personal paramédico (Gómez Ulloa, 1985; Lewis, 1987; La Forgia, 1989).

El superávit nacional de médicos y su asociación poderosa presentan algunos de los problemas más graves para SESPAS y para todo el sector de salud pública. En 1986, había 13 facultades de medicina que no estaban sujetas a ningún control y la duración de la carrera variaba entre tres y siete años. Había 10 000 estudiantes matriculados y 1000 egresaban anualmente; la relación nacional de estudiantes de medicina a la población ocupó el segundo lugar entre las más altas de la Región. La mitad aproximadamente de los egresados emigran, lo que representa una pérdida de \$US20 000 por emigrante, pero el resto se queda en el país ampliando el superávit y presionando por ocupar puestos. Con la cooperación de la OPS, en 1983 se estableció una comisión especial para regular todas las facultades de medicina; esta comisión elaboró un proyecto legal pero este fue rechazado por el poderoso grupo de cabildeo de la universidad. Una medida inicial habría sido hacer más estricto el examen de entrada, puesto que, según se informa, pocos candidatos son suspendidos, pero debido a que las universidades son autónomas, se necesitaría una ley para efectuar dicho cambio.

Están desempleados más de 1000 médicos, y la presión por contratarlos es intensa. Se les pagan sueldos elevados por servicios que podría proporcionar personal paramédico a un costo más bajo y recurren a huelgas para obtener aumentos salariales. Se espera de los médicos que trabajen cuatro horas (ocho, desde 1986) pero en realidad trabajan dos y emplean un promedio de dos minutos por paciente; solo examinan a unos cuantos pacientes por día. Además, con frecuencia están ausentes, retrasan las altas de hospital, infringen las normas y rechazan cualquier esfuerzo por introducir la planificación, fijar programas de trabajo y metas y aplicar el presupuesto.

La Asociación Médica Dominicana (AMD) es el sindicato más poderoso del país. Sistemáticamente defiende a los médicos independientemente de si estos tienen o no la razón; como resultado, se han convertido en intocables y es imposible despedirlos. En 1962, una ley privó a SESPAS de la facultad para disciplinar a sus empleados médicos y transfirió esta autoridad a un consejo controlado por la Asociación Médica Dominicana, que siempre rechaza los cargos y ordena la reinstitución de un médico suspen-

dido con pago retroactivo de su sueldo. De ordinario, los médicos tienen puestos de trabajo múltiples y reducen su trabajo en el sector público en la medida posible a fin de dedicar más tiempo a la práctica privada. Las enfermeras trabajan un promedio de 15 días por mes, de 4 a 20 horas por semana; muchas tienen permiso remunerado permanente y otras trabajan para dos o tres empleadores y reducen al mínimo el tiempo empleado en SESPAS. Una tercera parte del tiempo de las enfermeras se desperdicia en actividades no relacionadas con su trabajo, y no existe control de la asistencia ni evaluación del desempeño de las labores de enfermería. Como resultado, los familiares de los pacientes se ven obligados a menudo a alimentarlos, bañarlos y ayudarles (USAID, 1975; SESPAS, 1983; Gómez Ulloa, 1985; Calventi, 1986; González Gautreaux, 1986; Guzmán, 1986; Mendoza, 1986; Torres, 1986; Ugalde, 1988).

El mantenimiento y las reparaciones del equipo de SESPAS son deplorables. A mediados de la década de 1980, 90% de las incubadoras, 75% del equipo de rayos X y de laboratorio, 72% de las unidades de atención intensiva y 50% de los autoclaves y equipo de anestesia no funcionaban. En Santo Domingo, cuatro quintas partes de los hospitales requerían reparación urgente de su planta física y sustitución o reparación del equipo de lavado, hervido, cocina, esterilización y quirúrgico (Oficina Nacional de Planificación, 1983; Gómez Ulloa, 1985; Skolnik, 1986; Duarte, *et al.*, 1989). La siguiente anécdota elocuente me la contó el director del principal hospital de maternidad en la capital. En 1979 se firmó un acuerdo con un banco francés para comprar equipo valorado en \$US240 000 para abastecer dos hospitales y seis clínicas; el equipo llegó en 1982 y permaneció en el muelle por tres años. A mediados de 1986, el equipo para el hospital de maternidad permanecía en las cajas en el almacén del hospital en espera de la instalación requerida, que de acuerdo con las estimaciones costaba \$US14 000, pero SESPAS no había proporcionado los fondos (Calventi, 1986). Aparentemente, la situación durante el resto de la década de 1980 se deterioró aún más y, en enero-julio de 1990, la mayoría de las salas de operaciones de la República Dominicana se cerraron debido a huelgas constantes (La Forgia, 1990b).

El Programa de Medicamentos Esenciales es el principal proveedor de medicamentos y artículos médicos al sector público. Inicialmente compraba y distribuía 165 medicamentos genéricos a costos relativamente bajos, beneficiando así a los pobres; se informa que esta competencia también resultó en un descenso en los pre-

cios en el sector privado. Para 1986 el fondo rotativo del Programa se había agotado prácticamente y las compras descendieron al 15% de los niveles anteriores. Una razón principal para dicho descenso fue aparentemente la falta de pago, o moras en los pagos por parte del Estado al Programa, pero a ello también contribuyó tanto una falta de conocimiento de la demanda, que resultó en acumulación de existencias, como la pérdida de la tasa de cambio preferencial para importar medicinas, lo que redujo el poder adquisitivo de la agencia en la mitad. También se ha criticado al Programa de Medicamentos Esenciales de carecer de un almacén, de no tener una distribución adecuada y de no consultar adecuadamente a las unidades locales para evaluar su demanda, así como de un suministro irregular; de licitaciones irregulares que resultan en comisiones fraudulentas y precios más altos por las medicinas; de incapacidad de controlar los precios de los medicamentos y de garantizar su calidad; y de ineficiencia administrativa y utilidades excesivas que también elevan los precios de los medicamentos (Calventi, 1986; Gómez y Gross, 1986; González Gautreaux, 1986; Hernández Llamas, 1986; Mendoza, 1986; Mesa-Lago, 1986b).

En 1981, el gasto por persona del Gobierno central en salud, en dólares de los Estados Unidos (relacionado fundamentalmente con SESPAS) ocupó el noveno lugar entre los más altos de 23 países y fue más elevado que el gasto por persona de países más desarrollados, tales como la Argentina, Brasil y México. Este hecho sorprendente pone aún más de manifiesto el desperdicio e ineficiencia en el uso de los recursos de SESPAS. Sin embargo, para 1984 el desembolso por persona del país se había reducido en la mitad; esta reducción fue la mayor entre los 14 países para los que se dispone de datos (Musgrove, 1986; 1989a). Como porcentaje del presupuesto del Gobierno central, la proporción de SESPAS descendió de 8 a 5% en 1982-1985; como porcentaje del PIB, los gastos de SESPAS se redujeron en la mitad pasando de 2,2 a 1% en 1979-1987.

El Gobierno central proporciona de 73 a 94% del presupuesto de SESPAS y el resto proviene de pagos de los usuarios y de la ayuda y préstamos internacionales; a medida que se han reducido los fondos del Gobierno, han aumentado los pagos por los usuarios. Los desembolsos de SESPAS se distribuyen de la manera siguiente: 91% al nivel terciario (principalmente a los cinco hospitales principales en la capital), 6% al nivel secundario y 3% al nivel primario; menos de 1% del presupuesto se emplea en prevención y saneamiento y la mayor parte del pre-

supuesto se destina a la atención especializada de índole curativa. A medida que el presupuesto de SESPAS se redujo en términos reales en la década de 1980, los sueldos del personal fueron los menos afectados (este rubro aumentó de 58 a 68% del presupuesto en 1980-1984), mientras que todos los gastos restantes, así como los desembolsos de capital, experimentaron un pronunciado descenso (SESPAS, 1983; Bartlett, 1983; Isuani, 1989; Duarte, *et al.*, 1989).

Las cifras arriba indicadas refuerzan las declaraciones previas formuladas aquí en relación con el hecho de que los servicios de SESPAS experimentaron un constante deterioro en la segunda mitad de la década de 1980 y que sus fondos se asignan de forma irracional frente a las necesidades de salud de la población. Si las instalaciones y los recursos de SESPAS se utilizasen con mayor eficiencia, se concentrasen en los grupos vulnerables de población tales como los pobres, los lactantes y las mujeres embarazadas, y se concentrasen menos en la medicina curativa y en el nivel terciario, esa institución podría proporcionar eficazmente atención de salud a los pobres. A menos que haya una transformación radical de SESPAS, los pobres tendrán que buscar otros medios.

LOS EFECTOS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA SOBRE LOS NIVELES DE SALUD

En esta sección se evalúan los servicios de SESPAS, en particular los programas ejecutados en 1975-1986 a favor de los grupos de bajos ingresos, y sus posibles efectos sobre los niveles generales de salud de la población. No hay datos para evaluar los efectos posibles sobre los niveles de salud entre los pobres; sin embargo, se analizará brevemente el efecto redistributivo de las subvenciones de salud del Estado en este grupo.

Efectos sobre los niveles generales de salud

A mediados de la década de 1970, un estudio realizado en la República Dominicana por un funcionario de la AID (EUA) indicó que los servicios curativos de salud no habían sido tan eficaces como se esperaba para reducir la morbili-

dad y mortalidad en la infancia debido a que casi la mitad de todas las enfermedades, tales como las infecciones gastrointestinales y respiratorias, estaban relacionadas con factores socioeconómicos y ambientales. El estudio llegó a la conclusión de que programas que destacaran la prevención y la nutrición reducirían notablemente la morbilidad y la mortalidad y, por ende, los costos de salud (Marx, 1978). Este estudio puede haber promovido un cambio en la política de salud del país con ayuda de fondos externos.

En 1975-1986, la República Dominicana, principalmente SESPAS, recibió al menos \$US39 millones, y posiblemente \$US42 millones, de entidades internacionales y regionales para ampliar la cobertura de atención primaria de salud y de prevención, en particular en lo que respecta a los pobres: \$US17,5 millones de la AID en 1975-1986, \$US15,6 millones del BID a fines de la década de 1970 y principios de la década de 1980, \$US3,8 millones de la OPS/OMS en 1982-1986, y \$US2,5 millones del UNICEF en 1982-1986; el PNUD tenía proyectada una donación adicional por \$US2,5 millones en 1987-1991 y, en 1986, el BID estaba estudiando otra donación para remodelar y rehabilitar muchas instalaciones de SESPAS. Aunque los objetivos específicos de todas estas donaciones y programas han sido diferentes, todos se concentraron en la prevención y el saneamiento, excepto la donación del BID que se destinó a la expansión y equipamiento de clínicas, subcentros y hospitales, y hubo una importante superposición entre ellas.

Las donaciones aspiraron específicamente a mejorar los niveles de nutrición y el acceso a sistemas de agua potable (bombas de mano) y evacuación de excretas (letrinas), en particular en las zonas rurales; a reducir las enfermedades contagiosas mediante campañas de control de la malaria y campañas de inmunización contra la tuberculosis, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos y sarampión; a reducir la mortalidad ocasionada por diarrea y parásitos mediante campañas de rehidratación y antiparasitarias; a mejorar la atención de salud en el grupo materno-infantil; a ampliar los servicios de atención de salud, principalmente de índole preventiva, para los pobres en las zonas urbanas marginales y rurales (estas últimas en parte a través de 6000 promotores de salud); a crear un sistema para proporcionar y/o vender medicamentos a bajo costo; y a mejorar la organización y promoción de la integración del sistema de salud pública. Los resultados finales previstos de estos programas fueron un descenso en la mortalidad infantil, un incremento en la esperanza de vida y

un mejoramiento general en los niveles de salud (USAID, 1975; Bartlett, 1983; Organización Panamericana de la Salud/PNUD/UNICEF, 1986; Early, 1986; Lewis, *et al.*, 1990).

Según tengo entendido, no hay una evaluación integral o minuciosa de los resultados de estas donaciones y programas. Tal como se ha dicho, en 1974-1985 hubo un incremento de tres veces en el número de clínicas rurales de SESPAS, más la creación de clínicas urbanas y la adición de dos hospitales. Sin embargo, como demostró claramente el análisis precedente, en este período la cobertura de la población no se amplió notablemente, las camas de hospital y los médicos de SESPAS permanecieron estancados o disminuyeron sobre una base por persona, y la calidad de los servicios y la eficiencia gerencial experimentaron un deterioro.

En 1982-1983, un grupo de expertos en ciencias sociales de los Estados Unidos llevó a cabo una importante evaluación del programa de clínicas rurales y promotores. Este grupo pasó nueve meses en una pequeña comunidad rural realizando entrevistas, recogiendo datos sobre mortalidad y presupuestos familiares y sometiendo a prueba planes piloto. La comunidad tenía una clínica con 22 empleados y gastaba \$US7 por persona anualmente o \$US9 si se añade el costo de los pacientes remitidos; esta última cifra fue similar al gasto promedio por persona de SESPAS en Santo Domingo en 1987 (Cuadro 68). A pesar de la extensa infraestructura y costos elevados, los servicios ofrecidos fueron ineficaces y de baja calidad y, como resultado, dos terceras partes de los gastos directos de la comunidad en atención de salud fueron al sector privado. Cosa sorprendente, los pagos por los usuarios para la consulta ambulatoria en la clínica fueron ligeramente superiores a los de los médicos privados.

El grupo halló varias causas para la ineficiencia de los servicios públicos. Una falla principal fue el desempeño de los pasantes, egresados recientes sin capacitación en atención primaria de salud que permanecen solo un año y que no tienen interés en la comunidad, reducen al mínimo sus servicios, se hallan frecuentemente ausentes y no ganan la confianza de la comunidad. Los medicamentos eran gratuitos pero el suministro era muy irregular; cuando las medicinas llegaban a la clínica, los pacientes acudían en busca de las medicinas en vez de en busca de consulta con el pasante; también fue un problema común la prescripción excesiva de medicamentos. El pasante empleaba un promedio de menos de tres minutos por paciente, terminaba las consultas a las 10 de la mañana y no hacía

nada el resto del día. Los pasantes tampoco pedían piezas de repuesto ni mantenían el equipo y mucho menos educaban a la comunidad sobre mejores prácticas de salud. El grupo, aunque tomando como base una sola comunidad, consideró que la evaluación tenía valor nacional y recomendó que los pasantes fuesen sustituidos por médicos permanentes experimentados con capacitación especializada (aprovechando el superávit de médicos), que deberían dedicar parte del tiempo a capacitar a los promotores de salud y educar a la comunidad; que se debían establecer puestos rurales servidos por la clínica rural a fin de optimizar el tiempo del médico; que se mejoraran las prácticas administrativas (que tendrían que venir principalmente desde arriba); y que las farmacias comunales aplicaran un cargo (salvo para los pobres) y utilizaran un fondo rotativo para comprar medicamentos cuando no pudiese suministrarlos SESPAS (Ugalde, 1984, 1988).

Existe poca o ninguna información sobre el resultado de otros programas. En 1983, la AID trató de evaluar el efecto de los programas que había ayudado a financiar, pero debido a falta de datos, la evaluación no pudo realizarse de modo adecuado (Early, 1986). Durante mi visita en 1986 escuché opiniones contradictorias de los funcionarios y expertos de salud de la República Dominicana sobre la eficacia de los programas de SESPAS objeto de estudio. El subsecretario de administración de SESPAS me dijo que la campaña de inmunización había tenido éxito y había reducido la incidencia de las enfermedades contagiosas y eliminado los embotellamientos en las consultas ambulatorias de los hospitales infantiles (Guzmán, 1986). Por el contrario, un médico bien conocido mantuvo que la campaña antiparasitaria y el esfuerzo por ampliar las letrinas y bombas de mano en las zonas rurales fracasó debido a desperdicio de fondos e ineficiencia (Gautreaux, 1986).

Los datos estadísticos para la evaluación requerida son escasos y contradictorios. Una fuente dominicana informa que la cobertura de inmunización de los niños menores de un año de edad descendió en 1978-1982: de 98 a 54% en el caso de la poliomielitis y de 93 a 41% en el de la difteria, tos ferina y tétanos (Consejo Nacional de Población y Familia, 1985). Un estudio del Banco Mundial afirma que, en 1984-1987, la tasa de inmunización para la poliomielitis y la difteria en el mismo grupo de población fue de 28% (lo que indica un descenso adicional), mientras que para el sarampión fue de 24%; estas tasas fueron las más bajas entre los seis países comparados, entre ellos Costa Rica y Mé-

xico (Pfeffermann y Griffin, 1989). Por el contrario, un estudio realizado en los Estados Unidos indicó que, en 1981-1985, las tasas de inmunización para la poliomielitis aumentaron de 42 a 80% y de 17 a 81% para sarampión (Lewis, *et al.*, 1990).

De acuerdo con una fuente dominicana, la provisión de servicios institucionales a los niños descendió de 73 a 67% en 1979-1982, pero otra fuente nacional indicó un incremento del 76 al 85% en 1975-1980; entre los servicios institucionales de maternidad la proporción atendida por SESPAS aumentó de 56 a 61%. La atención de mujeres embarazadas se cifró en 21,4% en 1982 (SESPAS, 1984; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985). Sin embargo, la encuesta de 1987 de Santo Domingo constató que "prácticamente todas las mujeres que requieren atención prenatal obtienen dicho servicio", y que más de 80% notifican más de una consulta (Bitran, 1989).

El análisis de la evolución de las instalaciones y niveles de salud también tropieza con series estadísticas poco uniformes. El Cuadro 69 indica que la relación de camas de hospital por 1000 habitantes descendió de 2,6 a 2,1 en 1970-1985; en el último año, sin embargo, la relación dominicana ocupó el decimotercer lugar entre 24 países de América Latina y el Caribe, muy por encima de países relativamente más desarrollados tales como México y Perú (véase el Cuadro 12). La relación de médicos por 1000 habitantes se mantuvo fundamentalmente estancada durante ese período; de acuerdo con este indicador, la República Dominicana ocupó un lugar más bajo, el decimotercer lugar entre 24 países de América Latina y el Caribe. En vista del superávit declarado de médicos, esta cifra y clasificación son sorprendentes. Es posible que la cifra se haya subestimado; en el Cuadro 68 se

presenta una relación de 7,9 médicos por 10 000 habitantes, que colocaría a la República Dominicana en el decimotercer lugar en la Región, pero esa relación se sobrestimó debido al empleo múltiple de los médicos.

Para las tasas de mortalidad y esperanza de vida, el Cuadro 69 ofrece dos series diferentes: la primera la proporciona la CEPALC y es sistemáticamente más favorable que la segunda, basada en datos nacionales, excepto en lo que respecta a la mortalidad infantil en dos años (que se presentan entre corchetes). La OPS ha dado cuenta de un subregistro de la mortalidad infantil de hasta 50% (Gómez Ulloa, 1985). Ciertamente, el censo de 1970 dio una tasa de 170,6, es decir 62% por encima de la tasa de la CEPALC de 105. Por el contrario, las estimaciones oficiales son a menudo la mitad de las cifras de la CEPALC, tales como 37,6 y 74,5, respectivamente, para 1985. De acuerdo con la serie de la CEPALC (columna 1), la tasa anual promedio de reducción en la mortalidad infantil en períodos de cinco años disminuyó constantemente de 3,04 en 1960-1965 a 1,84 en 1975-1980, pero luego aumentó 1,96 en 1980-1985 y experimentó una reducción hasta 1,90 en 1985-1990. Sin embargo, las observaciones de 1960 y 1970 (columna 2) acusan un incremento en la mortalidad infantil, mientras que las observaciones de 1975 y 1985 indican una tasa anual de descenso de solo 0,2. Por tanto, la serie de la CEPALC presenta una aceleración modesta de la tasa de disminución en la fecha en la que se ejecutaron los programas de SESPAS arriba citados, pero sin llegar a las tasas de descenso del período de 1960-1975; además, dicha mejora es dudosa.

La serie de la CEPALC para la esperanza de vida al nacer presenta una tendencia descendente en la tasa promedio de incremento anual (en años), de 0,68 en 1965-1970 a 0,36 en

Cuadro 69. Instalaciones y normas de atención de salud en la República Dominicana, 1960-1990.

	Camas de hospital por 1000 habitantes	Médicos por 10 000 habitantes	Tasa de mortalidad ^a				Esperanza de vida ^a	
			General		Infantil		(1)	(2) ^b
			(1)	(2) ^b	(1)	(2) ^c		
1960	2,3	n.d.	n.d.	18,5	132,2	142,6	51,0	49,1
1965	n.d.	5,8	14,7	15,4	117,0	n.d.	53,6	52,6
1970	2,6	n.d.	12,1	13,1	105,0	170,6	57,0	55,4
1975	2,5	n.d.	9,8	11,0	93,5	[39,4] ^d	60,0	57,8
1980	n.d.	5,6	8,4	9,1	84,3	n.d.	62,1	60,2
1985	2,1	5,7	7,5	n.d.	74,5	[37,6]	64,1	62,6
1988-1990	n.d.	5,7	6,8	n.d.	65,0	n.d.	65,9	n.d.

Fuentes: Oficina Nacional de Planificación, 1983; Oficina Nacional de Estadística 1965-1987; Gómez Ulloa, 1985; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; CEPALC, 1989a; BID, 1989; Banco Mundial, 1990.

^aEstimaciones quinquenales, salvo en algunos casos. La columna 1 proviene de CEPALC y es sistemáticamente más favorable que los datos de la columna 2 (provenientes de datos nacionales) excepto en cuanto a la mortalidad infantil en 1970 y 1985.

^bDel Consejo Nacional de Población y Familia.

^c1970 del censo demográfico; 1975 de la Oficina Nacional de Estadística; 1985 del BID.

^d1976.

1985-1990. En realidad, en 1976-1985, período en el que los programas de SESPAS estaban vigentes, la tasa experimentó un pronunciado descenso. La segunda serie sobre esperanza de vida también indica una tendencia descendente en 1960-1970, pero un estancamiento después de la fecha en la que se ejecutaron los programas. Incluso utilizando la serie más favorable de la CEPALC, en 1985 la República Dominicana ocupó el vigésimo lugar entre los países de América Latina y el Caribe en términos de la tasa de mortalidad infantil (solo cuatro países tuvieron tasas más elevadas; véase el Cuadro 12), y ocupó el decimosexto lugar en la esperanza de vida (ocho países tuvieron una esperanza de vida más baja). Y con todo, al principio de la década de 1980, el desembolso por persona del país por concepto de salud pública ocupó el noveno lugar entre los más altos de esos países. Aunque los desembolsos por persona de la República Dominicana por concepto de salud fueron casi tan elevados como los de México, la cobertura de inmunización de este último para la población fue tres veces mayor que la del primero (Pfeffermann y Griffin, 1989).

Los cambios en las relaciones de la morbilidad y causas de la mortalidad son los más difíciles de evaluar, debido a que no hay datos comparables exactos para mediados de la década de 1970 y la de 1980. Sin embargo, la información disponible para principios de la década de 1980 proporciona relaciones muy elevadas de enfermedades contagiosas y "enfermedades del subdesarrollo" como causas de defunción. Por ejemplo, la relación de la malaria fue de 49 por 100 000 habitantes y esta enfermedad ocupó el quinto lugar entre las causas principales de morbilidad para todas las edades; la relación para la tuberculosis también estuvo por encima de 40 por 100 000 habitantes. La diarrea aguda fue la causa principal de defunción entre las personas con menos de 15 años y más de 50 años de edad. Entre los lactantes con menos de un año de edad, las enfermedades perinatales ocasionaron 21% de las defunciones; la diarrea y las infecciones intestinales, 14%; las enfermedades respiratorias, 13%; y la desnutrición, 11%. Casi 35% de los alumnos de edad preescolar sufrían desnutrición (SESPAS, 1983; Consejo Nacional de Población y Familia, 1985; Gómez Ulloa, 1985).

Según se informa, el acceso al agua por tubería se amplió en 1969-1985, pasando de 75,8 a 85% en las zonas urbanas y de 9 a 34% en las zonas rurales. En estas últimas, el incremento ocurrió en 1969-1980; con posterioridad, la proporción casi se estancó. Yo estimo que, al nivel nacional, la expansión fue de 35,7 a 62,5% en

1969-1985. El número de casas urbanas conectadas al sistema de alcantarillado aumentó de 19,5% en 1963 a 41% en 1985 (CEPALC, 1989a). Estas cifras indican una importante expansión de las instalaciones sanitarias en las zonas urbanas pero aún así los niveles a mediados de los años 80 eran bastante bajos y la gran mayoría de las familias pobres carecían de estas instalaciones. No se dispone de datos sobre los resultados del programa destinado a aumentar el número de letrinas y bombas de agua en las zonas rurales. Además, la situación pareció deteriorarse en la segunda mitad de la década de 1980. La mayor parte de las enfermedades guardan relación con agua insalubre. La interrupción frecuente en el suministro de energía eléctrica interrumpe el abastecimiento de agua, y la calidad del agua por tubería se ha deteriorado debido a que el agua permanece estancada por largos períodos de tiempo en tuberías deterioradas; además, la cantidad de productos químicos utilizados para el tratamiento del agua se ha visto reducida. El sistema de alcantarillado en Santo Domingo tiene una capacidad insuficiente para hacer frente a las aguas residuales, por lo que la mayor parte de estas aguas en la ciudad se descarga sin tratar a ríos y al océano. En 1986, cerca de la mitad de los residentes no tenían servicios frecuentes de recolección de basura y la situación empeoró después (Lewis, *et al.*, 1990).

Aunque el análisis precedente no permite sacar conclusiones sólidas, indica que los fondos sustanciales invertidos en los programas de SESPAS no habían producido los resultados previstos para mediados de la década de 1980, con la posible excepción de una expansión en los servicios de agua por tuberías en las zonas urbanas, debido a desperdicio e ineficiencia. Los niveles de salud parecen haberse deteriorado en la segunda mitad de la década de 1980. Sin duda, también se deterioró el estado de salud de los pobres.

Efectos de la distribución del ingreso

En 1982 se realizó en la República Dominicana una encuesta para medir el efecto de las subvenciones estatales para los servicios sociales sobre la distribución del ingreso. Las subvenciones estatales para la salud fueron las únicas subvenciones que se encontró que habían tenido un efecto distributivo progresivo; se halló que las subvenciones a otros servicios sociales (vivienda, pensiones, educación, agua) eran regresivas.

El quintilo más pobre de la población recibió 41% de la subvención de salud, pero el segundo

quintilo solo recibió 16%, mientras que el tercer quintilo recibió 20%; los dos quintilos más ricos recibieron 23% de la subvención. Después de añadir la subvención, la distribución del ingreso se igualó ligeramente más: 1,4 puntos porcentuales de los dos quintilos más adinerados se transfirieron principalmente a los dos quintilos más pobres (véase el Cuadro 17). Aunque la subvención estatal a la atención de salud pública tuvo un efecto progresivo, su efecto en mejorar la distribución y el ingreso de los pobres fue menor. Este resultado de la encuesta indica que se asignó a la salud una pequeña proporción de los fondos, pero hallamos pruebas contradictorias en la sección anterior.

En otros cuatro países se llevó a cabo también la misma encuesta. La distribución del ingreso en la República Dominicana, antes y después de recibir el subsidio de salud, fue la más desigual de todos los países menos uno. Es más, el efecto del subsidio en reducir la desigualdad del ingreso (medido por el coeficiente de Gini) fue el menos importante en la República Dominicana: -0,0154 en comparación con -0,0182 en la Argentina, -0,0205 en Chile y -0,0575 en Costa Rica (Petrei, 1987).

POSIBILIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE EXTENDER EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD A LOS POBRES

En las secciones anteriores se ha señalado que algunos de los pobres no tienen acceso a la atención de salud y que algunos que sí lo tienen no utilizan los servicios de SESPAS debido a su baja calidad y, por tanto, se ven forzados a pagar por atención privada. Se ha demostrado que si la eficiencia administrativa y la calidad de los servicios de SESPAS mejorara, las instalaciones existentes podrían proporcionar una atención de salud adecuada a una parte importante de los pobres que actualmente no tienen protección. En esta sección se examinan dos posibilidades para mejorar la cobertura y la utilización por los pobres: pago por los usuarios en las instalaciones de SESPAS y planes de pagos previos privados (iguales) en el caso de los grupos de ingresos bajos.

Pagos de los usuarios²

Con una buena administración, los pagos de los usuarios pueden resultar un mecanismo financiero adecuado para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud, lo que podría conducir a una mejor utilización de esos servicios por los pobres. (El mejoramiento de la calidad se refiere en este caso a una mejor función y organización de la instalación de atención médica.) Por el contrario, el cargar pagos en un ambiente pobremente administrado, unido a una atención ineficiente, puede reducir la utilización de esos servicios por parte de los pobres y de los grupos de ingresos bajos. En la República Dominicana existe por lo menos una entidad que ha tenido éxito en lograr estos objetivos, pero la mayoría de ellas han fracasado en mejorar la calidad de los servicios aunque han podido mantener una calidad básica en medio del deterioro económico.

Base legal y política

La Constitución de la República Dominicana estipula que "[el Estado] proporcionará asistencia médica y hospitalización gratuitas a quienes tienen medios económicos escasos y solicitan dichos servicios". La Constitución prohíbe implícitamente cargar pagos de los usuarios a los pobres, pero permite cargar pagos a quienes tienen medios económicos. Y sin embargo, los decretos y disposiciones dictaminados en la década de 1940 establecen precios para los servicios hospitalarios, ambulatorios y diagnósticos en las instalaciones de SESPAS. Además, en 1982-1986 el Gobierno permitió cargar pagos de los usuarios por algunos servicios médicos. La Asociación Médica Dominicana se ha opuesto a los pagos de los usuarios tomando como base la Constitución y el Gobierno se ha mostrado reacio a regular los pagos, temiendo una reacción política negativa. De acuerdo con funcionarios de SESPAS, los pagos para la atención hospitalaria están prohibidos, pero la ma-

² Esta sección constituye fundamentalmente un resumen de un informe preparado específicamente para este estudio por Gerard M. La Forgia: "User Fees, Quality of Care, and the Poor: Lessons from the Dominican Republic", Santo Domingo, septiembre de 1989. El informe de La Forgia se complementa aquí con mi propia observación (Mesa-Lago, 1986b) y con un estudio anterior (Lewis, 1987). Toda la información en esta sección, a menos que se especifique lo contrario, procede de La Forgia, que técnicamente es su autor, aunque yo me responsabilizo de cualesquiera errores que pudieran haber resultado al resumir su informe.

yoría de los hospitales cargan pagos por algunos servicios ambulatorios. Debido a la ausencia de una clara política sobre cargos por servicios ambulatorios, no existe una práctica normalizada de pagos de los usuarios sino más bien diferentes respuestas a las iniciativas de los directores de hospitales y necesidades percibidas.

A pesar de la política gubernamental ambigua, ha surgido un patrón general de pagos de los usuarios. La mayoría de las instalaciones de SESPAS proporcionan consultas médicas ambulatorias y atención hospitalaria gratuitas. Sin embargo, los hospitales grandes cargan por los servicios diagnósticos para pacientes ambulatorios pero los pacientes hospitalizados reciben estos servicios gratuitamente. El Laboratorio Nacional carga por los servicios diagnósticos pero no por los pacientes hospitalizados en las instalaciones de SESPAS. Al menos dos hospitales cargan por la tarjeta de registro médico por la primera visita ambulatoria; los servicios de enyesado y medicamentos costosos para el tratamiento de cáncer; la cirugía endoscópica y algunos tipos de cirugía ocular. La mayoría de estas prácticas promueven el uso de los servicios de emergencia o la admisión a los hospitales a fin de evitar los cargos y subvencionan los servicios hospitalizados por los pacientes ambulatorios.

Según la región, los hospitales pequeños de maternidad-infantiles (subcentros) en el campo pueden cargar a los pacientes ambulatorios por algunos servicios diagnósticos. Y sin embargo, en 1989, tres subcentros visitados para este estudio en la región oriental del país no cobraban pagos de los usuarios por ningún servicio. No obstante, los funcionarios de SESPAS afirman que los subcentros en la región meridional sí cobran pagos de los usuarios. Las instalaciones ambulatorias pequeñas (clínicas) no aplican cargos de los usuarios pero tampoco proporcionan servicios diagnósticos (Mesa-Lago, 1986b; Lewis, 1987; La Forgia, 1989).

Instalaciones investigadas

En 1986, mientras buscaba información sobre pagos de los usuarios, visité y entrevisté a los directores del Laboratorio Nacional y tres hospitales en Santo Domingo, entre ellos el Hospital General Aybar, el Hospital de Maternidad de Altigracia y el Hospital de Niños Reid Cabral (Mesa-Lago, 1986b). El primer estudio minucioso de los pagos de los usuarios, realizado en 1986, seleccionó el Laboratorio Nacional, cinco hospitales en Santo Domingo (Altigracia, Aybar y Reid Cabral, el Hospital General de Bellini y el Hospital de Traumas de Contreras) y cuatro hos-

pitales regionales, en San Pedro de Macorís, Barbados, Santiago y San Cristóbal (Lewis, 1987). El estudio de La Forgia, realizado en abril-junio de 1989, se limitó a tres hospitales en Santo Domingo (Altigracia, Aybar y Reid Cabral) más el Laboratorio Nacional. De ahí que cuatro de las instalaciones investigadas por él fuesen anteriormente visitadas por mí y estudiadas por Lewis, lo que da cierta continuidad en la información.

Las cuatro instalaciones seleccionadas han tenido una amplia experiencia con los pagos de los usuarios y mantienen registros financieros. En término del número de camas de hospitales y corriente de pacientes, los tres hospitales de la muestra son los mayores de Santo Domingo; les corresponde 50% de las camas, 80% de las altas de hospital y 50% de las consultas médicas ambulatorias en todas las instalaciones de SESPAS en esa ciudad. Con unas cuantas excepciones, estos tres hospitales también son los mayores del país; son centros nacionales de referencia y, por tanto, reciben pacientes de todo el país. El Laboratorio Nacional solo realiza exámenes de laboratorio y acepta los pacientes que le remiten las instalaciones públicas y privadas así como los pacientes que vienen directamente a la instalación.

Importancia financiera de los pagos de los usuarios

Las instalaciones reciben fondos de personal y suministros del presupuesto de personal de SESPAS y subvenciones operativas, medicamentos y suministros médicos del Programa de Medicamentos Esenciales, ingresos por concepto de pagos de los usuarios y donaciones. Los administradores de las instalaciones no tienen control sobre el personal —SESPAS los contrata y les paga directamente— ni sobre los suministros médicos porque el Programa de Medicamentos Esenciales los administra tomando como base las existencias disponibles y los pedidos pendientes de las instalaciones (que pueden o no llenarse completamente). Lo más importante son las subvenciones operativas y pagos de los usuarios ya que son administrados por la instalación y tienen las mayores posibilidades de incidir en la calidad de la atención. Conforme a las disposiciones de SESPAS, las subvenciones operativas se distribuyen de acuerdo con el uso (por ejemplo, medicinas y sueldos), pero existe una flexibilidad considerable para modificar dicha distribución.

Las asignaciones de SESPAS y del Programa de Medicamentos Esenciales a las instalaciones han sido insuficientes para atender las necesidades y, para 1986, las instalaciones tenían las

deudas siguientes: Hospital Aybar, \$US87 400; Hospital Altagracia, \$US61 000; y Laboratorio Nacional, \$US4600. El Hospital Reid Cabral no tenía deudas principalmente debido a una fundación eficaz que cobra los aportes de las empresas e individuos locales así como donaciones externas; desafortunadamente, no existen datos sobre la cuantía de estas donaciones. El Laboratorio Nacional también recibe donaciones nacionales pero estas son insignificantes en los otros hospitales (Mesa-Lago, 1986b; Lewis, 1987; La Forgia, 1989).

El Cuadro 70 presenta las fuentes de ingresos para las cuatro instalaciones, excluidas las donaciones. En los tres hospitales, los ingresos de SESPAS representan de 98 a 99% del ingreso total, pero solo 56% en el Laboratorio Nacional. En consecuencia, los ingresos por concepto de pagos de los usuarios parecen ser importantes solo en este último (44% del ingreso total). Pero, si nos concentramos en los fondos administrados por la instalación, tales como las subvenciones operativas y los pagos de los usuarios, estos últimos adquieren más importancia: apro-

Cuadro 70. Cargos, ingresos, gastos y exenciones de pagos por los usuarios en cuatro instalaciones de salud pública, República Dominicana, 1989.^a

	Sector público				
	Hospitales				Sector Privado
	L.Aybar (General)	Reid Cabral (Niños)	Altagracia (Maternidad)	Laboratorio Nacional	
1. Ingresos por fuente (%) ^b	100,0	100,0	100,0	100,0	—
SESPAS	97,8	98,2	98,8	56,4	—
Presupuesto de personal	78,5	85,2	88,4	48,3	—
Subvenciones de operaciones	19,3	13,0	10,4	6,1	—
Pagos de los usuarios (consulta externa)	2,2	1,8	1,2	43,6	—
2. Pagos de consulta externa (\$US) ^c					
Pruebas de laboratorio	0,47–3,93	0,16–2,36	0,16–3,14	0,78–5,00	0,78– 12,60
Rayos X	3,14–6,30	0,78–3,14	n.d.	n.d.	6,30– 31,50
Sonogramas	5,50–7,87	n.d.	0,0	n.d.	31,50– 55,18
Electrocardiogramas	0,0	0,78–3,14	n.d.	n.d.	19,68– 47,24
Encefalogramas	3,14	n.d.	n.d.	n.d.	102,36–125,98
3. % de exenciones ^d	100,0	100,0	100,0	100,0	—
Exención de pago	35,0	36,1	1,0	0,0	—
Reducción de pago		9,3	0,02	50,0	—
Pago completo por el usuario	65,0	54,6	98,98	50,0	—
4. Distribución porcentual de los desembolsos por pagos de los usuarios	100,0	100,0	100,0	100,0	—
Personal	2,8	56,3	42,3	20,8	—
Sueldos de personal calificado	0,0	0,0	8,3	14,1	—
Sueldos de personal no calificado	0,0	48,4	27,9	2,2	—
Incentivos	2,2	7,9	5,6	2,6	—
Horas extraordinarias	0,6	0,0	0,5	1,9	—
Servicios	34,4	8,5	46,1	6,5	—
Generales	7,6	2,2	8,5	4,7	—
Construcción	0,0	0,0	14,3	0,0	—
Diagnóstico	1,1	3,1	1,0	0,0	—
Mantenimiento/repares	25,7	3,2	22,3	1,8	—
Suministros	61,1	34,1	9,4	70,9	—
Medicinas	17,9	6,2	0,6	0,0	—
Suministros médicos	16,1	2,8	0,0	61,8	—
Suministros no médicos	20,3	2,1	0,1	6,7	—
Alimentos	2,8	23,0	1,2	0,0	—
Combustible	3,2	0,0	1,3	0,8	—
Equipo	0,8	0,0	6,2	1,6	—
Otros	1,7	1,1	2,2	1,8	—

Fuentes: La Forgia, 1989; Lewis, et al., 1990.

^aBasado en datos recopilados en abril-junio de 1989, salvo en cuanto a las exenciones que se basan en parte en los datos de 1986 recopilados por Lewis.

^bIncluye el presupuesto de personal, subsidios de operaciones y pagos de los usuarios de SESPAS; excluye las donaciones; las donaciones nacionales representaron el 3% del ingreso en el Laboratorio Nacional pero fueron insignificantes en los hospitales.

^cEl cuadro emplea el tipo de cambio de 6,35 pesos por \$US, proporcionado por La Forgia.

^dAybar basado en los datos de 1989; el resto se basa en los datos de 1986 de Lewis; los porcentajes de quienes abonaron menos del pago completo (proporcionado por La Forgia, 1989) son: 30% en R. Cabral, 10% en Altagracia y 10% en el Laboratorio Nacional.

ximadamente un 10% para los hospitales y un 87% para el Laboratorio Nacional. Además, en 1984-1986, los aumentos en los ingresos por concepto de pagos de los usuarios excedieron el crecimiento en los fondos de SESPAS (Lewis, 1987). Esas tendencias continuaron en 1986-1989, con una salvedad (los incrementos en las subvenciones operativas y los ingresos por concepto de pagos de los usuarios se dan para cada instalación): Laboratorio Nacional, 9% y 321%; Hospital Reid Cabral, 47 y 688%; Hospital Aybar, 50 y 328%; y Hospital Altagracia, 50 y 52% (La Forgia, 1989). El Laboratorio Nacional cobró 69% del ingreso total por concepto de pagos de los usuarios en el período de abril-junio de 1989 mientras que el resto estuvo dividido casi por igual entre los tres hospitales.

Precios de los pagos de los usuarios

Debido a la política ambigua del Gobierno, cada instalación utiliza una forma diferente para establecer los pagos: los tres hospitales utilizan criterios informales para establecer los precios, mientras que el Laboratorio Nacional ha establecido precios tomando como base criterios de costos específicos. En el Hospital Altagracia, los pagos se determinan de acuerdo con estimaciones de la capacidad de los pacientes para pagar. El Hospital Aybar establece los precios en 20 a 30% de los cargos estimados del sector privado. En el Hospital Reid Cabral, los precios se establecen de acuerdo con aproximaciones de los costos de materiales y de la capacidad de pago del paciente. El Laboratorio Nacional establece los precios de acuerdo con tres criterios: costos actuales de los suministros, aumento porcentual para pagar los incentivos a los técnicos y una aumento porcentual para compensar los servicios de pagos reducidos a los pacientes que son incapaces de pagar.

El Cuadro 70 presenta programas de pagos para servicios similares en las cuatro instalaciones y en el sector privado. Hay relativamente poca relación en los precios cargados para la mayoría de los exámenes de laboratorio en los tres hospitales. Los pagos en el Laboratorio Nacional son entre 40 y 50% más altos que en los hospitales y son comparables a la gama más baja de pagos del sector privado. Los pagos por exámenes de rayos X en el Hospital Aybar son dos veces los cargados por el Hospital Reid Cabral, pero ascienden a menos de la mitad de la cuantía de los cargos aplicados por el sector privado. Los pagos para otros servicios diagnósticos, ofrecidos principalmente en el Hospital Aybar, son solo una pequeña parte de los precios co-

brados en el sector privado. Por ejemplo, el precio de un encefalograma en el sector privado es de 32 a 40 veces más alto que en el Hospital Aybar. A menos que los cubra el seguro, los pobres simplemente no pueden pagar los cargos del sector privado para estos servicios.

Evaluación de medios y exenciones para los pobres

Las cuatro instalaciones analizadas utilizan una evaluación informal de medios para eximir de pagos a los pobres. Los pacientes que no pueden pagar el precio completo pueden pagar una cuota más baja o ninguna, según juzgue el trabajador social que supuestamente determina el estado socioeconómico del paciente. Algunas instalaciones mantienen cuentas de estas actividades y de la decisión financiera mientras que otras no mantienen registros de los pagos eximidos o reducidos. De acuerdo con la encuesta de 1987 en Santo Domingo, más de 90% de los usuarios de SESPAS están exentos de pago, mientras que el 10% restante efectuó pagos de los usuarios (Gómez, 1988). Los estudios realizados por Lewis y La Forgia encontraron un porcentaje considerablemente más bajo de exenciones. En 1986, 36% de los pacientes ambulatorios del Hospital Reid Cabral no efectuaron pagos y 9% efectuó un pago reducido, pero las proporciones fueron insignificantes en el Hospital Altagracia (99% efectuó el pago completo); en el Laboratorio Nacional no hubo exenciones, excepto para los pacientes hospitalizados en las instalaciones de SESPAS, pero la mitad de los pacientes ambulatorios pagaron una cuota reducida (véase el Cuadro 70). Hay datos sobre otros dos hospitales (que no se muestran en el Cuadro) a partir del estudio de 1986: en el Hospital Contreras, 26% de los pacientes fueron eximidos del pago y 34% efectuó pagos reducidos, mientras que en un hospital regional, la mitad de los pacientes ambulatorios estaban habilitados para una exención y a 20% se les otorgó una reducción en el pago (Lewis, 1987). En 1989, 35% de los pacientes del Hospital Aybar fueron eximidos del pago o efectuaron un pago reducido, en comparación con 30% en el Hospital Reid Cabral, 10% en el Hospital Altagracia (mucho más que en 1986), y 10% en el Laboratorio Nacional (mucho menos que en 1986).

De acuerdo con las observaciones de La Forgia sobre la evaluación socioeconómica realizada en un hospital, el proceso pareció ser bastante arbitrario y algo deshumanizador, y el pago que se abonó finalmente no se basó realmente en el ingreso del paciente u otros criterios, sino más bien se determinó como proceso

de negociación entre el paciente y el trabajador social. Esta negociación se realizó en presencia de numerosos observadores que introducían comentarios sobre la negociación y, a menudo, un trabajador social negoció con más de un paciente a la vez. Puesto que no se dispone de una lista de precios, al trabajador social se le acusó a menudo de establecer arbitrariamente los pagos. Además, es evidente que los amigos o familiares de los trabajadores del hospital y de pacientes con suficientes contactos políticos son eximidos del pago. Estos individuos también reciben citas expeditas, mientras que otros —entre ellos los pacientes que efectúan el pago completo— pueden tener que esperar varias semanas o meses. El director médico del hospital estima que los ingresos aumentarían en la mitad si se cobraran los pagos de quienes pueden pagar.

En otras instalaciones, el ambiente puede ser menos caótico, pero los pagos se establecen de acuerdo con un proceso similar; no se muestran listas de precios y no hay criterios formales para determinar la elegibilidad para un descuento. En el Laboratorio Nacional, los administradores tienen una política no escrita mediante la cual todos los pacientes han de pagar algo. Cada mañana, antes de que empiecen los servicios, un trabajador social se dirige a los pacientes en la zona de espera y les pide su colaboración en el pago de la cuota completa, explicando el costo elevado de los servicios. Se completa un formulario de "evaluación económica" para todos los pacientes que solicitan una reducción en el precio y los descuentos han de ser aprobados por el administrador o subdirector de la instalación. La mayoría de los pacientes que solicitan un descuento reciben una reducción del 10 al 25%. Aunque el proceso es menos deshumanizador en el Laboratorio Nacional, sí aumenta el tiempo de espera.

¿Impiden los pagos de los usuarios que los pobres acudan a los servicios o constituyen una carga injusta para ellos? La información que antecede indica que la evaluación de medios es ineficaz para identificar a quienes pueden pagar el precio completo y que una porción importante de los pacientes son eximidos del pago o han de hacer un pago reducido. Sin embargo, tal como se ha indicado, 99% de los pacientes efectuaron pagos completos en 1986 en un hospital, lo que también ocurrió en el Laboratorio Nacional, donde 90% de los pacientes efectuaron pagos completos en 1989. Debido a que no se dispone de datos sobre las características de la población que no paga o que recibe descuentos, Lewis (1987) demuestra que quienes se benefician no son necesariamente los que no pueden pagar. La Forgia (1989) llega a una con-

clusión más optimista: a pocos pacientes se les niega la atención debido a que no pueden pagar, pero quienes solicitan una exención o un descuento tienen que esperar de ordinario más tiempo y se ven sometidos a una evaluación humillante (véase la sección sobre "Efecto sobre los pobres," que comienza en la página 193).

Cómo se emplean los ingresos por concepto de pagos de los usuarios

Los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios se utilizan principalmente como medios fortuitos para pagar los gastos críticos de operación que varían de una instalación a otra. Solo en el Laboratorio Nacional se emplean los ingresos de acuerdo con un plan generalizado que los utiliza para mejorar la calidad de los servicios.

El Cuadro 70 presenta un desglose de los gastos del fondo de pagos de los usuarios para las cuatro instalaciones por categorías principales de desembolsos (personal, servicios y suministros) divididos de acuerdo con los rubros de línea más importantes. De los datos no emerge un patrón de desembolsos ya que cada instalación gasta los ingresos de acuerdo con necesidades específicas, pero estas necesidades están a menudo relacionadas con las prácticas erráticas de contratación de SESPAS, con la vicisitudes del sistema de suministros del Programa de Medicamentos Esenciales, con subvenciones desvalorizadas de SESPAS y con las prácticas gerenciales a nivel de la instalación. En forma creciente, los ingresos por concepto de pagos de los usuarios se asignan a rubros que con anterioridad cubrían SESPAS y el Programa de Medicamentos Esenciales. Estas asignaciones se analizarán por categoría de gastos.

Con la excepción del Hospital Aybar, en las otras instalaciones de 21 a 56% de los gastos se dedicaron a personal: el grueso de estos fondos se utilizaron para contratar a personal no calificado en los hospitales de Reid Cabral y Altagracia, pero para contratar a personal calificado en el Laboratorio Nacional. En 1989, el Hospital Reid Cabral hizo frente a una grave falta de personal de limpieza, servicio de lavandería/ropa de cama, y en las salas de suministro central. Debido a que SESPAS no proporcionó el personal requerido, la administración del hospital se vio obligada a contratarlo para evitar paralizar esos servicios generales; una situación análoga ocurrió en el Hospital Altagracia. Al igual que los hospitales, el Laboratorio Nacional empleó parte del ingreso procedente de los pagos de los usuarios para contratar a trabajadores manuales y técnicos a fin de llenar las vacantes y propor-

cionar estabilidad, pero al contrario de las otras instalaciones, designó a profesionales que habían contribuido a crear y mantener sistemas eficaces de contabilidad, auditoría, compras y gestión de materiales. El Hospital Aybar no empleó los ingresos por concepto de pagos de los usuarios en personal, ya que su director fue designado por el Gobierno actual y consiguió obtener un control mayor sobre el personal de SESPAS. Todas las instalaciones abonaron incentivos y la mayoría pagaron las horas extraordinarias, pero los desembolsos del Laboratorio Nacional relacionados con estos dos rubros fueron 60% más elevados que las otras tres instalaciones; como promedio, los ingresos de incentivos fueron una tercera parte del salario básico de los técnicos del Laboratorio. Una proporción más elevada del ingreso procedente de los pagos de los usuarios, junto con supervisión e incentivos al trabajo, permitieron al Laboratorio Nacional mantener a sus mejores trabajadores, exigir un día completo de trabajo y requerir alto desempeño, características ausentes en los laboratorios de los hospitales de SESPAS.

En relación con los servicios, los hospitales Aybar y Altagracia asignaron aproximadamente una cuarta parte de los desembolsos totales a reparaciones y mantenimiento, principalmente para equipo no médico e infraestructura; en el pasado, estas actividades fueron financiadas principalmente mediante subvenciones operativas de SESPAS. Por el contrario, el Laboratorio Nacional dependió de los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios para sufragar los costos del servicio y mantenimiento del equipo médico y científico. La construcción para la remodelación de la sala de almacenamiento acaparó 14% de los desembolsos en el Hospital Altagracia. Todas las instalaciones emplearon una pequeña parte del ingreso procedente de los pagos de los usuarios en servicios generales tales como imprenta, recetas y formularios administrativos, y los hospitales gastaron menos aún en servicios diagnósticos avanzados no ofrecidos en las instalaciones de SESPAS.

Los suministros representaron aproximadamente dos terceras partes de los desembolsos de los ingresos totales en el Hospital Aybar y el Laboratorio Nacional y una tercera parte en el Hospital Reid Cabral. Debido a los suministros irregulares de medicamentos y materiales médicos por el Programa de Medicamentos Esenciales, el Hospital Aybar utilizó la mayor parte del ingreso procedente de los pagos de los usuarios para adquirir estos suministros. El Hospital Reid Cabral, a su vez, utilizó una cuarta parte de todos los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios para adquirir alimentos. A la in-

versa, el Laboratorio Nacional no depende del Programa de Medicamentos Esenciales, sino que los compra de vendedores privados; de ahí que casi dos terceras partes de los desembolsos se destinaran a este rubro. Sin embargo, esta instalación ha instituido sistemas eficaces de suministro y distribución que le permiten evitar la escasez y asegurar que el artículo requerido llega al lugar necesario en el momento oportuno. Aun cuando no se indican en el Cuadro, los desembolsos por concepto de combustible estaban aumentando debido a apagones o interrupciones frecuentes y prolongadas en el suministro de energía eléctrica que exigieron aumentar las compras de gas-oil para los generadores eléctricos. Esta situación empeoró en mayo de 1989 y se deterioró aún más para agosto de 1990.

Efectos sobre los pobres

Los pagos de los usuarios cargados a los pacientes ambulatorios del hospital han contribuido a mantener un nivel básico de servicios de salud pero probablemente no hayan mejorado la calidad de dichos servicios. Como se ha observado, los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios los utilizan principalmente los hospitales para llenar vacíos cruciales creados por las subvenciones operativas cada vez menores de SESPAS y las irregularidades en el suministro del Programa de Medicamentos Esenciales. Estas asignaciones han contribuido a evitar que el desempeño descienda por debajo de un nivel mínimo o incluso evitar que se interrumpan totalmente los servicios médicos. Sin embargo, en los hospitales es probable que los pagos de los usuarios no hayan sido un mecanismo eficaz para ampliar la cobertura o aumentar la utilización de los servicios por los pobres. Los problemas principales en ellos son condiciones administrativas desfavorables y la falta de eficiencia de SESPAS bajo la cual operan los hospitales. Los pagos de los usuarios no generan una porción importante de los ingresos de los hospitales y la brecha entre sus necesidades y los recursos disponibles está aumentando con rapidez. Para cerrar esa brecha, y mejorar la calidad de los servicios, serán necesarios no solo incrementos cuantitativos en los recursos (que los pagos de los usuarios por sí solos no pueden proporcionar) sino cambios cualitativos en el ambiente administrativo de los hospitales.

A la inversa, los pagos de los usuarios en el Laboratorio Nacional se han utilizado eficazmente para promover y mantener un ambiente gerencial positivo y mejorar la calidad de los servicios lo que, a su vez, ha promovido una mayor utilización. Además, solo en el Laborato-

rio Nacional constituyen los pagos de los usuarios una porción grande del ingreso total. Antes de la introducción de los pagos de los usuarios, las pocas pruebas de laboratorio que se realizaban en el Laboratorio Nacional requerían hasta tres meses, los pacientes tenían que esperar haciendo largas colas y los resultados de las pruebas no eran fiables. Ahora los servicios se realizan con rapidez (de ordinario, los resultados pueden obtenerse el mismo día o al día siguiente), no hay colas de espera y los resultados son muy fiables: incluso las personas de ingresos altos utilizan el Laboratorio Nacional cuando necesitan los servicios (Mesa-Lago, 1986b). Nuevamente, los pagos sin mejoras administrativas no habrían producido los mismos resultados.

De acuerdo con La Forgia, la incapacidad de pago no parece impedir el acceso a los servicios por los que se aplican cargos. En general, los precios son considerablemente más bajos que los del sector privado. Aunque la prueba de medios es un dispositivo de selección ineficaz — especialmente para identificar a los pacientes que pueden pagar— probablemente no discrimine contra los pobres. En 1989, un porcentaje importante de los usuarios en todas las instalaciones recibieron exenciones o pagaron un precio reducido. Además, dado que solo se cargan precios modestos y que estos se limitan a los servicios diagnósticos ambulatorios, no es probable que los pagos de los usuarios representen una carga sobre los usuarios de bajos ingresos que sí pagan o que los disuada de utilizar los servicios. Además, los datos procedentes del Laboratorio Nacional indican que los aumentos en los precios no han afectado a la utilización. En 1986-1988, el número de exámenes de laboratorio realizados aumentó en un 56%. Sin embargo, a través de este mismo período, los pagos para los "exámenes simples" aumentaron en un 50% y los precios cargados por los "exámenes complejos" se duplicaron. El aumento en la utilización guarda relación con la alta calidad de los servicios proporcionados en el Laboratorio, así como el deterioro de los servicios de laboratorio ofrecidos por los hospitales de SESPAS.

La deficiente calidad clínica y operativa de muchos servicios ofrecidos en los hospitales de SESPAS puede influir fuertemente en la utilización y puede crear una dificultad financiera mayor para los pobres que los precios cargados por estos servicios. La percepción de la calidad de la atención puede influir más que el precio en la selección que un individuo haga sobre el proveedor de los servicios. En vez de sufrir las condiciones inadecuadas de las instalaciones de

SESPAS, muchos usuarios recurren al sector privado. Como vimos en una sección anterior, la encuesta de 1987 demostró que aproximadamente una cuarta parte de las familias con un ingreso mensual por debajo de \$US105 utilizaron instalaciones privadas y, tal como se observó en el Cuadro 70, los cargos del sector privado son muy superiores a los pagos de los usuarios de SESPAS por servicios similares. Además, los usuarios de las instalaciones privadas también han de pagar los honorarios de los médicos y otros tipos de cargos tales como los de hospitalización, que son gratuitos en las instalaciones de SESPAS.

Al tener que hacer frente a facturas médicas iguales o mayores que las del ingreso mensual de una familia, los pobres que utilizan instalaciones privadas pueden ver agravada su pobreza. Las mejoras en la calidad de los servicios de SESPAS, incluida la reducción de los períodos de espera, probablemente aumentarían la utilización por los pobres, reduciendo notablemente sus gastos médicos directos.

El incremento de los pagos de los usuarios en las instalaciones de SESPAS sin una correspondiente mejora en la calidad podría reducir la utilización de los servicios por los pobres o retrasar que este grupo acuda a las instalaciones de SESPAS hasta que un episodio de enfermedad adquiera condiciones agudas. El actual ambiente gerencial limitará cualquier esfuerzo que se haga por mejorar la calidad mediante el uso de los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios. Sin embargo, en condiciones diferentes, los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios podrían utilizarse para mejorar la calidad y, quizás, para aumentar la utilización (ampliar la cobertura) por los pobres.

El Laboratorio Nacional es una excepción: ha realizado un esfuerzo impresionante por humanizar el tratamiento, reducir la congestión, presentar una planta física atractiva, organizar el ambiente de trabajo y prestar un servicio excelente que también es de alta calidad técnica. Como tal, ofrece un modelo rudimentario para mejorar la calidad operativa y clínica mediante los pagos de los usuarios. Ese modelo es la base para las recomendaciones contenidas en la sección siguiente.

Cambios recomendados

A fin de mejorar la calidad de los servicios de hospital y aumentar su utilización por los pobres, se necesitan los cambios siguientes. SESPAS debería permitir a los hospitales establecer contratos directos con un número limitado de profesionales, tales como administra-

dores de material e inventarios, y contables, así como personal de servicios generales. SESPAS también debería proporcionar el salario base para este personal, que, a su vez, debería complementarse con pagos de incentivos sustanciales financiados con cargo a los pagos de los usuarios. Los jefes de departamento, directores de servicios diagnósticos y médicos, enfermeras jefe y otros profesionales clave deberían ser recompensados como es debido mediante el pago de sueldos e incentivos. La gerencia de los hospitales ha de tener la última palabra en relación con las asignaciones de los empleados contratados a través de SESPAS y debería proporcionárseles capacitación para aumentar las aptitudes de los empleados antiguos. Utilizando los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios, el personal profesional debería realizar investigación científica y operativa para mejorar la atención de salud en los hospitales; también deberá formularse un sistema de gestión de materiales para los suministros médicos y no médicos.

Se tendría una fuente adicional de ingresos para la compra de medicamentos y suministros médicos si los hospitales asumieran la administración de farmacias o boticas populares. Estas son abastecidas por el Programa de Medicamentos Esenciales y la mayoría de ellas venden medicamentos a los usuarios de los hospitales a precios inflados. Los hospitales podrían operar estas farmacias, retener un porcentaje de sus utilidades e introducir artículos que actualmente solo se venden en las farmacias privadas. Los hospitales podrían establecer merenderos para la venta de bocadillos como forma de aprovechar la llegada de miles de pacientes y visitantes que actualmente compran alimentos y refrescos de vendedores ambulantes.

Los hospitales deberían formular pruebas de medios normalizadas, más eficaces y menos deshumanizantes que eviten poner trabas a quienes no pueden pagar, tales como un mayor tiempo de espera y los abusos por quienes pueden pagar. Los pagos de los usuarios deberán establecerse de acuerdo con los costos y el volumen de materiales y todos los precios deberán indicarse en un lugar destacado. Cada instalación deberá elaborar una escala fija de reducción de precios basada en el ingreso del paciente, y deberán mantenerse y actualizarse registros sobre ingresos y empleo para todos los pacientes que solicitan descuentos y exenciones. Las evaluaciones económicas deberán efectuarse en privado y la decisión final para otorgar una exención o descuento deberán adoptarla al menos dos funcionarios de la instalación; con esto se reducirán las exenciones para amigos y fami-

liares de trabajadores de la instalación. Finalmente, las instalaciones deberán dar a conocer que sus servicios no se negarán por incapacidad de pagar el precio completo pero deberán exigir que todos los pacientes paguen algo.

Con la combinación adecuada de dirección, condiciones administrativas y voluntad política, los pagos de los usuarios pueden convertirse en un mecanismo financiero eficaz para mejorar la calidad operativa y clínica de los servicios de SESPAS y aumentar la utilización por los pobres. El Laboratorio Nacional ha demostrado que esta tarea es factible y otras instalaciones de SESPAS deberían seguir su ejemplo.

Ampliación de la cobertura de los pobres mediante planes de pagos previos privados (iguales)³

Debido a falta de acceso o a la deficiente calidad de los servicios de SESPAS, en 1984-1987 una proporción importante de los pobres en todo el país y en Santo Domingo pagaron servicios costosos de salud en el sector privado. Una erosión adicional de la calidad de los servicios públicos a fines de la década de 1980 y 1990, debido a huelgas continuas y a falta de suministros y a fondos cada vez menores, quizás obligara a un número creciente de pobres a buscar atención de salud en el sector privado. La mayoría de los residentes de los barrios empobrecidos de la capital no pueden pagar los precios de la atención de salud y, sin embargo, prefieren pedir dinero prestado o vender sus posesiones para pagar un médico privado en vez de ir a las instalaciones de SESPAS. En esta sección se analizan las posibilidades de proporcionar cobertura a una porción de los grupos pobres y de bajos ingresos en el sector informal en Santo Domingo mediante iguales de bajo costo. Para su informe, La Forgia investigó siete iguales en Santo Domingo.

³ Esta sección constituye un resumen de Gerard La Forgia, "Health Services for Low-Income Families: Extending Coverage Through Pre-Payment Plans in the Dominican Republic", Washington, D.C., USAID HFS Technical Report, No. 1, octubre de 1990. A menos que se especifique lo contrario, la información en esta sección proviene de dicha fuente. La Forgia es el autor de esta sección, pero yo me responsabilizo de cualquier error que pudiera haber resultado al resumir su informe.

Análisis general de las igualas

La mayoría de las igualas son empresas privadas, del tipo de organización de mantenimiento de la salud, que proporcionan cobertura integral de atención de salud por igual a todos los abonados a cambio de una cuota mensual (el término iguala proviene de la palabra igual). En la actualidad, hay 20 igualas en el país que se concentran en planes en grupo y proporcionan cobertura a 450 000 abonados, la mayoría de ellos empleados en empresas relativamente pequeñas y de tamaño intermedio.

Todas las igualas proporcionan servicios mediante proveedores e instalaciones designadas pero adoptan diversas formas. Los propietarios de la iguala pueden ser un grupo pequeño de médicos que también poseen una instalación principal de provisión de servicios o pueden ser un grupo grande de médicos (que son los accionistas) más o menos consolidado en una sola instalación, de ordinario contratada por la iguala. Los propietarios de la iguala pueden negociar contratos con una red de médicos e instalaciones independientes o la iguala puede tener su propia instalación y médicos asalariados. Una de las igualas que se investigó es una organización sin fines de lucro que proporciona cobertura a los maestros de escuelas públicas y que tiene contratos con una amplia gama de hospitales, los que, a su vez, contratan a médicos. Con pocas excepciones, el fin principal de las igualas no es tanto obtener utilidades, que son de ordinario bajas, con un promedio de 4,7% en 1989 (Duarte, *et al.*, 1989), sino encauzar un gran volumen de pacientes a un número limitado de médicos y de ordinario a un solo hospital.

Para que una empresa pueda acogerse a un plan, la mayoría de las igualas requiere un número mínimo de empleados que oscila entre 15 y 50; una iguala requiere un mínimo de 500 abonados para acogerse a su plan básico de bajos ingresos. La inflación está llevando a la mayoría de las igualas a excluir a las empresas pequeñas con menos de 50 empleados, debido a los altos riesgos que entran en juego. Las primas varían entre \$US5,50 y \$US9,50 mensuales por persona; las igualas de los maestros cargan \$US1,90. Los empleadores sufragan entre 50 y 100% de la prima y el resto se deduce del sueldo del empleado; la mayoría de los empleadores pagan 75% de la prima para los trabajadores que perciben el sueldo mínimo. Sin un aporte sustancial del empleador, pocos empleados podrían sufragar la prima.

Excepto en lo que respecta a la atención preventiva, las igualas ofrecen cobertura integral de

los servicios tanto ambulatorios como de hospitalización. La mayoría de las igualas ofrecen dos o tres planes, según la cobertura que se desee y los niveles de sueldo del empleado. Los abonados no han de sufragar ningún gasto directo o solo pocos gastos por atención curativa de rutina, dentro de límites de utilización previamente determinados, pero generalmente pagan los servicios especiales; hay topes a los pagos y distintos servicios requieren pago conjunto. Las igualas pagan directamente a los proveedores de servicios. Cerca de 75% del mercado de seguro de salud es controlado por las igualas, que compiten eficazmente con las compañías de seguro ya que las igualas no tienen los mismos requisitos administrativos y de comercialización que las compañías de seguros, pagan cuotas más bajas a los médicos y hospitales, sus utilidades son inferiores y ofrecen una gama similar de servicios a la de las compañías de seguros por una tercera parte del costo.

La población protegida y las posibilidades de expansión para incorporar a los pobres

De dos terceras partes a tres cuartas partes de los abonados de las igualas perciben entre \$US79 y \$US190 por mes. De acuerdo con un estudio realizado en 1989, la línea de pobreza para una familia de cinco miembros fue de \$US115 por mes; por tanto, algunos abonados pueden estar por debajo de la línea de pobreza y contar con cobertura debido a que sus empleadores pagan 75% de las primas. Sin este aporte, la prima para una familia de cuatro consumiría entre 27 y 48% del sueldo de nivel bajo y entre 12 y 20% del sueldo de nivel alto que percibe la mayoría de los abonados a los planes de igualas. Debido al deterioro en los servicios de SESPAS y del IDSS, los empleados con ingresos bajos y medios están presionando a sus empleadores para que los inscriban en las igualas.

Los trabajadores del sector informal no están actualmente protegidos por seguro social o seguro privado de salud. En 1988 había 400 000 trabajadores empleados en 145 000 microempresas en el país y, debido a que las microempresas tienen un promedio de 2,8 empleados solamente, esos trabajadores no han podido afiliarse a igualas. Puesto que las igualas han aumentado el número mínimo de empleados requeridos para inscripción, la posibilidad de cobertura para este grupo extenso de la población es cada vez más remota.

Dos asociaciones de microempresas, ADEMI y ADOPEM, proporcionan en la actualidad servicios y préstamos a 3500 microempresas que

emplean 22 500 trabajadores con 86 000 familiares a su cargo; si se añaden los antiguos beneficiarios de los servicios de estas asociaciones, la población potencial puede ser el doble.

ADEMI mantiene una red de promotores de campo asalariados en barrios específicos que buscan nuevos negocios, conciertan todos los préstamos y cobran los pagos mensuales. Los promotores declaran que 80% de los propietarios de microempresas y sus empleados están muy interesados en afiliarse a las igualas. ADEMI está dispuesta a proporcionar la base administrativa requerida para ampliar la cobertura a los beneficiarios actuales y pasados de préstamos. Los dirigentes de ADEMI estiman que 75% de las microempresas afiliadas pueden pagar la prima estándar que cargan la mayoría de las igualas para un plan básico. Además, declaran que la mayoría de los empleados reciben un sueldo por encima del mínimo y pueden pagar una parte de la prima. Finalmente, de acuerdo con ADEMI, un programa piloto podría matricular a 10 000 propietarios y trabajadores y 40 000 familiares a su cargo; los promotores de ADEMI desempeñarían un papel clave en matricular a las empresas y cobrar la prima.

Los clientes de ADOPEM son principalmente grupos pequeños de dos o tres mujeres, vendedores de alimentos y ropa. Puesto que estos son microempresas del tipo "subsistencia", no pueden pagar la prima estándar de iguala. Los ejecutivos de ADOPEM propugnan que los problemas de salud son la razón principal para las moras en el pago de los préstamos entre los prestatarios de la asociación y han recomendado un plan de beneficios reducidos que costaría entre \$US3 y \$US6 mensualmente por familia y destacaría la atención preventiva, la promoción de la salud y la atención maternoinfantil. ADOPEM también se ha ofrecido a administrar el plan y cobrar las primas; esas últimas se añadirían al principal de cada préstamo a la microempresa, aumentando así los pagos mensuales en consecuencia.

La mayoría de los ejecutivos de igualas han respondido favorablemente a ampliar la cobertura a una colectividad de propietarios y empleados de microempresas administradas por ADEMI y ADOPEM. Sin embargo, exigen que estos propietarios y empleados se constituyan en un grupo; las microempresas en particular nunca han recibido cobertura y, por tanto, es difícil estimar sus tasas de utilización.

Modelos de extensión

Tomando como base los resultados que anteceden, La Forgia propone tres modelos de exten-

sión para proporcionar cobertura a una población aproximada de 100 000 personas. El primero corresponde a las microempresas afiliadas a ADEMI que pueden pagar las primas actuales de las igualas (\$US6 a \$US8 por persona por mes). Mediante un proceso de licitación, ADEMI negociaría contratos con una o más igualas que especificarían beneficios, primas y redes de proveedores. Las igualas, a su vez, concertarían contratos con hospitales y médicos; las igualas con un número limitado de proveedores tendrían que conseguir instalaciones adicionales próximas a las residencias de los nuevos afiliados. Para un número mínimo de afiliados, las igualas otorgarían un descuento del 10% sobre las primas; estos fondos quedarían en ADEMI para pagar los costos administrativos y para proporcionar incentivos a sus promotores para el cobro de las primas.

El segundo modelo, basado en las igualas que proporcionan cobertura a los maestros de las escuelas públicas, está destinado a una población con un ingreso más bajo y proporcionaría un paquete de servicios similar al del primer modelo a la mitad del costo aproximadamente (\$US3 a \$US4 por persona por mes). ADEMI o ADOPEM concertarían contratos directos con instalaciones individuales y, mediante licitación, asignarían un número mínimo de abonados —unos 5000— a cada instalación; la prima se basaría en el número de abonados. La instalación sería responsable de proporcionar los servicios estipulados en el contrato; por tanto, solo las instalaciones con sistemas operativos de envío al nivel apropiado de atención y de control de la utilización, junto con precios bajos, podrían acogerse a este plan. Una variación de este modelo entrañaría el establecimiento de vínculos entre la instalación principal y las clínicas ambulatorias situadas en los barrios donde vive la población de bajos ingresos. Las clínicas proporcionarían servicios curativos, maternoinfantiles y preventivos, mientras que el hospital ofrecería servicios de especialistas, de diagnóstico y de hospitalización para los pacientes que se les remitiesen de las clínicas.

El tercer modelo, más pertinente para los pobres, se concentra en los propietarios y empleados de las microempresas de subsistencia que no pueden pagar siquiera la prima reducida del segundo modelo: las primas en el tercer modelo oscilarían entre \$US0,80 y \$US1,50 por persona por mes. Los servicios estarían limitados a la atención curativa básica, pruebas diagnósticas de rutina, atención maternoinfantil, medicamentos esenciales y servicios preventivos y de promoción tales como inmunización y tratamiento de la diarrea y los parásitos. ADOPEM

concertaría contratos con clínicas ambulatorias situadas en zonas empobrecidas que, a su vez, proporcionarían los servicios y personal requeridos. ADOPEM recopilaría información sobre los abonados y tasas de utilización e identificaría, evaluaría y seleccionaría a los proveedores.

Ayuda externa requerida

Ninguno de los modelos precedentes podría funcionar sin asistencia técnica externa y una inversión mínima de iniciación. Se requiere asistencia de la AID (EUA) para que ADEMI y ADOPEM se conviertan en administradores eficientes en la capacitación, administración y sistemas de información así como para obtener fondos de iniciación para el personal, los suministros y el equipo. Sin embargo, se prevé que el programa se haga financieramente autosuficiente después de varios meses de operación.

También se requiere asistencia técnica a fin de mejorar la eficiencia de las igualas interesadas en participar en la licitación para proporcionar cobertura a las microempresas. La AID debería

proporcionar crédito para el establecimiento de sistemas de control de utilización, sistema de administración de información y control de la calidad así como para el mejoramiento de la planta física y el equipo. Finalmente, se necesitará asistencia técnica para ayudar a las igualas a agregar los servicios preventivos y de promoción a su paquete de beneficios.

Desde 1985, la AID ha considerado la expansión de la cobertura a los grupos de población de bajos ingresos en la República Dominicana a través de igualas y ha encargado al menos ocho estudios hacia tal fin (Mesa-Lago, 1986b). El estudio de La Forgia es el más avanzado hasta la fecha y demuestra la factibilidad de este enfoque. Aunque La Forgia no proporciona una cifra de costos para el proyecto, este sería obviamente una fracción de los \$US17,5 millones invertidos por la AID en 1975-1986 para tratar de mejorar los servicios de SESPAS. Una pequeña inversión en este proyecto pudiera proporcionar eventualmente mejores servicios de atención de salud para los pobres en la República Dominicana.

5.

RESULTADOS, LECCIONES Y RECOMENDACIONES NORMATIVAS

Esta página dejada en blanco al propósito.

POBREZA: DIMENSIÓN, TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS

Es evidente que cuanto mayor sea la pobreza de un país, tanto más difícil será proporcionar atención de salud para los pobres. También pudiera preverse que el grado de desarrollo estaría inversamente correlacionado con la pobreza y, sin embargo, tomando como base el PIB por persona, México ocupa un lugar ligeramente mejor que Costa Rica en términos de desarrollo, pero tiene una incidencia de la pobreza mucho más elevada. La mayor igualdad de Costa Rica en la distribución del ingreso, en particular en lo que respecta a los servicios sociales, inclusive la atención de salud, explica en gran medida esta discrepancia. Aunque los datos sobre la pobreza en la República Dominicana no son comparables con los de los otros cuatro países seleccionados, hallamos la incidencia nacional de la pobreza más baja en el Uruguay y Costa Rica (respectivamente, en el segundo y tercer lugar entre los 10 países con incidencia más baja encuestados por la CEPALC, que equivale a decir en la América Latina); la incidencia de la pobreza de México ocupó un lugar intermedio en el grupo (el quinto lugar más bajo); y la incidencia de la pobreza en la República Dominicana y el Perú ocupó el lugar más alto (respectivamente, el segundo y tercer lugares más altos). A mediados de la década de 1980, la incidencia de la pobreza del Perú fue tres veces más elevada que la del Uruguay, dos veces más elevada que la de Costa Rica, 1,5 veces más elevada que la de México y probablemente algo más alta que la de la República Dominicana. El esfuerzo requerido para proporcionar atención de salud a los pobres en el Perú y la República Dominicana ha de ser mayor que en el Uruguay y Costa Rica.

La crisis económica de la década de 1980 probablemente condujo a un incremento en la incidencia de la pobreza nacional en la totalidad de

los cinco países. Los incrementos en puntos porcentuales entre 1977-1981 y 1984-1988 fueron los siguientes: de 11 a 20 en la República Dominicana, 7 en el Perú, 5 en el Uruguay y 3 en Costa Rica. Se informa que la incidencia de la pobreza de México descendió 3 puntos porcentuales, pero la estimación última disponible para ese país corresponde a 1984, al principio de la crisis; nuestro análisis indica que la pobreza aumentó en México durante el resto de la década de 1980. En términos absolutos, el número de pobres experimentó un aumento en todos los países, de 8% en México a 52% en la República Dominicana. La rápida expansión de la pobreza junto con la crisis de la década de 1980 hicieron aún más difícil proporcionar atención de salud a los pobres. Los países que sufrieron las pérdidas mayores en el crecimiento económico en la última década fueron Perú y México, seguidos del Uruguay y Costa Rica; la economía de la República Dominicana experimentó un pequeño incremento acumulativo durante el período. Y sin embargo, Costa Rica parece gozar la recuperación económica más constante, aunque modesta, desde 1983; las economías del Uruguay (salvo en lo que respecta a 1986-1987) y de México prosiguen a un ritmo muy lento; la economía de la República Dominicana sufrió otro descenso en 1984-1985 y se estancó en 1988-1989; y la economía del Perú ha estado atravesando una grave crisis desde 1988. Las perspectivas más optimistas no permiten vaticinar un fuerte crecimiento económico para América Latina y el Caribe en la década de 1990 como el que hubo en la década de 1960 y la de 1970; por tanto, cuando menos la pobreza probablemente persistirá y pudiera continuar aumentando.

En la totalidad de los cinco países, la incidencia de la pobreza fue mucho más elevada en las zonas rurales que en las urbanas oscilando desde 25% más alta en Costa Rica a 70% en México. Debido a una rápida urbanización, la incidencia de la pobreza en las zonas urbanas acusó una fuerte tendencia alcista en la década de

1980, registrándose los mayores incrementos en la República Dominicana y en el Perú. En las zonas rurales hubo un descenso de la incidencia de la pobreza (México y Perú), un estancamiento (Costa Rica) o pequeños incrementos (el Uruguay y la República Dominicana). Y sin embargo, en la actualidad la pobreza está aún concentrada en las zonas rurales en la mayoría de los países: en el Perú casi tres cuartas partes de la población rural es pobre; en la República Dominicana y México, más de la mitad es pobre; y en el Uruguay y Costa Rica, menos de un tercio es pobre. La provisión de atención de salud para los pobres de las zonas rurales no solo es más difícil debido a la magnitud de la pobreza sino que también lo es debido al aislamiento y dispersión de la población, a sus niveles más bajos de vida y, en consecuencia, a los costos más elevados del suministro de los servicios de salud. La mitad de la población urbana en el Perú y la República Dominicana es pobre, una tercera parte lo es en México, una cuarta parte lo es en Costa Rica y una quinta parte lo es en el Uruguay. En el futuro, el mayor problema será la pobreza urbana, a menos que se produzca un fuerte crecimiento, cosa que no es probable.

En el área urbana, la pobreza está concentrada en el sector informal y este sector está excluido en gran medida de la legislación del seguro de protección al trabajo y social. Aunque no todos los trabajadores del sector informal son pobres —muchos empleadores no lo son— la mayoría son pobres; por ejemplo, en la República Dominicana y el Perú, 77 y 86% de los pobres urbanos, respectivamente, trabajan en el sector informal. Cuanto más grande es el sector informal, tanto más difícil es proporcionar atención de salud para su población. Proporcionalmente, los mayores sectores informales al principio de la década de 1980 se encontraban en el Perú y México (respectivamente el tercero y sexto más grandes en América Latina), seguidos del Uruguay y la República Dominicana; el más pequeño se halló en Costa Rica (el más pequeño de América Latina). La mayoría de los trabajadores del sector informal trabajan en actividades terciarias, tales como los servicios personales y el comercio, y en menor grado en las manufacturas, la construcción y el transporte. Los datos disponibles procedentes de todos los países (salvo México) acusan un importante incremento de unos seis puntos porcentuales en la dimensión del sector informal durante la década de 1980. En la actualidad, Lima es la capital de la Región con el porcentaje más elevado del sector informal: de 50 a 60% de su fuerza de trabajo se dedica a actividades informales.

Los trabajadores del sector informal son principalmente trabajadores autónomos, seguidos de empleados asalariados que trabajan de ordinario en microempresas clandestinas, empleados del servicio doméstico y, en menor grado, trabajadores familiares no remunerados y pequeños empleadores; los trabajadores a destajo constituyen el segundo grupo en importancia en la República Dominicana. A principios de la década de 1980, el sector no asalariado de la fuerza de trabajo era igual al 55% en el Perú y al 49% en la República Dominicana, pero solo equivalía al 30% en el Uruguay y al 25% en Costa Rica; no hay datos fidedignos para México. Puesto que el modelo de Bismarck de seguro social protege básicamente a los trabajadores asalariados, cuanto mayor es la fuerza de trabajo no asalariada, tanto más difícil es proporcionarle cobertura.

Se halló que el ingreso promedio de los trabajadores del sector informal estaba comprendido entre un tercio y una mitad del de los trabajadores formales en el Uruguay y Costa Rica, y tres cuartas partes de los trabajadores informales en el Perú y más de la mitad de los de la República Dominicana percibían menos del sueldo mínimo. En México, la proporción de trabajadores informales que ganaban menos del sueldo mínimo era siete veces más elevada que la de los trabajadores formales. Los empleados del servicio doméstico tienen el ingreso más bajo entre los trabajadores del sector informal.

Los niveles de vida, incluida la salud, entre los trabajadores del sector informal son considerablemente más bajos que entre los del sector formal. La mayoría de los primeros son jóvenes y mujeres, y la mayoría no tienen instrucción, sus aptitudes son de muy bajo nivel, tienen muy poco acceso al crédito y ocupan las viviendas peores. Se supone que este grupo, que sufre probablemente una incidencia más alta de enfermedad que el promedio de la población, pero que no dispone de cobertura del seguro social, esté protegido por los servicios de salud pública. Sin embargo, estos servicios son a menudo insuficientes y los trabajadores del sector informal tienen escasos recursos para adquirir atención de salud en el sector privado.

Debido a que la población rural de América Latina tiene de ordinario niveles de vida más bajos que la población urbana, los países con la proporción más elevada de sus poblaciones en zonas rurales serían los más perjudicados por la pobreza. Tal como era de esperar, la República Dominicana y el Perú, que tienen poblaciones rurales relativamente grandes, tienen la incidencia más alta de pobreza rural; Uruguay, el

país menos rural, tiene la incidencia más baja. La porción rural de la población de México es relativamente más reducida que su incidencia de la pobreza rural. A la inversa, Costa Rica es el más rural de los cinco países, pero ocupa el segundo lugar en cuanto a la incidencia de la pobreza rural más baja, hecho que explica en gran medida el que Costa Rica tenga el sector rural tradicional más bajo (la mayor parte de la fuerza de trabajo agrícola está constituida por asalariados o terratenientes con actividades modernas) y las menores diferencias en los niveles de vida entre las zonas rurales y las urbanas entre los cinco países, con la posible excepción del Uruguay.

En algunos países se halló que los niveles de vida de la población rural eran aproximadamente la mitad de los de la población urbana. Aunque los niveles de vida generales del Uruguay son cinco veces mejores que los de la República Dominicana, en ambos países la población rural tiene el doble de la tasa de analfabetismo que la población urbana. En tres países, el ingreso promedio de los pobres de las zonas rurales es aproximadamente la mitad que el de los pobres de las zonas urbanas. La población rural tiene la peor vivienda; considerablemente menos acceso a agua potable, sistemas de evacuación de excretas y atención de salud; y niveles de nutrición más bajos que la población urbana. De ahí que no sea sorprendente hallar niveles de desnutrición y mortalidad infantil considerablemente más elevados, así como una esperanza de vida más baja en las zonas rurales que en las urbanas. En los cinco países encontramos que los estados, departamentos o provincias más pobres, que de ordinario son los más rurales y, en México y el Perú, aquellos en los que está más concentrada la población indígena, poseen los recursos y niveles de salud más bajos. Por tanto, la provisión de atención de salud para los pobres de las zonas rurales se necesita más urgentemente, pero tal como se advirtió, es una tarea difícil.

COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES

En el presente trabajo se hizo una distinción entre la habilitación legal, la cobertura estadística y el acceso real y la utilización de los servicios de

salud por los pobres. En todos los países se estudiaron tres sectores de salud: el seguro social, el sector público (esencialmente el Ministerio de Salud) y el sector privado. En el Uruguay, también se analizaron las Instituciones de Ayuda Médica Colectiva (IAMC).

Cobertura legal

Cabe recordar que la cobertura legal no significa necesariamente que se ejecute la ley. La ejecución es relativamente simple en las empresas urbanas grandes y en el sector público, pero es mucho más difícil de llevar a cabo para las empresas pequeñas, los trabajadores autónomos y los trabajadores rurales. En los cinco países, el programa de enfermedad-maternidad del seguro social proporciona legalmente cobertura a la fuerza de trabajo asalariada de las zonas urbanas, pero hay diferencias importantes entre ellas en relación con la cobertura legal de los sectores informal urbano y rural donde están concentrados los pobres (véase el Cuadro 71). Cuando se les proporciona cobertura, estos grupos de pobres están inscritos en el instituto principal de seguro social del país. Muy pocos o ninguno de los pobres están protegidos por programas de salud separados o especiales que amparan a las fuerzas armadas, los empleados del servicio civil u otros grupos de la aristocracia laboral; dichos programas existen en todos los países excepto en Costa Rica.

Costa Rica tiene la cobertura más integral del seguro; extiende la cobertura obligatoria a los empleados del servicio doméstico, los empleados de las microempresas, los trabajadores rurales, los desempleados asegurados por un período después de su despido y los pensionistas. Además, hay una cobertura voluntaria para los trabajadores autónomos, los pequeños empleadores urbanos y rurales y los trabajadores familiares no remunerados. Asimismo, toda la población pobre (indigentes) que no está asegurada tiene derecho a atención gratuita en las instalaciones del seguro social. Finalmente, la familia a cargo (cónyuge e hijos) del asegurado, los indigentes y los pensionistas también tienen derecho a la atención de salud.

El seguro social del Uruguay ocupa el segundo lugar en cuanto a cobertura; es legalmente obligatorio para todos los grupos en cuestión, con la excepción de los trabajadores autónomos, los trabajadores familiares no remunerados y los pensionistas. (Cabe recordar

Cuadro 71. Comparación de la cobertura legal de atención de salud por el seguro social de grupos laborales potencialmente pobres en cinco países, 1988-1989.

	Costa Rica	Uruguay	México	Perú	República Dominicana
Servicio doméstico	O	O	V	O	N ^g
Autónomos	V ^b	O/N ^c	V	V	N
Trabajadores rurales, campesinos	O	O	V	V	N
Agricultores	V ^b	O	V	N	N
Empleados de microempresas	O	O	O	O	O
Empleadores de macroempresas	V ^b	O	V	N	N
Trabajadores familiares no remunerados	V ^b	N ^d	V	N	N
Desempleados ^a	O	O	O	O	O
Pensionistas	O	N ^e	O	O	N ^h

Fuentes: Análisis de países.

O = obligatorio; V = voluntario; N = ninguno.

^aProtección temporal para los asegurados que perdieron el empleo.

^bLos no asegurados tienen derecho a cobertura de beneficiencia, si son indigentes.

^cSe excluye a los autónomos sin un lugar fijo de trabajo.

^dSalvo los cónyuges de pequeños empleadores rurales.

^eSalvo en caso de maternidad.

^fUn grupo muy reducido de trabajadores rurales está asegurado obligatoriamente; una proporción muy importante está protegida por COPLAMAR.

^gSalvo para los que trabajan en negocios.

^hPara los incapacitados solamente.

que la incorporación legal de estos grupos solo comenzó a mediados de la década de 1980.) Los trabajadores autónomos sin un lugar fijo de trabajo están totalmente excluidos de la cobertura legal y esto también ocurre con los trabajadores familiares no remunerados, excepto los cónyuges de pequeños empleadores rurales; los pensionistas pueden acogerse a la atención de maternidad, pero no al seguro de enfermedad. Además, la legislación del Uruguay no proporciona cobertura del seguro social para los indigentes como lo hace la de Costa Rica. Finalmente, la cobertura legal de los familiares a cargo en el Uruguay ocupa el segundo lugar entre las peores en los cinco países: se limita a los cónyuges para la atención de maternidad solamente y a los lactantes menores de tres meses de edad; después de dicha edad, no se proporcionan servicios curativos para los niños, pero se dispone de atención primaria hasta los seis años de edad. Los pobres no pueden sufragar la cobertura complementaria de los familiares a cargo, disponible a través de las IAMC.

El seguro social de México protege obligatoriamente a los empleados de las microempresas, algunos grupos rurales que pudieran incluir a pobres, tales como los trabajadores asalariados de plantaciones y los miembros de las asociaciones de créditos y ejidos, los asegurados desempleados y los pensionistas. Además, ofrece cobertura voluntaria a los empleados del servicio doméstico, los trabajadores autónomos, los empleadores de pequeñas empresas y los trabajadores familiares no remunerados. Unos cuantos grupos informales urbanos tales como los vendedores de lotería y los músicos ambu-

lantes se han incorporado mediante acuerdos colectivos con sus asociaciones, pero en la práctica, barreras legales, económicas y administrativas tienden a excluir a los pobres. El alcance de la cobertura de los familiares a cargo asegurados en el país es el más amplio de todos los países, y además de los cónyuges y niños incluye a los padres. Sin embargo, el programa más importante del seguro social para proporcionar cobertura a los pobres en México es el del IMSS-COPLAMAR, que ofrece atención primaria de salud a la población rural de pobres dispersa; se esperaba que un programa anterior (Solidaridad Social) proporcionase cobertura también a los pobres de las zonas urbanas pero, en la práctica, se ha limitado a las zonas rurales.

La cobertura del seguro social del Perú es legalmente obligatoria para los empleados del servicio doméstico, los empleados de las microempresas, los desempleados asegurados y los pensionistas. Se dispone de cobertura voluntaria para los trabajadores autónomos, los trabajadores rurales y las amas de casa; el resto de los grupos están excluidos. Varias leyes que han dictaminado cobertura de todos los grupos anteriormente excluidos o que poseían cobertura optativa, siguen sin aplicarse, ya que las disposiciones administrativas requeridas no se han puesto en práctica. A mediados de la década de 1980 se amplió la cobertura al cónyuge e hijos a cargo del asegurado.

El seguro social de la República Dominicana tiene el alcance legal más limitado entre los cinco países estudiados y probablemente en toda la Región. Excluye a todos los grupos analizados, con la excepción de la cobertura obligatoria

ria de los empleados de microempresas, los asegurados desempleados, los empleados del servicio doméstico que trabajan en empresas (pero no a la mayoría de los empleados del servicio doméstico que trabajan en hogares), y los pensionistas por incapacitación (pero no por edad avanzada). La cobertura de los familiares a cargo del asegurado es la más limitada también; se circunscribe a la esposa legal para maternidad (no para enfermedad) y a los hijos de la mujer asegurada para atención pediátrica por un año después del nacimiento.

En los cinco países, los pobres que no cuentan con cobertura legal del seguro social tienen derecho a atención de salud pública, principalmente a través del Ministerio de Salud. En unos cuantos países, se dispone de servicios de salud municipales para los pobres, en particular en la ciudad capital. Todos los servicios de salud pública, con la posible excepción de los de Costa Rica, cargan pagos de los usuarios; en el Uruguay y Costa Rica, todos o la mayoría de los pobres están exentos de pagar esos honorarios después de realizada una evaluación de medios económicos; en otros países, los pobres pagan una cuota reducida por algunos servicios. En Costa Rica, el Ministerio de Salud administra los programas de atención primaria de salud destinados a los pobres que viven en zonas rurales aisladas y en zonas urbanas marginales donde los servicios del seguro social pueden no estar disponibles; cuando es necesario, se remite a los pobres a niveles superiores de atención proporcionados por las instalaciones del seguro social que brindan servicios gratuitos a los indigentes. En México, los pacientes de COPLAMAR que requieren atención de nivel terciario son remitidos a las instalaciones del Ministerio de Salud. Finalmente, en todos los países, los pobres se benefician legalmente de programas generales de salud pública tales como inmunizaciones, control de enfermedades contagiosas, saneamiento y nutrición que son administrados principalmente por el Ministerio de Salud.

Se dispone legalmente de atención de salud privada pero, en la práctica, esta excluye a los pobres debido a su costo elevado. Sin embargo, en algunos países, tales como la República Dominicana, la falta de acceso y/o la calidad deficiente de los servicios de salud pública o del seguro social obligan a los pobres a recurrir a servicios costosos del sector privado.

Un obstáculo que se interpone a la expansión de la cobertura a los pobres ha sido la falta de integración y/o coordinación de los servicios de salud del sector público y el seguro social. Aunque el Ministerio de Salud tiene la autoridad

legal para realizar esta tarea en todos los países, en realidad, se ha hecho poco progreso excepto en Costa Rica. En este país, el seguro social posee y administra todos los hospitales, mientras que el Ministerio de Salud es responsable de la atención primaria de salud, la prevención y otros servicios generales de salud; se ha logrado alguna integración a nivel local. La combinación singular de seguro social universal, servicio complementario por el Ministerio de Salud y la buena coordinación entre los dos organismos de Costa Rica ofrece la cobertura legal más integral para los pobres entre los cinco países.

Cobertura estadística y acceso real

Este estudio demuestra ampliamente la grave brecha en datos estadísticos fiables que existe en lo que respecta a la población protegida y sus características. Los datos disponibles mejores son los correspondientes a Costa Rica, seguida de Uruguay y México; los datos peores son los del Perú y, en particular, los de la República Dominicana. Este vacío estadístico ha sido objeto de estudios internacionales y de recomendaciones durante décadas, pero no ha habido una mejora importante. En realidad, la crisis económica ha reducido la disponibilidad y fiabilidad de los datos en algunos países, tales como la República Dominicana y el Perú.

Aunque las estadísticas del seguro social son mejores que las del Ministerio de Salud, son aún muy deficientes; los datos peores son los correspondientes a los programas del sector privado y otros programas del sector público; los países que tienen instituciones múltiples y un extenso sector privado, como el Uruguay, hacen frente a más obstáculos en la producción de datos estadísticos fidedignos que los que tienen solo una o dos instituciones centrales, como Costa Rica. En el Perú, el número de asegurados activos no proviene de los registros de inscripción— que necesitan actualizarse, entre otras cosas, para excluir a los afiliados que han muerto, que han abandonado la fuerza de trabajo o que han emigrado— sino de las proyecciones de la PEA basada en el censo de 1981 y la hipótesis errónea de que todos los legalmente protegidos están en realidad incorporados; una tasa muy elevada de evasión y un aumento en la proporción del sector informal en la década de 1980 hacen que estas proyecciones sean prácticamente inútiles. Además, en el Perú los familiares a cargo se estiman conforme a una relación por asegurados activos, suponiendo,

nuevamente de forma incorrecta, que la ampliación de la cobertura legal a los familiares a cargo se ha hecho realidad. Como resultado de estos problemas, la cobertura del seguro social en el Perú se ha exagerado en un 35%, unos dos millones de personas. En la República Dominicana, los familiares a cargo se han calculado por estimación proporcional por asegurado que ha fluctuado entre 0,04 y 0,36 (¡una diferencia de nueve veces!). La estimación excesiva no es un problema grave en la República Dominicana, dada su escasa cobertura de los familiares a cargo del asegurado, pero sí lo constituye en el Perú, donde la relación de familiares a cargo por asegurado aumentó de 0,07 a 1,0 en menos de un año.

Pocos ministerios de salud producen datos fidedignos sobre cobertura de la población, y solo tenemos estimaciones aproximadas proporcionadas por los funcionarios del Ministerio de Salud y de expertos independientes. En la República Dominicana, dichas estimaciones oscilan entre 40 y 80%; en el Perú, los funcionarios reconocen que solo la mitad de la población declarada legalmente como protegida tiene acceso real, lo que representa una diferencia de seis millones de personas; y en el Uruguay, los porcentajes de cobertura fluctúan entre 20 y 35%. En los países en los que la población protegida por el Ministerio de Salud es una minoría, como ocurre en el Uruguay, dicha incertidumbre es menos problemática que en los países donde la gran mayoría de la población carece de "cobertura institucional" o seguro y se declara como un "residuo" teóricamente protegido por el Ministerio de Salud, tal como ocurre en la República Dominicana. Debido a que, sin duda, se incluye a los pobres en ese "residuo", es imposible evaluar seriamente si están protegidos en realidad.

Puesto que el presente trabajo se ocupa solo de los pobres, los datos sobre cobertura por el sector privado son importantes solo a fin de conocer cuántas personas en la población "residual" sin cobertura institucional pueden pagar los servicios privados, a fin de determinar quiénes quedan a merced de los servicios públicos; y en aquellos países, tales como la República Dominicana, en los que la calidad de los servicios del Ministerio de Salud es tan deficiente que los pobres se ven obligados a recurrir al sector privado. Cabe advertir que las estimaciones sobre la cobertura por el sector privado varían a menudo enormemente: en el Perú, para 1984, una fuente dio una cifra de 350 000 y otra una cifra entre 4 y 10 millones, depen-

diendo de si se excluyó a seis millones de pobres o se les incluyó en el sector privado.

Con ingredientes tan deficientes, el resultado no puede ser bueno. En México, cuando uno añade los datos oficiales dispersos sobre cobertura por todas las instituciones del seguro social y públicas, la población total protegida en 1988 fue de 5,6% más elevada que la población total del país, y esta cifra no incluyó siquiera al sector privado. Incluso en Costa Rica, donde los datos son los más favorables, la superposición de los servicios del sector público y el seguro social produce una cobertura total de 36% por encima de la población real, después de omitir de nuevo al sector privado.

Los censos de población podrían emplearse para llenar el vacío estadístico, pero los datos sobre la cobertura de la atención de salud por grupos de ingresos no fueron recopilados por los censos en los países seleccionados. Afortunadamente, las encuestas de población, que comenzaron a realizarse en la década de 1980, proporcionan alguna información sobre el acceso real a la atención de salud y la utilización por los pobres, al menos para Costa Rica, la República Dominicana y el Uruguay. Y sin embargo, los datos publicados de las encuestas son de ordinario incompletos y no están normalizados, lo que impide realizar análisis y comparaciones adecuados.

Esta larga introducción es necesaria a fin de presentar el Cuadro 72, que trata de resumir la información disponible más pertinente a partir de los datos estadísticos, encuestas y expertos sobre cobertura de atención de salud y acceso real a los servicios de salud por los pobres en los cinco países. Los datos estadísticos dan invariablemente una perspectiva mucho más optimista que los datos de las encuestas y de los expertos. Estadísticamente hablando, a mediados de la década de 1980, la población no protegida por el seguro social, por el Ministerio de Salud o por otras instituciones públicas y privadas fue de cero en Costa Rica, 11% en México, 12% en el Uruguay, 32% en el Perú (tomando como base una estimación alta de la cobertura privada) y 40% en la República Dominicana. Adviértase que, en México, se excluye a todas las instituciones del sector privado y a algunas instituciones públicas; si se incluyesen, todo el mundo tendría cobertura. En la República Dominicana se utilizó la estimación más baja de la cobertura por el Ministerio de Salud; si se hubiese utilizado la estimación más alta, toda la población estaría protegida.

Utilizando datos de encuestas o ajustes por

Cuadro 72. Comparación de la cobertura de salud y acceso (datos estadísticos y encuestas) de la población total y de los pobres en cinco países, 1982-1988.

	% de la población asegurada					Incidencia de la pobreza
	Seguro social	Ministerio de Salud	Otros ^a	Total de asegurados	No asegurados	
Costa Rica^b						
Datos estadísticos (1987)	83	53	n.d.	136	0	—
Encuesta (1983)						
Población	81	4	15	100	0	—
Indigentes	83	10	7	100	0	9 (1988)
Pobres	89	4	7	100	0	27 (1988)
Uruguay^c						
Datos estadísticos (1987)	47	27	14	88	12	—
Encuesta (1982)						
Población	45	24	11	80	20	—
Pobres	26	40	7	73	26	20 (1986)
México^d						
Datos estadísticos (1987)	65	23	4	89	11	—
Cifras ajustadas (1987)	55	12	12	79	21	37 (1984)
Perú^e						
Datos estadísticos (1984)	15	26	27	68	32	—
Datos estadísticos (1984)	15	26	8	49	51	60 (1986)
República Dominicana^f						
Datos estadísticos (1986)	4	40	16	60	40	—
Encuesta (1984)						
Población	n.d.	n.d.	n.d.	8	92	—
Pobres	n.d.	n.d.	n.d.	3	97	49 (decenio de 1980)

Fuentes: Cuadros 2, 29, 34, 37, 43, 48, 60, 65 y discusiones en el texto.

^aSector privado, fuerzas armadas y otras pequeñas instituciones públicas.

^bLos datos estadísticos de la cobertura se superponen entre los diferentes servicios. La encuesta no especifica el porcentaje de la población asegurada; la distribución por proveedor se refiere a los enfermos que buscaron atención médica.

^cLos datos estadísticos sobre el seguro social abarcan las IAMC (en su gran mayoría). La cobertura de la encuesta se refiere a las personas con "cobertura institucional"; es probable que parte de las personas sin cobertura recurran a servicios privados directamente.

^dLos datos estadísticos excluyen el sector privado y un reducido sector público; el seguro social abarca COPLAMAR. Cifras ajustadas de Wilkie, 1990.

^eAmbas son estimaciones estadísticas aproximadas de 1984 antes de que empeorara la inflación de la cobertura del seguro social, y abarcan cifras ajustadas del Ministerio de Salud. Las primeras se basan en una cobertura privada de 4 millones y las segundas en una cobertura privada de 350 000; además, "otros" incluye a 850 000 personas en las instituciones públicas y de beneficencia.

^fLas estadísticas sobre el Ministerio de Salud se basan en estimaciones más bajas de la cobertura. La encuesta se refiere a las personas que tuvieron cobertura del seguro social, las fuerzas armadas, las empresas y el sector privado, excepto el Ministerio de Salud. La encuesta de 1987 de Santo Domingo constató que el 76% de la población total y el 85% de los pobres no tenían cobertura (salvo la cobertura del Ministerio de Salud).

los expertos, el cuadro es más sombrío pero más a tono con la realidad: aún cero de población sin cobertura en Costa Rica (pero véase a continuación), 20% en el Uruguay, 21% en México, 51% en el Perú (tomando como base una estimación baja de la cobertura privada; véase a continuación), y 92% en la República Dominicana. En el último país, las cifras corresponden en realidad a la población "no asegurada"; si se utiliza un 40% de cobertura estadística por el Ministerio (quizás una estimación optimista), 52% de la población carecería de protección. Los datos de las encuestas sobre Costa Rica a los que he tenido acceso no indican qué parte de la población careció de protección, pero denotan qué servicios utilizaron aquellas personas que estuvieron enfermas y que buscaron atención de salud. Aún así, las encuestas son útiles ya que muestran un cuadro integral más completo que los datos estadísticos sobre la distribución de los usuarios por proveedor; eliminan la superposición entre

el seguro social y el Ministerio, reduciendo la cobertura del Ministerio y agregando el sector privado.

Es posible realizar un análisis desagregado de la cobertura por el seguro social en cuatro de los cinco países para los tres grupos más importantes de la fuerza de trabajo en los que están concentrados los pobres: se excluyen los empleados en las microempresas informales para los que no se dispone de datos (véase el Cuadro 73). Aunque carecemos de datos estadísticos sobre la República Dominicana, los tres grupos de trabajo se excluyen allí de la cobertura legal, excepto una diminuta proporción de los empleados del servicio doméstico que trabajan en empresas. Solo los trabajadores rurales en México, y, en menor grado, en el Uruguay y Costa Rica, y los trabajadores autónomos en Costa Rica y, en menor grado en el Uruguay, llegan a una proporción considerable de los asegurados totales. Todos los empleados autó-

Cuadro 73. Comparación del grado de cobertura de grupos laborales potencialmente pobres, por el seguro social, en cuatro países, 1986-1988.

Países ^a	Porcentaje del total de asegurados			Grado de cobertura ^b		
	Autónomos	Servicio doméstico	Trabajadores rurales	Autónomos	Servicio doméstico	Trabajadores rurales
Costa Rica	25,2	0,9	11,0	93-100 ^e	24 ^g	49 ^g
Uruguay	11,3 ^c	2,7	16,6	34 ^f	21	55
México	0,1 ^d	0,1 ^d	27,9 ^d	0,4-1,0	0,1	56 ⁱ
Perú	4,3	2,3	n.d.	4,1	3,1 ^h	i

Fuentes: Cuadros 31, 38, 48-50, 61.

^aNo se dispone de datos sobre la República Dominicana.

^bPorcentaje del grupo de la población económicamente activa con cobertura del seguro social.

^cAbarca a los empleadores de pequeñas empresas.

^dTrabajadores rurales con base en el total de asegurados (inclusive COPLAMAR); autónomos y servicio doméstico con base en el total de asegurados menos COPLAMAR; si se incluye a esta última, los resultados son insignificantes.

^eAbarca tanto a los asegurados como a los indigentes.

^fLa cobertura de los autónomos con un lugar fijo de trabajo más los empleadores de pequeñas empresas es igual al 53%; los autónomos sin un lugar fijo de trabajo no están asegurados.

^gA las personas sin cobertura se les asegura como indigentes.

^hLima.

ⁱEn su mayor parte los campesinos y sus familias que viven en zonas rurales marginales dispersas.

insignificante.

nomos están protegidos prácticamente en Costa Rica; una tercera parte cuenta con cobertura en el Uruguay, pero dicha cobertura incluye a los empleados en empresas pequeñas y excluye a los empleados autónomos sin un lugar de trabajo fijo; y solo una pequeña parte tienen cobertura en México y el Perú. Adviértase que los trabajadores autónomos están protegidos voluntariamente en todos estos países excepto en lo que respecta al Uruguay, pero solo en Costa Rica parecen estar totalmente protegidos, en parte debido a que los no asegurados tienen derecho a atención de salud si son indigentes.

Aunque el Cuadro 73 no proporciona información sobre la cobertura de los empleados en las microempresas (protegidos obligatoriamente en todos los países), hallamos que la mayoría de ellos no están protegidos en realidad debido a las enormes dificultades en controlar la evasión. En el Perú, una encuesta constató que 42% de los trabajadores asalariados que se suponía estuviesen asegurados no contaban con cobertura y la mayoría de ellos probablemente estuviesen empleados en las microempresas. La mitad, aproximadamente, de los trabajadores rurales tienen cobertura en México, Costa Rica y Uruguay. Estos dos últimos países disponen de cobertura obligatoria para todo el grupo, pero en México solo posee cobertura una pequeñísima parte: los trabajadores de plantaciones y miembros de asociaciones de crédito. Prácticamente todos los trabajadores rurales protegidos en México están afiliados al programa COPLAMAR. En el caso de Costa Rica, el Cuadro indica solo los trabajadores rurales que están asegurados, pero los no asegurados que son pobres pueden acogerse a la atención para indigentes.

Finalmente, menos de una cuarta parte de los

empleados del servicio doméstico tienen cobertura en Costa Rica y el Uruguay, pero una diminuta parte de ellos dispone de cobertura en el Perú; prácticamente ninguno de ellos tiene cobertura en México. Cabe recordar que los empleados del servicio doméstico tienen el ingreso más bajo entre todos los trabajadores del sector informal, incluso cuando se toma en cuenta el pago en especie. Nuevamente, todos los empleados del servicio doméstico que no están asegurados tienen derecho a la atención para indigentes en Costa Rica. La ley estipula que todos los empleados del servicio doméstico cuenten con protección en Costa Rica y el Uruguay así como en el Perú; sin embargo, los datos estadísticos indican una elevada cobertura en los dos primeros países pero una cobertura muy baja en el tercero. México ofrece cobertura voluntaria a este grupo pero en la práctica no proporciona cobertura a ninguno. En resumen, el Cuadro 73 confirma que Costa Rica tiene la mayor cobertura estadística de grupos potencialmente pobres en los sectores informal y rural, seguida de cerca por el Uruguay, excepto en lo que respecta a los trabajadores autónomos; la cobertura en México del sector rural se acerca al nivel de estos dos últimos países pero la cobertura del sector informal es nula; el Perú no proporciona cobertura alguna en la práctica; y la República Dominicana excluye todos estos grupos de la cobertura legal.

La información previa y el análisis realizado en los capítulos precedentes nos permiten realizar una evaluación más detallada de la cobertura de atención de salud de los pobres y el acceso real en los cinco países. En Costa Rica, los datos de la encuesta del Cuadro 72 muestran que la gran mayoría de la población utiliza servi-

cios del seguro social, y que los pobres e indigentes los emplean ligeramente más que los no pobres: 89, 83 y 80%, respectivamente. Los indigentes utilizan los servicios del Ministerio más del doble que los no pobres (10 y 4%, respectivamente) mientras que lo contrario ocurre con los servicios privados (15% de utilización por los no pobres frente a 4% por los otros dos grupos). Se ha declarado que 17% de la población no protegida por el seguro social puede pagar servicios privados, lo que la encuesta confirma a *grosso modo*. Además, se dice que 91% de todos los nacimientos y 88% de todas las mujeres embarazadas son atendidos en las instalaciones del seguro social y el resto lo son en las instalaciones del Ministerio de Salud o del sector privado. Además, 91% de los partos y 88% de todas las mujeres embarazadas son atendidos en las instalaciones del seguro social y el resto lo son por los servicios privados o por el Ministerio; este último inmuniza a 85% de los niños.

Estas cifras indican que muy pocos pobres, si es que alguno, carecen de atención de salud al menos al primer nivel de atención. Sin embargo, un funcionario declaró que 20% de los pobres de las zonas urbanas visitados por el personal del Ministerio de Salud no utilizan las instalaciones a las que son remitidos; si esto es cierto, dicho porcentaje debería ser más elevado en las zonas rurales. Cabe recordar que las metas en las que se concentra el Ministerio de Salud son los pobres; sus servicios abarcan a 48% de la población urbana total (dos veces la incidencia de la pobreza urbana de 24% y siete veces la incidencia urbana de indigencia de 6,7%) y 58% de la población rural total (dos veces la incidencia de la pobreza rural de 30% y cinco veces la incidencia de la indigencia de 11,6%). Por consiguiente, parece que todos los pobres están protegidos al menos al primer nivel de atención, pero quizás una quinta parte de ellos no utilizan los servicios de nivel más alto a los que tienen derecho.

La encuesta notificó que 55% de los indigentes y 64% de los pobres no buscaban atención médica cuando se sentían enfermos, pero estas proporciones, en particular el caso de los pobres, no fueron significativamente más elevadas que entre los no pobres (66%). Las razones relacionadas con el acceso y con los costos aducidas para no buscar ayuda médica, tales como la ausencia de una instalación cercana, la mala calidad de los servicios y el costo elevado, fueron proporcionalmente similares entre los tres grupos: 14% de los no pobres ofrecieron esa explicación, en comparación con 16 y 18% entre los pobres e indigentes, respectivamente. Con-

siderando que los pobres no pagan los servicios públicos o del seguro social, solo las barreras culturales, la falta de transporte o la mala calidad percibida de los servicios pueden explicar la no utilización de los servicios.

Finalmente, durante la crisis económica, la cobertura del seguro social descendió en 8 puntos porcentuales, pero el número de indigentes servidos aumentó de forma pronunciada, lo que indica que actuaban mecanismos anticíclicos para proteger a los pobres; para 1987, casi se recuperó el punto máximo anterior de cobertura del seguro. La cobertura del Ministerio de Salud descendió en 11 puntos porcentuales durante la crisis, pero se dio prioridad a los servicios rurales que experimentaron un descenso menor; para 1987, la cobertura rural se había recuperado plenamente. A la inversa, los servicios urbanos en 1987 estuvieron muy por debajo del punto máximo de cobertura del seguro, pero los pobres urbanos quizás tuvieran un acceso mayor al seguro social que los pobres de las zonas rurales. El análisis precedente y los bajos porcentajes de indigencia (9%) y de pobreza (27%) en Costa Rica nos permiten llegar a la conclusión de que los pobres cuentan con protección de atención de salud en ese país, aunque hay pequeños problemas con el acceso y, quizás, con la calidad de los servicios, los cuales podrían resolverse con una mejor educación, comunicación y eficiencia.

En el Uruguay, los datos estadísticos y de encuestas para la población en general son bastante aproximados. Sin embargo, la cobertura del Ministerio de Salud es tres puntos porcentuales más baja en la encuesta que en los datos estadísticos, lo que confirma nuestra selección de la estimación estadística más baja de cobertura por el Ministerio; esto también es cierto para el seguro social y "otra" cobertura. Como resultado de ello, el segmento sin cobertura de la población aumenta de 12% en los datos estadísticos a 20% en la encuesta. Sin embargo, la encuesta de 1982 se realizó en el primer año de una grave recesión que ocasionó un descenso de aproximadamente dos puntos porcentuales en la cobertura de la población en su conjunto. A la inversa, la cobertura estadística más elevada en 1987 quizás refleje la vigorosa recuperación económica de 1986-1987 y la expansión de la cobertura del seguro social a los grupos de bajos ingresos que ocasionó un incremento de tres puntos porcentuales en la cobertura y sobrepasó a la máxima anterior. Por desgracia, carecemos de datos recientes de encuestas que nos permitan someter a prueba esta hipótesis.

Los datos de la encuesta indican que la pro-

porción de pobres con protección del seguro social/IAMC y los servicios privados fue 40% más baja que la de la población en general, mientras que la proporción de pobres que utilizaron los servicios del Ministerio de Salud fue 66% más elevada que la de la población en general. También hallamos indicaciones estadísticas de que, en la época de la crisis, la cobertura del seguro social/IAMC descendió, pero que la del Ministerio de Salud que proporcionaba cobertura a los pobres experimentó un incremento; sin embargo, no fue posible comprobar si dicha cobertura es efectiva. La falta de cobertura institucional —es decir, no tener derecho o acceso a los servicios— entre los pobres fue del 26% en 1982, en comparación con el 20% en la población en general y 13% entre la tercera parte más adinerada. Los pobres sin cobertura hacen frente a algún tipo de falta de acceso a los servicios del Ministerio de Salud, bien sea de índole cultural, administrativa o relacionada con problemas de transporte, tales como horas inadecuadas para consulta ambulatoria. Una encuesta informó que la falta de cobertura en Montevideo era de 14%, en comparación con 29% en las ciudades con menos de 10 000 habitantes, lo que indica que la cobertura de los pobres fue mejor en la capital que en las localidades pequeñas y zonas rurales. El porcentaje de la población general protegida aumentó con la edad: los niños de 14 años y más jóvenes tenían la cobertura más baja, lo que refleja la limitada cobertura legal de este grupo. Tomando como base los datos de la encuesta de 1982 llegamos a la conclusión de que, en medio de la crisis, 5% de los pobres no tenían cobertura de atención de salud. Ese porcentaje es igual al 5% de incidencia de la indigencia que estimó la CEPALC para el Uruguay. Pero la situación debería haber mejorado con la recuperación económica y la expansión de la cobertura a los grupos de bajos ingresos que se produjo en la segunda mitad de la década de 1980.

Los datos estadísticos de México para la cobertura de la población en total están inflados, y las cifras ajustadas, que se muestran en el Cuadro 72, indican que el segmento sin cobertura de la población es dos veces más elevado que la cifras oficiales, 21 frente a 11%. Los datos estadísticos excluyen al sector privado y algunas instituciones públicas, pero la cifra de ajuste incluye a ambos; de ahí que podamos suponer que, en la cifras ajustadas, la mayoría de la población sin cobertura son pobres. Según la información de que dispongo, no existen datos de encuestas sobre la protección de atención de salud de los pobres en México. De acuerdo con la

CEPALC, en 1984, al principio de la crisis, las incidencias nacionales de pobreza y de indigencia fueron de 37 y 13%, respectivamente, y ambas incidencias probablemente aumentaron debido al deterioro económico nacional experimentado durante el resto de la década. Esto nos lleva a creer que prácticamente todos los indigentes y la mitad de los pobres carecen de protección de atención de salud.

El sector informal de México es en dimensión el sexto entre los mayores de la Región, pero pocos grupos laborales en el sector informal están amparados por el seguro social; el grado de cobertura de los trabajadores autónomos y los empleados del servicio doméstico es inferior al 1% y acusa una tendencia descendente. Además, la mayoría de los trabajadores informales aparentes que están asegurados probablemente no sean pobres; por ejemplo, 40% son empleadores y 16% son propietarios de taxis. Los pobres de las zonas urbanas (30% de la población urbana) tienen derecho a atención por el Ministerio de Salud y otras instituciones públicas y caritativas; aunque imposibilitados de evaluar el acceso verdadero de los pobres de las zonas urbanas, sabemos que los servicios públicos son muy insuficientes para atender la demanda y son de baja calidad. En 1987, la proporción de pobres rurales potenciales *asegurados* por el seguro social también fue muy reducida, aproximadamente el 3% de la cifra total de asegurados. A la inversa, en esa fecha, 57% de la población rural tenía cobertura de COPLAMAR-Solidaridad Social, más los servicios de salud transferidos a los estados. Estos programas se concentran en los pobres: 97% de los lugares con cobertura tenían menos de 2500 habitantes; 69% de la agricultura de subsistencia y 87% de los grupos indígenas están protegidos y las madres y los niños pobres son los usuarios principales. La mitad de la población con cobertura y la mitad de las instalaciones se concentran en nueve estados que tienen la cobertura del seguro social más baja, una proporción muy elevada de la población autóctona y las peores normas de salud y sanitarias. En 1984, la cobertura de la pobreza rural era de 50% y la cobertura por COPLAMAR y servicios similares era de 49% de la población rural total pero estaba concentrada en los pobres; por tanto, la mayoría de la población rural pobre debería tener acceso a servicios de atención primaria de salud. El acceso a la atención secundaria y, en especial, a la de nivel terciario es mucho más limitado.

Los datos estadísticos del Perú sobre la población total con cobertura de atención de salud son aún peores que los de México. Los datos

para 1984 en el Cuadro 72 indican una cobertura del seguro social antes del incremento estadístico resultante de la inclusión legal de los familiares a cargo del asegurado y los datos del Ministerio de Salud son estimaciones del acceso verdadero. Las dos series diferentes para 1984 resultan de estimaciones divergentes de la cobertura del sector privado. La primera hilera se basa en el "residuo" (sin cobertura) de diez millones que incluyó a seis millones de pobres (Zschock, 1988); por razones ya explicadas, consideramos esos seis millones como sin cobertura y, por tanto, estimamos que solo cuatro millones tenían cobertura del sector privado. La segunda hilera se fundamenta en una estimación más baja de 350 000 protegidos por el sector privado. En ambos casos, un millón adicional de protegidos por otras instituciones públicas y privadas se incluyeron en la categoría de "otros". La población sin cobertura en 1984 era de 32 ó 51%, dependiendo de que se utilice la estimación alta o baja para la cobertura privada. Incluso estimaciones más aproximadas para 1988 (que no se presentan en el Cuadro) indican una pequeña mejora, ya que la población protegida descendió a 28% o 47%, respectivamente. Esa mejora podría haber resultado de la fuerte recuperación económica de 1986-1987 y la expansión de la cobertura del seguro social a los familiares a cargo (posiblemente un incremento de 5 puntos porcentuales), pero estas cifras deberán considerarse con suma cautela. La incidencia de la pobreza nacional fue de 60% en 1986, por lo que posiblemente la mitad (en el mejor de los casos) y cuatro quintas partes (en el peor de los casos) de los pobres carecían de cobertura. El Perú tiene el sector informal más extenso de la Región pero solo una pequeña parte de dicho sector cuenta con cobertura del seguro social: de 3 a 4% de los trabajadores autónomos y los empleados del servicio doméstico cuenta con cobertura y la mayoría de los trabajadores autónomos asegurados son profesionales con ingresos relativamente elevados. Hemos advertido también que la mayoría de los empleados de las microempresas del sector informal no gozan de cobertura. De 36 a 41% de la población urbana (los más pobres) no disponen de cobertura, en contraste con una incidencia de la pobreza urbana de 52% (19% de indigencia). La situación es peor en las zonas rurales donde más de la mitad de la población no dispone de cobertura de atención de salud, en contraste con una incidencia de la pobreza rural de 72% (46% de indigencia).

Los datos para la República Dominicana son los peores, pero a pesar de eso, puede decla-

rarse que la cobertura de atención de salud de los pobres en ese país es similar o peor que la del Perú. Estadísticamente, de 20 a 40% de la población nacional y 28% de la población de la capital carecen de toda clase de cobertura de atención de salud y esta cifras probablemente se hayan subestimado. En comparación con las incidencias de la pobreza de 36 a 49% a nivel nacional y de 38 a 48% en las zonas urbanas, parece que unas dos terceras partes de los pobres no gozan de protección. La proporción de la población con cobertura institucional —por el seguro social o privado y las iguales— se estimó en 20% para todo el país y en 34% para la capital. Pero las encuestas hallaron proporciones mucho más bajas (8 y 24% respectivamente) lo que significa que 92 y 76% de la población nacional y de la capital se prevé que tengan cobertura del Ministerio de Salud, excepto los que pueden pagar servicios privados. Sin embargo, entre los pobres, las encuestas hallaron que 97% a nivel nacional y 85% a nivel de la capital se hallaban en esa situación. La mitad de la población que estaba enferma y no buscaba atención médica lo hacía bien debido a la pobreza (hasta una quinta parte), bien debido a falta de acceso o debido a la mala calidad de los servicios. Además, tres cuartas partes de los pobres utilizaron las instalaciones del Ministerio de Salud (donde 90% de los pacientes no efectúan pagos de los usuarios), pero la cuarta parte restante pagaron servicios privados (a un costo del 12% de su ingreso medio). El análisis precedente indica que dos terceras partes de los pobres no cuentan con cobertura efectiva de atención de salud y muchos de ellos se ven obligados a recurrir a servicios privados a un elevado costo financiero y con un gran sacrificio.

Como es de suponer, en tres países las encuestas hallaron que la cobertura de atención de salud de la población y la calidad de los servicios están relacionadas positivamente con el ingreso: el grupo de ingresos más elevados utiliza principalmente servicios privados que tienden a ser mejores que el resto (muy pocos pobres utilizan estos servicios); el grupo de ingresos medios (y, en grado menor, el grupo de ingresos elevados) está protegido principalmente por los servicios del seguro social (a través de las IAMC en el Uruguay) que, por lo general, son mejores que los servicios públicos, y los pobres son el grupo con menos acceso a estos servicios, excepto en Costa Rica donde no existe diferencia significativa en el acceso por ingreso (en el Uruguay los pobres asegurados en fecha reciente han obtenido acceso a las IAMC); y los pobres dependen básicamente de los servicios públicos (funda-

mentalmente del Ministerio de Salud) que tienden a ser los de peor calidad (nuevamente, Costa Rica es una excepción).

Se hallaron también pruebas sustanciales en los cinco países sobre las diferencias en la cobertura e instalaciones de atención de salud del seguro social en relación con la pobreza. Los estados, departamentos, provincias y condados más desarrollados, urbanos y ricos tienen la cobertura más alta mientras que las unidades menos desarrolladas, más rurales y pobres, donde vive la mayoría de los indígenas, tienen la cobertura más baja. Las comparaciones siguientes dan la cobertura más alta y más baja por unidades geográficas en cada país: Montevideo 72% y Rivera 19% en el Uruguay; el Distrito Federal 100% y Oaxaca 17% en México; Lima-El Callao 27% y Apurímac 2% en el Perú; y La Romana 12% y Elías Piña 0,04% en la República Dominicana. Hay una concentración muy alta de cobertura y servicios del seguro social en las capitales que va más allá de la necesidad lógica de concentrar las instalaciones del nivel terciario. Por ejemplo, la región central en Costa Rica, donde está situada la capital, tiene 50% de la población total pero 80% de las camas de hospital, médicos y enfermeras; Santo Domingo, con 27% de la población total, tiene 55% de los asegurados, 65% del personal y 40% de las camas de hospital; y Lima, con 31% de la población, tiene 56% de los asegurados y camas de hospital y 70% del personal. Por estas razones (al menos en Costa Rica y el Uruguay), la cobertura del Ministerio de Salud es más elevada en las regiones pobres y las instalaciones del Ministerio se concentran en las zonas más pobres, lo que contrarresta en parte las lagunas del seguro social. Siguiendo el mismo orden de ideas, las instalaciones de COPLAMAR en México se concentran en los estados más pobres, tales como Oaxaca y Chiapas.

RAZONES PARA LA BAJA O ALTA COBERTURA DE LOS POBRES

Factores generales

Costa Rica y la República Dominicana, los más pequeños de los cinco países seleccionados, tienen la misma extensión territorial. Ninguno de ellos tiene barreras topográficas importantes y su pequeño tamaño, combinado con sistemas de comunicaciones de buenos a regulares, ha-

cen accesible prácticamente la totalidad de su territorio. Costa Rica y el Uruguay tienen casi la misma población (unos tres millones) mientras que la República Dominicana tiene dos veces la población de estos dos países y tres veces la densidad demográfica de Costa Rica. En consecuencia, la presión sobre los recursos escasos es más elevada en la República Dominicana que en el resto de los países. Todas las personas en los tres países hablan el mismo idioma (español) y no hay diferencias culturales importantes dentro de cada país. Sin embargo, la tasa de analfabetismo en el Uruguay y Costa Rica es muy baja (respectivamente, la segunda y cuarta más bajas en la Región) mientras que la tasa de la República Dominicana es cuatro veces más alta. En vista de estos factores, el Uruguay y Costa Rica tienen ventajas sobre la República Dominicana.

México, el más extenso de los cinco países, abarca un territorio que es 50% más grande que el del Perú y mucho mayor que el de los otros tres países. Tanto México como el Perú tienen barreras topográficas importantes y contienen amplias zonas aisladas o de difícil acceso. Además, partes importantes de las poblaciones de estos países no hablan español y están física y culturalmente aisladas. Las tasas de analfabetismo en México son dos veces más elevadas que en Costa Rica y en el Uruguay pero una tercera parte más bajas que en el Perú. Por estas razones, el acceso a la atención de salud por los pobres es más difícil en México y en el Perú.

El ingreso por persona del Uruguay es 50% más alto que el de México y Costa Rica, dos veces más alto que el del Perú y 3,5 veces más alto que el de la República Dominicana. El Uruguay y Costa Rica tienen distribuciones del ingreso más parecidas y menos desigualdades en el nivel de vida entre las zonas urbanas y rurales que los demás países. Y, tal como se ha visto, la incidencia de la pobreza en estos dos países es más baja que en los otros dos; el Uruguay tiene el sector rural más pequeño de los cinco países y Costa Rica tiene el sector informal más pequeño (aunque cuenta con el sector rural mayor). El porcentaje de la fuerza de trabajo no asalariada en estos dos países es la mitad del de Perú y la República Dominicana; por lo tanto, esto facilita ampliar la cobertura del seguro social. En resumen, el Uruguay y Costa Rica comparten una combinación de ventajas físicas, culturales y socioeconómicas sobre los otros tres países que facilita la protección de la salud de los pobres pero las desventajas a las que hacen frente los demás países no son insuperables, tal como ha demostrado México con COPLAMAR.

El Uruguay y Costa Rica han gozado de esta-

bilidad política y de una larga tradición democrática, aunque la del Uruguay fue interrumpida temporalmente por los militares. Ambos países tienen un sistema multipartidista en el que dos partidos poderosos se han alternado en el poder; un partido ha estado en control por largos períodos de tiempo y ha sido responsable principalmente de la dictaminación de leyes sociales que el otro partido ha apoyado de ordinario. El Uruguay y Costa Rica tienen muchas asociaciones fuertes de trabajadores y agricultores que son relativamente independientes del gobierno y que han presionado por obtener ventajas sociales. De ordinario, los funcionarios electos han respondido a las presiones ejercidas desde abajo y han tomado la iniciativa en materia del seguro social. En el Uruguay han otorgado una serie de concesiones del seguro social a fin de obtener su reelección; en Costa Rica los líderes políticos introdujeron y ampliaron rápidamente el seguro social. El desarrollo inicial de las sociedades de ayuda mutua en el siglo XIX en el Uruguay preparó el camino para la expansión singular de las IAMC como importantes proveedores de atención de salud en ese país. Por otra parte, una proliferación de las instituciones y un gobierno central relativamente débil en el Uruguay impidieron una coordinación adecuada de los sistemas de salud pública y del seguro social. A la inversa, el Gobierno de Costa Rica ha sido suficientemente poderoso para coordinar y promover con eficacia la integración funcional local del sistema de salud.

México ha gozado de estabilidad política por medio siglo pero es una democracia menos pluralista que la de los otros dos países. Un partido tiene control total, impidiendo una verdadera competencia política; al menos hasta hace muy poco, las organizaciones populares habían sido dominadas tradicionalmente por el gobierno o el partido y la dirección política ha sido mucho menos responsable ante el electorado que en Costa Rica y el Uruguay. En la década de 1950, respondiendo posiblemente a una creciente organización de los sindicatos agrícolas y a brotes de rebelión rural, el Gobierno comenzó tentativamente a ampliar la cobertura del seguro social al campo, movimiento acelerado en la década de 1970 con Solidaridad Social y COPLAMAR. Pero la extensión de la cobertura a los pobres de las zonas urbanas ha sido fundamentalmente retórica o simbólica, con poco progreso práctico.

El Perú y la República Dominicana han sufrido largas dictaduras, control por caudillos políticos o frecuentes intervenciones militares. Ambos países, especialmente el Perú, son menos estables políticamente que los otros tres

y tienen una tradición democrática mucho menor que el Uruguay y Costa Rica. La dirección política de la República Dominicana no ha logrado dictaminar leyes para ampliar la cobertura del seguro social, perdiendo una oportunidad singular de hacerlo con el apoyo de los sindicatos y los empleadores, debido a mala gestión política. Sin embargo, en el Perú, se han dictaminado varias leyes para ampliar dicha cobertura, pero no se han hecho cumplir bien por falta de voluntad política o de poder, conocimiento técnico o recursos.

Una combinación de factores físicos, culturales, socioeconómicos y políticos favorables puede explicar en gran parte la universalización de la atención de salud en Costa Rica y el Uruguay; a la inversa, una combinación de factores adversos puede explicar el fracaso en el Perú y la República Dominicana. México, dotado de los recursos más abundantes de los cinco países, no ha logrado reproducir el éxito de Costa Rica y el Uruguay, y sin embargo, la voluntad política junto con los medios económicos permitió al país abandonar el modelo de Bismarck de seguro social y produjo COPLAMAR, a pesar de obstáculos físicos, humanos y administrativos. Los dos países más pobres tienen desempeños diferentes en este respecto: el Perú, con 45% de la fuerza laboral como trabajadores asalariados, ha ampliado el seguro social al 32% de estos trabajadores, mientras que la República Dominicana, con un porcentaje más elevado de la fuerza laboral como trabajadores asalariados (51%), tiene solo 10% de este grupo protegido; a pesar de factores físicos y culturales favorables, esta última cifra es la segunda más baja en la Región. Finalmente, una cantidad mayor de dinero empleado en la atención de salud no asegura necesariamente una cobertura más amplia y niveles de salud más altos. Por ejemplo, la República Dominicana y México emplean una cantidad similar por persona en salud, pero el historial de este último país es mucho mejor que el del primero; la concentración de los recursos y su uso eficaz explican en gran medida estas diferencias (Pfeffermann y Griffin, 1989).

Política de salud/seguridad social y otros factores

Diferentes políticas del seguro social y/o seguridad social para proporcionar cobertura a los pobres en los sectores informal y rural pueden explicar en parte resultados divergentes. Esta sección se concentrará en los aspectos financieros de tales políticas, las dificultades adminis-

Cuadro 74. Comparación de la contribución porcentual al seguro de enfermedad-maternidad abonada por los trabajadores asalariados, del sector informal y rural en cuatro países, 1988-1989 (como porcentaje del salario o ingreso).

Países ^a	Asegurados			Base salarial de los aportes			
	Asalariados y servicio doméstico	Autónomos	Trabajadores rurales/campesinos	Asalariados	Servicio doméstico	Autónomos	Rurales/campesinos
Costa Rica	5,5	5-12 ^b	5,5	RT	RT	75% del SM agrícola	n.d.
Uruguay	3	—	3	ST	85 del SM	—	n.d.
México	3	7,8	3	ST	SM	1,6 veces el Distrito Federal	n.d.
Perú	3	9	4-9 ^c	RT	1/3 de la RMA	RMA	RMA

Fuentes: Cuadros 32, 40, 52, 62.

RMA = remuneración mínima de los asegurados; SM = salario mínimo; TC = remuneración total; y ST = salario total.

^aEl seguro social dominicano excluye a los autónomos, trabajadores del servicio doméstico, y trabajadores rurales y campesinos.

^bEl promedio para todos es de 6%.

^cEl porcentaje más bajo corresponde a las zonas económicamente deprimidas.

trativas para ampliar la cobertura y la débil movilización de los pobres.

Financiamiento

Es evidente que los bajos ingresos y bajos niveles de salud de los pobres dificultan su incorporación al modelo tradicional del seguro social; los pobres no pueden financiar completamente su protección y son más susceptibles de utilizar servicios públicos o del seguro social que los que tienen ingresos más elevados, debido a una incidencia de la enfermedad más alta y a poca o ninguna posibilidad de sufragar servicios privados. Hemos demostrado que la mayoría de los trabajadores en los sectores informal y rural tienen los ingresos nacionales más bajos. Y sin embargo, la contribución porcentual impuesta sobre los trabajadores informales es a menudo más alta que la cargada a los trabajadores asalariados que perciben ingresos más altos.

El Cuadro 74 indica que en el Perú y México el aporte porcentual de los trabajadores autónomos es tres veces más alto que el de los trabajadores asalariados. La gama del aporte en Costa Rica es de 5 a 12%, según el ingreso, pero la mayoría de los trabajadores autónomos declaran un ingreso más bajo que el que perciben en realidad, haciendo que el aporte promedio sea del 6%, solo ligeramente más alto que el aporte de los trabajadores asalariados. La carga del aporte se ve reducida para este grupo debido a que la base imponible es menor que la compensación o sueldo completo. Por ejemplo, es del 75% del salario agrícola mínimo en Costa Rica y la compensación mínima asegurada en el Perú, pero en México, es 1,6 veces el salario mínimo en el Distrito Federal. Aunque es difícil hacer comparaciones exactas entre los tres países, los

trabajadores autónomos en Costa Rica son los que pagan proporcionalmente menos y también menos que los empleados asalariados en su propio país, lo que conduce a los trabajadores asalariados a inscribirse como autónomos. Por tanto, no sorprende que la cobertura más elevada de los trabajadores autónomos sea la de Costa Rica. Incluyendo la cobertura de los indigentes, prácticamente todos los trabajadores autónomos cuentan con protección en Costa Rica, pero solo una fracción de ellos cuentan con protección en México y el Perú. Los funcionarios del seguro social del Uruguay consideran que el costo de ampliar la cobertura a los trabajadores autónomos sin un lugar fijo de trabajo sería muy elevado y no tienen proyectado incorporarlos. En el Perú, el proyecto de disposiciones de la ley de 1987 que dictaminaba la incorporación de este grupo estipula una reducción en más de la mitad de los aportes de los trabajadores autónomos, y que el estado ayude a financiar la extensión mediante el pago del 1% de la factura salarial total; debido a que esto último no se ha hecho realidad, no se han aprobado las disposiciones.

Como debe recordarse, la cobertura de los empleados del servicio doméstico es obligatoria en Costa Rica, Uruguay y Perú, pero voluntaria en México. El aporte de los empleados del servicio doméstico es el mismo que el de los trabajadores asalariados en los cuatro países, pero dos veces más elevado en Costa Rica (5,5%) que en el resto (3%). Además, en el Uruguay la base imponible es de 85% del salario mínimo, y en el Perú es una tercera parte de la compensación mínima asegurada. Sin embargo, en México la base imponible es el salario mínimo y, puesto que los empleadores pueden optar por inscribir

o no a sus empleados y se espera que paguen un aporte de 11,4% si lo hacen, la mayoría de los empleadores no inscriben a sus empleados, lo que explica por qué solo 0,1% de los empleados del servicio doméstico cuentan con cobertura. A pesar de que su aporte porcentual es el más elevado, Costa Rica tiene la proporción mayor de empleados del servicio doméstico asegurados (24%), seguida de cerca por el Uruguay (21%), lo que pudiera explicarse por el hecho de que, en el Uruguay, la carga del aporte de pensiones es la más elevada de la Región y estimula la evasión. Solo 3% de los empleados del servicio doméstico cuentan con cobertura en el Perú, posiblemente debido al cumplimiento deficiente. El seguro social mexicano tiene en consideración dos proyectos para ampliar la cobertura al sector informal. La cobertura para los empleados del servicio doméstico se haría obligatoria pero se limitaría a las zonas urbanas de altos ingresos; el aporte se dividiría por igual entre los trabajadores y los empleadores (el de estos últimos dividido en la mitad) y se reducirían los beneficios. La cobertura para los trabajadores autónomos seguiría siendo optativa, pero su aporte se reduciría a una tercera parte (sobre una base imponible dividida por un tercio), y el Estado financiaría la mitad del programa.

La cobertura de todos los trabajadores rurales es obligatoria en Costa Rica y Uruguay y, en México, es obligatoria solo para un pequeño grupo; en el Perú es voluntaria, principalmente para los campesinos organizados en asociaciones. La contribución porcentual para los trabajadores rurales es la misma que para los trabajadores asalariados en todos los países salvo el Perú, donde es más elevada. La cobertura obligatoria y un sector agrícola relativamente adinerado, parecen ser los factores más importantes que explican por qué la mitad de este grupo cuenta con cobertura en Costa Rica y Uruguay. A la inversa, la cobertura voluntaria, un sector agrícola pobre y el requisito de formar parte de una asociación explican el porcentaje insignificante de cobertura en el Perú. La cobertura de más de la mitad de la población rural en México se obtiene a través de COPLAMAR, que no requiere aporte en efectivo de los campesinos.

En la República Dominicana, la extensión de la cobertura del seguro social ha tropezado con la exclusión de los empleados del servicio civil y con un tope absurdamente bajo (\$US125 por mes) que excluye prácticamente a los empleados que ganan sueldos de nivel medio y alto. Estos grupos excluidos pueden aportar mucho más que los protegidos y sería más fácil detectar, inscribir y cobrar las cuotas de los primeros (el Go-

bierno y las empresas grandes) que de los que están actualmente protegidos. Con todo, la cobertura de los sectores informal y rural sería difícil de financiar con ese aporte adicional solamente.

En Costa Rica, el Estado financia totalmente la cobertura de los indigentes. Aunque la porción de la deuda estatal debida a esta clase de cobertura del seguro social es ciertamente considerable, sin financiamiento por el Estado, nunca se habría hecho realidad; además, la deuda se está pagando, aunque en condiciones adversas. En el Uruguay, la cobertura del seguro social de los grupos de bajos ingresos es subvencionada por el Estado. En otros países, tales como México, el aporte estatal ha disminuido o, como en la República Dominicana y el Perú, está estipulado por una ley que no ha sido ejecutada.

Cuanto más elevado sea el porcentaje de pobres no protegidos por el seguro social (cosa que ocurre paralelamente a una incidencia más elevada de la pobreza), tanto mayor será la proporción de pobres bajo responsabilidad del Ministerio de Salud. El Ministerio opera a menudo con recursos del gobierno central escasos y cada vez menores y, si el grueso de la población asignada es pobre, la posibilidad de cobrar ingresos importantes por concepto de pagos de los usuarios es nula.

Dificultades administrativas

La cobertura de los pobres en las zonas rurales es a menudo más costosa que en las zonas urbanas debido a que la población está dispersa y aislada, a que los costos de transporte son más elevados y a que las barreras culturales presentan obstáculos. Además, la posibilidad de obtener ingresos sustanciales de los aportes o pagos de los usuarios es remota. Nuevamente, COPLAMAR de México y los programas para los indigentes de Costa Rica demuestran que la cobertura puede ampliarse a los pobres de las zonas rurales pero estos dos países tienen más recursos que el Perú y la República Dominicana.

El sector informal también presenta graves dificultades administrativas para la incorporación. Por ejemplo, el costo de detectar, inspeccionar y cobrar a las microempresas puede ser más alto que los aportes realmente efectuados. En el Perú, entre 35 y 40% de los aportes no se efectúan en realidad por esa razón; en Lima, 66% de todas las empresas inscritas tienen menos de seis trabajadores, emplean a 10% del número total de asegurados y pagan 4% del aporte total. En 1985-1988, un intento por sistematizar la inscripción y los pagos logró algún progreso, pero

este esfuerzo terminó por falta de fondos. En la República Dominicana hay 145 000 microempresas que emplean a un promedio de 2,8 trabajadores cada una.

El número de trabajadores autónomos es muchas veces más alto que el número de microempresas y las dificultades y costos para inscribir y cobrar a los primeros son mayores. Para hacer frente a estos problemas, los institutos del seguro social han concertado acuerdos con asociaciones de trabajadores autoempleados en las que la responsabilidad por inscribir a los miembros y cobrarles recae en las asociaciones. Sin embargo, esta solución no siempre es eficaz. Por ejemplo, en México, un acuerdo con una asociación de vendedores ambulantes no se ha llevado a cabo debido a que se requiere un mínimo de 2000 miembros y los dirigentes de la asociación se muestran reacios a hacerse financieramente responsables de los pagos. Se han concertado acuerdos con mayor éxito en Costa Rica pero han sido utilizados por los trabajadores autónomos de ingresos medios para pagar una contribución más baja; además, el aporte más bajo ha sido un incentivo adicional para que los trabajadores asalariados se inscriban como autónomos.

Las ineficiencias en las agencias de salud pública, tales como las largas esperas para consultas, la calidad deficiente de los servicios, el personal ausente y la falta de suministros alejan a menudo incluso a los pobres. En el Perú, la admisión a los hospitales públicos requiere a menudo "contacto" con familiares o amigos y, en algunos hospitales dominicanos, "se venden" las citas a los usuarios.

Una movilización de los pobres débil o ineficaz

En la mayoría de los países seleccionados, los primeros grupos de la fuerza laboral en ser protegidos por el seguro social fueron los más poderosos y mejor organizados, y los últimos en recibir cobertura, si es que la recibieron, han sido los menos poderosos y peor organizados en los sectores informal y rural. En las zonas rurales, una población dispersa, barreras culturales y aislamiento físico pueden ayudar a explicar una organización débil o ausente, pero esto no ocurre con muchos trabajadores informales que están bien organizados. En el Perú, los vendedores ambulantes son miembros de varias federaciones, pero sus principales preocupaciones las constituyen, más que la cobertura de salud, la obtención de seguridad en sus puestos y mercados públicos. La fragmentación y rivalidades entre estas asociaciones, así como la falta

de un plan a largo plazo bien fundamentado y acción continua, han resultado en el fracaso de los pocos intentos que se han hecho por obligar a las autoridades a proporcionar a los vendedores ambulantes cobertura de salud.

EFFECTO DE LA COBERTURA DEFICIENTE SOBRE LOS NIVELES DE SALUD Y LA DISTRIBUCIÓN EN GENERAL

Una falta de datos suficientes y comparables en los cinco países impidió la medición del efecto posible de la cobertura de atención de salud de los pobres sobre los niveles de salud de la población en general y de los pobres. Sin embargo, fue posible analizar la experiencia de tres países: los programas del Ministerio de Salud para los pobres en Costa Rica, el programa de COPLAMAR para los pobres de las zonas rurales en México y los programas del Ministerio de Salud para las poblaciones marginales rurales y urbanas en la República Dominicana. Además, los datos de las encuestas en Costa Rica, la República Dominicana y el Uruguay permitieron evaluar el impacto de las subvenciones estatales a la atención de salud sobre la distribución del ingreso.

Niveles de salud

En el Cuadro 75 se presenta una comparación de dos indicadores importantes de los niveles de salud —mortalidad infantil y esperanza de vida— entre los cinco países dentro de un lapso de 28 años (1960-1988). La falta de datos no permitió comparar sistemáticamente la evolución de los perfiles patológicos y de morbilidad en estos países. El Cuadro indica que, en 1960, el Uruguay tenía la tasa de mortalidad infantil más baja y la esperanza de vida más alta, seguido en orden por Costa Rica, México, la República Dominicana y el Perú. Para 1988, Costa Rica había pasado a ocupar el primer lugar y Uruguay el segundo, y los otros tres países permanecieron en las mismas posiciones. Estos cambios ocurrieron debido a la reducción por Costa Rica de la mortalidad infantil y al aumento en la esperanza de vida que ocurrieron a un ritmo más acelerado que en el Uruguay. Estas comparaciones deberían tomarse con cautela debido a las

Cuadro 75. Comparación de las normas de atención de salud en los cinco países, 1960 y 1988.

	Costa Rica			Uruguay ^a			México			República Dominicana ^a			Perú		
	1960	1987	^b	1965	1987	^b	1960	1988	^b	1960	1988	^b	1960	1988	^b
Mortalidad infantil	68,6	17,8	-74	47,9	23,8	-50	74,2	46,0	-38	132,2	65,0	-50	140,9	86,0	-39
Esperanza de vida	60,2	74,7	24	68,4	71,0	4	56,3	68,9	22	51,0	65,9	29	48,0	62,0	29

Fuentes: Cuadros 35, 44, 69; Banco Mundial, 1990.

^aLos datos sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida son los más favorables de las distintas series disponibles.

^bCambio porcentual en ese período.

contradicciones observadas en los datos estadísticos relacionados con estos indicadores en el Uruguay y, en particular, en la República Dominicana. Para el Cuadro 75 seleccionamos la serie más favorable en cada uno de estos países pero el desenlace habría sido diferente si se hubiesen seleccionado series menos favorables.

Como estado de asistencia social pionero, el Uruguay había logrado los niveles más altos de salud en la Región para mediados del siglo, pero el estancamiento de su economía y de los gastos en salud pública indujo lentitud en el nivel de mejoras de sus condiciones de salud. Entre tanto, otros países de América Latina y el Caribe aceleraron sus mejoras de salud y dejaron a la zaga al Uruguay. El Cuadro 75 muestra el período de descenso en el mejoramiento de los niveles de salud del Uruguay. A la inversa, el Cuadro muestra el período en que Costa Rica aceleró la expansión de la cobertura de la seguridad social y lanzó programas de atención de salud que, combinados con otras variables, indujeron un rápido mejoramiento de los niveles de salud. Aunque el Perú y la República Dominicana muestran mejoras importantes en ambos indicadores en 1988, estas se produjeron a niveles similares a los de Costa Rica y el Uruguay tres décadas antes. Las mejoras relativamente rápidas en estos dos países menos desarrollados son principalmente el resultado de técnicas masivas de prevención tales como la inmunización. Los niveles de salud en los dos países más desarrollados, en particular en Costa Rica, eran ya tan elevados que es cada vez más difícil reducir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida; las mejoras más fáciles, tales como las logradas en el Perú y la República Dominicana, se habían logrado ya y ahora han de utilizarse técnicas más complejas y costosas.

La información disponible sobre las causas de defunción en Costa Rica indican que, en 1965, casi la mitad de las defunciones fueron ocasionadas por "enfermedades del subdesarrollo", tales como las enfermedades contagiosas, intes-

tinales, respiratorias y prenatales, pero la proporción descendió a una cuarta parte en 1987 a medida que las "enfermedades del desarrollo", tales como las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes, ocasionaron más de la mitad de las muertes. En el Uruguay, la transformación del perfil epidemiológico probablemente ocurrió en la década de 1940 y la de 1950, y los datos disponibles para 1978 y 1987 no indican cambios importantes en ese perfil: en los dos años, dos terceras partes de las causas de la defunción estaban constituidas por "enfermedades del desarrollo", mientras que "las enfermedades del subdesarrollo" ocasionaron 8 y 7% de las muertes. Ambos países redujeron espectacularmente las defunciones en los niños con menos de un año de edad debidas a enfermedades intestinales y respiratorias y a la desnutrición (11% Costa Rica y 14% el Uruguay en 1987). La vacunación generalizada también ha eliminado prácticamente o reducido notablemente las enfermedades inmunoprevenibles. A la inversa, el Perú y la República Dominicana no han transformado todavía sus perfiles patológicos y de morbilidad; por ejemplo, en este último país, 38% de las defunciones entre niños menores de un año fueron ocasionadas por la diarrea y las infecciones intestinales, las enfermedades respiratorias y la desnutrición. De ahí que exista un espacio considerable en ambos países para mejorar rápidamente los niveles de salud con técnicas relativamente simples y económicas.

En vista de lo que antecede, el fuerte énfasis dado a la medicina especializada curativa frente a la medicina preventiva en la mayoría de los países más desarrollados, tales como Costa Rica y Uruguay, aunque no es justificable, es más lógico que esas prioridades en los países menos desarrollados tales como la República Dominicana y el Perú e incluso México. Un incremento en los recursos dedicados a la prevención y concentrados en los pobres y otros grupos vulnerables tendría un efecto mucho mayor en reducir

las enfermedades del subdesarrollo y la mortalidad infantil.

En Costa Rica hay indicaciones de que los programas del Ministerio de Salud han tenido más efecto (en relación con una proporción notablemente más baja de recursos) en mejorar los niveles de salud que los programas del seguro social. En estos últimos, los fondos invertidos en la atención para los indigentes, las mujeres embarazadas y los lactantes, probablemente hayan sido más beneficiosos que los programas más costosos destinados a los grupos de ingresos medios y de edad productiva. Un estudio sobre el efecto de los programas del Ministerio de Salud para los pobres de las zonas rurales en la década de 1970 halló una correlación positiva entre el grado de cobertura por país de tales programas y aumentos en la esperanza de vida. Otro estudio que abarcó los programas del Ministerio para las poblaciones marginales tanto rurales como urbanas demostró que, a medida que aumentaba el grado de cobertura, disminuía la mortalidad infantil. Estos programas también parecían contribuir a una reducción en las desigualdades en los niveles de salud entre los condados.

En México, los efectos de COPLAMAR sobre los niveles de salud de la población rural pobre son difíciles de evaluar debido a que se dispone de poca información sobre los servicios transferidos a los estados; debido a las crisis económicas, el presupuesto de COPLAMAR se redujo (los gastos por persona se redujeron en la mitad en 1982-1986) induciendo reducciones de personal y suministros; y el éxito de COPLAMAR varía notablemente entre las comunidades según el acceso geográfico, los niveles de vida anteriores, la etnicidad, el apoyo por las autoridades locales y el personal calificado disponible. La utilización de las clínicas y hospitales y los servicios aumentó en la mayoría de las comunidades, al menos hasta que comenzó el proceso de descentralización. Puede haber habido un descenso en la cobertura de la población en 1986-1988 cuando ocurrió el proceso de descentralización, pero posteriormente hubo un incremento tanto en la cobertura de la población como en las instalaciones, al menos en los dos tercios del programa mantenidos por el IMSS. La mayoría de las tasas de los servicios por 10 000 personas protegidas aumentaron notablemente entre 1980-1982 y 1986: de 50 a 370% en los servicios de prevención/saneamiento, de 50 a 100% en el tratamiento de las enfermedades prioritarias y de 16 a 100% en todos los servicios hospitalarios; las tasas de servicios clínicos descendieron. Las tasas de morbilidad para 1983 y

1986-1987 han de interpretarse con cautela pero indican descensos notables prácticamente en todas las enfermedades transmisibles (de 11 a 65%), tales como la influenza, la enteritis, la tonsilitis aguda y la amebiasis; solo aumentaron las tasas para la escabiosis. Las tasas para las enfermedades inmunoprevenibles tales como la poliomieltis, la tos ferina, la meningitis, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis también descendieron, de 29 a 83%; las tasas de la rabia humana y la fiebre tifoidea aumentaron. Aunque no puede suponerse que el descenso en dichas tasas sea un resultado exclusivo de los servicios de prevención/saneamiento de COPLAMAR, estos desempeñaron un papel en reducir la morbilidad rural.

Para mejorar aún más el desempeño de COPLAMAR, deberían restablecerse los fondos que se cortaron al programa e introducirse ciertos cambios. Deberá hacerse un mayor hincapié en la prevención y/o saneamiento y el personal paramédico local frente a los médicos y la medicina curativa; el modelo de salud único del programa deberá diversificarse para abordar las características y necesidades específicas de diferentes poblados; deberá fortalecerse la participación de la comunidad a través de los comités de salud. Además, los médicos deberán capacitarse antes de su asignación y deberán emplear al menos tres años en un puesto rural para poder aprender de la comunidad y ser aceptados por ella; ha de darse una responsabilidad y capacitación crecientes a ayudantes clínicos calificados para que puedan realizar tareas más importantes, en tanto que se aumenta el número y papel de los voluntarios de salud y se incrementan sus estipendios. Finalmente, el trabajo comunitario realizado a cambio de los servicios de salud deberá especificarse y adaptarse a las necesidades, recursos e intereses de una comunidad dada. El hecho de si la descentralización deberá continuarse o ponerse fin a la fragmentación actual de este programa entre el IMSS y los estados y colocarse todas sus partes bajo una autoridad única (bien sea el Ministerio de Salud o el seguro social), es objeto actualmente de debate. Antes de adoptar una decisión tan importante, ha de disponerse de mejores datos para evaluar el desempeño tanto del IMSS-COPLAMAR como de los servicios estatales descentralizados.

En 1975-1986, la República Dominicana recibió \$US39 millones de diferentes organismos internacionales dedicados principalmente a promover la cobertura de atención de salud y la prevención, en particular entre los pobres rurales y urbanos marginales. Los objetivos con-

cretos fueron, entre otros, el mejoramiento de los niveles de nutrición y acceso al agua potable mediante el uso de bombas de mano y la evacuación de excretas mediante la construcción de letrinas, la reducción de enfermedades inmunoprevenibles y las defunciones infantiles ocasionadas por la diarrea y los parásitos a través de campañas de rehidratación y antiparasitarias, el mejoramiento de la atención de salud del grupo materno-infantil y la creación de un sistema de suministro de medicinas a bajo costo. Los resultados generales previstos fueron alcanzar una mayor reducción en la mortalidad infantil y un incremento en la esperanza de vida y otras normas de salud. Aparentemente, no se ha realizado una evaluación integral del efecto de estos programas. Sin embargo, un estudio de una comunidad rural encontró que, a pesar de la gran inversión en los costos de infraestructura y operativos, los servicios del Ministerio fueron de calidad deficiente y, debido a ese hecho, dos terceras partes de los gastos directos de la comunidad por concepto de atención de salud se destinaron a los servicios privados. Entre las razones que se hallaron para explicar la mala calidad de los servicios figuraron las siguientes: los pasantes emplearon solo un año en la comunidad y no se interesaron en ella, los promotores no estaban bien capacitados y no recibieron orientación adecuada, los pasantes emplearon tiempo mínimo en consultas ambulatorias, los suministros de medicamentos fueron bastante irregulares, y el mantenimiento fue deficiente.

No obstante, ha habido algunos resultados claramente positivos de estos programas. En un breve espacio de tiempo se triplicó el número de las clínicas rurales y se introdujeron nuevas clínicas urbanas, se estableció el Programa de Medicamentos Esenciales y comenzó a suministrar medicinas, aunque el suministro es aún bastante irregular, y se impartió capacitación a miles de promotores de salud. Una falta de datos y opiniones contradictorias entre los expertos han hecho que estos programas sean sumamente difíciles de evaluar. No obstante, se ha observado que no ha habido expansión de la población pobre cubierta; en realidad, puede que haya habido incluso un descenso debido a la deficiente calidad de los servicios públicos. Además, el número de camas de hospitales disminuyó. Incluso la serie más favorable sobre mortalidad infantil y esperanza de vida demuestra que en 1975-1985, el período en el que estuvieron en operación los programas, hubo un estancamiento o una desaceleración en el ritmo de mejora de dichos indicadores. La información

sobre inmunización, campañas antiparasitarias y de rehidratación, y aumento de letrinas y bombas de mano es tan dispersa y contradictoria que es imposible hacer una evaluación seria de estos programas. Aun cuando la crisis económica de la década de 1980 contribuyó sin duda al deterioro de la atención de salud, los programas del Ministerio comenzaron en la década de 1970 y la crisis no afectó al país hasta 1982. En resumen, parece que se desperdiciaron recursos abundantes debido a ineficiencia y mala gestión y que la mayoría de los programas no tuvieron éxito.

Distribución del ingreso

En 1982 se realizaron en Costa Rica, la República Dominicana y el Uruguay encuestas del efecto de las subvenciones estatales sobre la distribución del ingreso; los desembolsos sociales incluyeron atención de salud, pensiones, educación, agua y alcantarillado y vivienda. El sector de salud pública estuvo fundamentalmente representado por el Ministerio de Salud, pero también incluyó los programas de enfermedad-maternidad del seguro social, las fuerzas armadas (salvo en Costa Rica) y otros proveedores públicos (las IAMC del Uruguay se excluyeron). En todos los países, las subvenciones para la atención de salud tuvieron el grado más elevado de progresividad entre todos los desembolsos sociales y, en la República Dominicana, las subvenciones de salud fueron las únicas progresivas.

En el sector salud, el grado más alto de progresividad se halló en la subvención al Ministerio de Salud. En el Uruguay, la subvención al programa de maternidad del seguro social ocupó el segundo lugar en cuanto a progresividad, pero la subvención al programa de seguro de enfermedad fue la menos progresiva; cabe recordar que el programa de maternidad se concentra en los grupos de ingresos más bajos y en el interior del país, mientras que el programa de enfermedad está destinado a los grupos de ingresos medios y a Montevideo. En Costa Rica, 89% de la subvención se destinó a medicina curativa, con solo 11% destinado a la medicina preventiva; sin embargo, esta última surtió un efecto mucho más progresivo que la primera. La proporción de la subvención asignada a las zonas rurales, que tienen una incidencia de la pobreza más elevada, fue de ordinario más baja que la proporción asignada a las zonas urbanas.

En último lugar, pero no de menor importan-

cia, la porción de la subvención asignada a la atención de salud fue menor que la porción de todos los demás servicios sociales. Por tanto, las subvenciones de salud tuvieron el grado más elevado de progresividad pero, debido a la proporción menor de fondos que se les asignó frente a otros servicios, el impacto real de las subvenciones de salud en reducir la desigualdad del ingreso fue menor que el de otras subvenciones. Esto también ocurrió con respecto a las subvenciones rurales frente a las urbanas y las de servicios preventivos frente a los de hospitalización. El mayor efecto que tuvo la subvención en reducir la desigualdad en la distribución del ingreso se halló en Costa Rica, seguido del Uruguay; el menor efecto se registró en la República Dominicana.

Una reasignación de la subvención estatal que incrementara la porción de salud pública —y en ella, las porciones del Ministerio de Salud, servicios preventivos y zonas rurales— aumentaría el efecto redistributivo de la subvención. Las reducciones en el presupuesto del Ministerio de Salud en la década de 1980, por tanto, deberían haber reducido la progresividad de las subvenciones estatales, mientras que los incrementos en el presupuesto, tales como los que se observaron en el Uruguay en la segunda mitad de la década de 1980, deberían haber aumentado dicha progresividad. Una expansión de la cobertura de atención de salud a los grupos de bajos ingresos (Uruguay desde 1985) y, en particular, a los pobres e indigentes (Costa Rica desde la década de 1970), debe haber tenido un efecto progresivo importante en la distribución. Finalmente, un apartamiento de las subvenciones estatales desligándolas del seguro social, si ese programa abarca a los grupos de ingresos medios y excluye a los pobres, también tendría un efecto progresivo.

VIABILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL Y DEL SECTOR PÚBLICO PARA PROTEGER A LOS POBRES

En Costa Rica, los recursos combinados del seguro social y el Ministerio de Salud son suficientes y financieramente capaces de mantener la cobertura actual de los pobres y mejorar su atención a niveles más elevados de atención, pero el grave desequilibrio del programa de

pensiones necesita corregirse urgentemente a fin de evitar el colapso de todo el sistema de seguridad social. En el Uruguay, ni el seguro social ni las IAMC parecen ser capaces de ampliar la cobertura al pequeño grupo de pobres no protegidos sin un incremento sustancial de una subvención estatal ya onerosa; a la inversa, el Ministerio de Salud tiene suficientes recursos para emprender esta tarea, pero necesita mejorar la calidad de sus servicios y su eficiencia administrativa. En México, COPLAMAR ha tenido éxito en ampliar la cobertura de atención primaria de salud a la mayoría de los pobres rurales, pero esto ha requerido una inversión sustancial del Gobierno federal y apoyo del seguro social; por el contrario, el seguro social no ha logrado ampliar la cobertura al sector informal y, debido a su deterioro financiero en la década de 1980, no parece ser un instrumento viable para alcanzar esta meta, a menos que experimente una reforma importante. Este también es el caso del Ministerio de Salud, que ha sufrido más por la crisis que el seguro social. En el Perú, la crisis que ha afligido al seguro social desde principios de la década de 1980 se hizo aún más aguda en 1988, haciendo imposible lograr la extensión proyectada de la cobertura a los pobres en las zonas urbanas y rurales; el modelo del Ministerio de Salud de atención de salud aunque menos costoso, es también inviable en la actualidad. Finalmente, en la República Dominicana, el seguro social es totalmente incapaz de proporcionar cobertura a los pobres; el Ministerio de Salud se ve asediado por enormes problemas e ineficiencia y también parece ser incapaz de realizar la tarea a menos que sea objeto de una transformación a fondo.

En Costa Rica hay cobertura prácticamente universal de los pobres a través de los servicios combinados de atención de salud del seguro social y el Ministerio de Salud. Si hay pobres que quedan sin protección, posiblemente a nivel secundario y terciario de atención, estarían en los condados rurales menos desarrollados y más aislados, y probablemente podrían incorporarse en la infraestructura existente y los recursos combinados con un sistema de referencia y educación mejorados. Sigue en pie la cuestión de si el sistema actual de atención de salud es financieramente viable a largo plazo para mantener y, es de esperar, para mejorar la cobertura universal y la calidad de los servicios.

El programa de enfermedad-maternidad del seguro social emplea tres cuartas partes de los desembolsos totales y ha terminado con déficit durante la mayor parte de 1975-1982. En términos de ingresos, el déficit fue ocasionado por

la enorme deuda estatal (\$US61 millones en 1987, 86% de la cual correspondió al programa de enfermedad-maternidad debido al impago por el Estado del costo de la atención de los indigentes); la evasión y moras en los pagos, principalmente entre los trabajadores autónomos; y una contribución porcentual insuficiente para sufragar los gastos programáticos. En términos de desembolsos, el déficit resultó en beneficios demasiado generosos, en personal excesivo que percibió sueldos demasiado elevados y en algunas ineficiencias de los hospitales. Desde 1983 se han corregido o mejorado algunos de estos problemas: el aporte se aumentó, se eliminaron unos cuantos beneficios generosos, se firmaron acuerdos con el Estado para el pago de la deuda en valores, se mejoró la eficiencia de los hospitales y se despidió a algunos empleados. Como resultado, desde 1983 el programa de enfermedad-maternidad ha generado un superávit que según pronósticos continuará hasta 1998. Y con todo, la estabilidad general de la institución se ve amenazada por un grave desequilibrio en su programa de pensiones, que según las proyecciones entrará en bancarrota para el año 2000 a menos que se adopten con rapidez medidas drásticas. Este problema crucial ha de resolverse antes de hacer intentos por mejorar los servicios de alto nivel para los pobres de las zonas rurales y antes de poder incorporar unos cuantos sectores de trabajadores informales no protegidos, tales como los empleados del servicio doméstico. Se ha detenido un proyecto destinado a asegurar a una porción de los trabajadores autónomos que actualmente son tratados como indigentes debido a dificultades administrativas y financieras.

En 1973-1987, las instalaciones del Ministerio de Salud en Costa Rica experimentaron un incremento quíntuple, principalmente mediante la adición de puestos de salud, mientras que el crecimiento del seguro social fue del 55%, fundamentalmente en clínicas. El número de hospitales y camas por 1000 habitantes descendió ligeramente, pero los servicios de primer nivel experimentaron una gran expansión. El Cuadro 76 indica que los recursos del Ministerio son insuficientes en comparación con los del seguro social; por ejemplo, los gastos por persona de este último son seis veces más elevados que los del primero. Estas diferencias pueden explicarse en parte por la naturaleza divergente de los servicios proporcionados por cada institución; el seguro social brinda atención curativa intensiva y el Ministerio proporciona atención de salud primaria de índole preventiva. Aún así, la disparidad entre la asignación para los servicios

preventivos y la asignación para los servicios curativos es demasiado grande y debería reducirse.

La pequeñísima proporción de camas de hospitales del Ministerio se debe al hecho de que todos los hospitales son operados por el seguro social, y el Ministerio solo tiene unas cuantas camas en los centros de salud y estas camas solo se utilizan a medias. La ocupación de hospitales del seguro social es bastante elevada (79% y en aumento), y la duración promedio de permanencia es razonable (6,1 días) y en descenso. Estos datos estadísticos indican que las instalaciones hospitalarias en Costa Rica son las más eficientemente administradas de los cinco países. En resumen, el sistema de salud pública del seguro social goza actualmente de estabilidad financiera y tiene recursos suficientes para mantener la cobertura actual de los pobres y mejorar su protección a niveles más altos de atención. Sin embargo, el seguro social ha de colocar con rapidez al programa de pensiones en una sólida base financiera a fin de evitar la bancarrota de todo el sistema de salud a plazo medio.

Los programas de enfermedad y maternidad del seguro social del Uruguay han tenido un déficit desde 1982 y este ha aumentado de 5 a 32% del ingreso a pesar de la recuperación económica de 1986-1987. Estos programas también han producido una proporción creciente del déficit institucional general (27% en 1987), que en 1988 fue igual al 1,4% del PIB y requirió una subvención estatal de 2,7% del PIB. Las causas principales del déficit en términos del ingreso son la duplicación en la cobertura de la población en la segunda mitad de la década de 1980, mayormente a los grupos de bajos ingresos que aportan menos; en términos de gastos, son responsables los crecientes costos de atención de salud en las IAMC. El creciente desequilibrio de los programas de enfermedad y maternidad, junto con el enorme desequilibrio del programa de pensiones a pesar de importantes subvenciones estatales, indica la incapacidad del seguro social de ampliar su cobertura a los pobres. Desde 1977, las IAMC han afrontado crecientes dificultades financieras; las quiebras han reducido su número en un 38% y cuatro quintas partes de las que quedan en operación hacen frente a graves desequilibrios. Debido a una prima en aumento, el número de afiliados a las IAMC descendió primero pero luego aumentó con la expansión de la cobertura del seguro social y la recuperación económica; aún así, para 1987, la afiliación a las IAMC estaba por debajo de la cifra máxima alcanzada en 1984. Debido a la prima más elevada, la proporción de las per-

Cuadro 76. Comparación de las instalaciones, gastos y eficiencia de la atención de salud en los cinco países, 1985-1988.

	Distribuciones porcentuales				Gastos por persona		Eficiencia	
	Población asegurada	Camas de hospital	Médicos	Gastos	\$US	Relación ^a	Ocupación hospitalaria (%)	Días de permanencia (X̄)
Costa Rica ^b	136	100	100	100	81	1,0	77,6	6,4
Seguro social	83	93	90	81	82	1,0	79,1	6,1
Ministerio de Salud	53	7	10	19	13	0,2	50,9	n.d.
Uruguay ^c	100	100	100	100	112	1,0	n.d.	n.d.
IAMC/seguro social	52	18	63	60	131	1,2	n.d.	4,8
Ministerio de salud	33	70	29	29	107	1,0	60,9	10,1
Fuerzas Armadas	13	3	7	7	66	0,6	n.d.	n.d.
Privado	2	9	1	4	186	1,7	n.d.	n.d.
México ^d	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Seguro social	73	n.d.	73	79	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
IMSS	48	n.d.	51	61	69	1,6	n.d.	4,2
Otros	11	n.d.	18	16	115	2,6	n.d.	n.d.
COPLAMAR	14	n.d.	4	2	8	0,2	83,0	3,5
Ministerio de Salud	27	n.d.	27	21	44	1,0	n.d.	n.d.
Perú ^e	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Seguro social	17	16	21	41	35	8,0	73,6	11,3
Ministerio de Salud	62	57	35	34	4	1,0	n.d.	n.d.
Fuerzas Armadas	7	7	14	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Privado	14	20	30	18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
República Dominicana ^f	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Seguro Social	12	10	20	n.d.	46	5,1	51,7	10,4
Ministerio de Salud	54	34	25	n.d.	9	1,0	54,0	21,2
Fuerzas Armadas	5	6	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Privado	29	50	45	n.d.	28	3,1	n.d.	n.d.

Fuentes: Cuadros 33, 42, 53, 57, 63, 68.

^aCon base en los promedios nacionales, si se dispone de ellos; de lo contrario, en los gastos por persona del Ministerio de Salud.

^bDebido a superposición de servicios, los porcentajes declarados ascienden a 136%; según la encuesta, deberían ser de 95% en los seguros sociales y de 5% en el Ministerio. Excluye al sector privado que abarca a 5% de la población.

^cExcluye a una pequeña parte de las instituciones públicas y de beneficencia.

^dExcluye a las Fuerzas Armadas, a algunos proveedores públicos y al sector privado (un 10% de la población). "Otros" se refiere a los funcionarios públicos y a los trabajadores del sector del petróleo.

^eDistribución porcentual basada en 1981, con excepción de los gastos por habitante (1984).

^fSanto Domingo.

sonas protegidas por las IAMC en el grupo de ingresos más bajos ha descendido de 16 a 4%, lo que indica evidentemente que las IAMC no son vehículos factibles para proporcionar cobertura a los pobres.

El sector de salud pública en el Uruguay (Ministerio de Salud y Hospital Universitario) cuenta con instalaciones y recursos suficientes para ampliar la cobertura a los posibles pobres que queden sin protección. El Cuadro 76 indica que la proporción del sector público de médicos y gastos fue proporcional a su porción de la población y que su porción de camas de hospital fue más del doble de su población. Si bien el sector privado tuvo una relación más alta de camas de hospital por población protegida que el sector público, y sus desembolsos por persona fueron dos veces más altos, las IAMC ocuparon una clasificación ligeramente superior en médicos y desembolsos. Sin embargo, los recursos del Ministerio en el Uruguay se compa-

ran bastante bien con los otros cuatro países. Además, en 1987 el porcentaje de ocupación hospitalaria del Ministerio fue de 60,9% y, aunque ha estado aumentando desde 1980, era aún bajo; en el interior del país, la mitad de la capacidad instalada de los hospitales no se utilizaba. Además, la duración promedio de permanencia fue de 10 días e iba en aumento; fue dos veces tan alta como el promedio de las IAMC. Una reducción de la permanencia en los hospitales dejaría aún más capacidad sin utilizar para proporcionar cobertura a los pobres. El problema es más de calidad que de cantidad debido a que los servicios públicos no son tan buenos como los de las IAMC y el sector privado.

Debido a reducciones presupuestarias realizadas bajo el gobierno militar, los hospitales públicos (que eran bastante viejos) experimentaron un grave deterioro en su planta física y equipo. La gestión tampoco ha sido muy eficiente tal como se demostró con las cifras precedentes;

existe demasiada centralización sin una coordinación adecuada y hay una asignación excesiva de recursos al nivel secundario y terciario de atención. Desde 1986, el presupuesto del Ministerio ha aumentado y se han construido nuevos hospitales o están en vías de construcción. Sin embargo, en vista de la excesiva capacidad disponible, tales fondos se habrían empleado mejor en reparaciones, remodelación, mantenimiento y equipo nuevo. Es de esperar que la calidad de los servicios públicos aumente y lleguen a todos los pobres. De lo contrario, deberá prestarse consideración seria a transferir una porción de la subvención estatal del seguro social (y de las IAMC indirectamente) al Ministerio de Salud.

El seguro social (IMSS) en México ha alcanzado en gran medida la meta de ampliar la cobertura de atención de salud a la mayor parte de la población rural, pero no ha dado cobertura ni siquiera a una proporción pequeña del sector informal. En 1980-1987, el IMSS generó un superávit pero, como porcentaje del ingreso, descendió de 18 a 4%, mientras que las reservas actuariales descendieron de 18 a 0,4%. Dichas reservas son inadecuadas para atender las obligaciones a largo plazo de esta institución que también hizo frente en fecha reciente a una crisis de liquidez. Las causas principales para el deterioro financiero en términos de desembolsos han sido el déficit en el programa de enfermedad-maternidad junto con costos administrativos muy altos y, en términos de ingresos, una contribución insuficiente de los empleadores asegurados, una reducción a la mitad de las subvenciones del Gobierno y rendimientos negativos de la inversión. Entre 1943 y 1988 el programa de enfermedad-maternidad terminó con déficit excepto durante tres años; este déficit se cubrió con transferencias de otros programas, en particular del programa de pensiones, lo que contribuyó a su descapitalización. A medida que el programa de pensiones maduró y disminuyeron sus reservas, su superávit se redujo así como también la fuente principal de financiamiento para el programa de enfermedad-maternidad. En 1989 esta situación obligó a efectuar un incremento de 33% en el aporte porcentual al programa de enfermedad-maternidad, pero ese aporte se halla aún por debajo del nivel actuarial estimado. Los desembolsos administrativos del IMSS figuran entre los más altos de la Región, debido a personal excesivo, a sueldos altos y a beneficios marginales demasiado generosos; a pesar de la crisis, la relación de empleados por 1000 asegurados siguió aumentando, llegando a una cifra histó-

rica récord en 1986. Desde 1981, no se ha tenido información sobre la eficiencia de los hospitales del IMSS pero esta probablemente sea baja.

En la actualidad, el IMSS proporciona cobertura a menos de 1% del sector informal, haciendo sumamente improbable que pueda proporcionar cobertura al 99% restante con una base financiera tan débil y teniendo en cuenta el bajo ingreso de ese sector y las dificultades administrativas inherentes en esa tarea. A fin de alcanzar esa meta, sería necesario aumentar nuevamente el aporte porcentual para el programa de enfermedad-maternidad u obtener una subvención del Gobierno (el proyecto del IMSS de ampliar la cobertura a los trabajadores autónomos se fundamenta en un financiamiento por el Estado del 50%). Ninguna de estas opciones son viables debido a que el aporte porcentual actual ocupa el segundo lugar entre los más altos de la Región y el Estado ha reducido en la mitad su apoyo al IMSS. Sería mejor establecer medidas para reducir los gastos administrativos, aumentar la eficiencia, eliminar el tope de los aportes salariales y diseñar un paquete de beneficios de atención de salud de bajo costo. Pero, incluso con este enfoque, la expansión de la cobertura haría frente aún a dificultades graves. La incorporación del sector informal (empleados del servicio doméstico y los trabajadores autónomos) aumentaría la cobertura actual de la población en el IMSS de 15 a 20%, pero, debido a la crisis, se han reducido los gastos y servicios por persona de esa institución. Los funcionarios del seguro social comprenden que es imposible ampliar las instalaciones del IMSS en las condiciones actuales y están considerando la posibilidad de contratar servicios privados.

Financieramente viable en la década de 1970, el modelo de Solidaridad Social-COPLAMAR parece menos factible en la década de 1990. Estos programas se lanzaron con ocasión del primer período de apogeo económico producido por el petróleo, con un apoyo sustancial del Gobierno Federal que sufragó 60% de los gastos del programa de Solidaridad Social y 100% de los gastos de COPLAMAR. Además, el IMSS proporcionó el 40% restante para el primero y apoyo institucional (estimado hasta en 50% de los gastos) para el segundo. Con recursos tan abundantes y una dirección dinámica por el IMSS, se estableció con rapidez una impresionante red de clínicas y pequeños hospitales rurales. Pero cuando la crisis económica obligó a adoptar un programa de ajuste nacional, el Gobierno Federal decidió dejar de invertir en estos programas y transferir las instalaciones a los es-

tados. Aunque solo se transfirió una cuarta parte de las instalaciones, y a los estados más ricos, los programas no contaron con suficientes recursos cuando cesó el apoyo del IMSS. Como resultado, la calidad de los servicios transferidos disminuyó y también la ocupación de los hospitales.

Para hacer frente a estos problemas, los estados comenzaron a cargar pagos de los usuarios que probablemente redujeron el acceso de los pobres y ocasionaron protestas; la transferencia se detuvo en 1988. Y sin embargo, el Cuadro 76 demuestra que COPLAMAR es el programa de atención de salud menos costoso en México: sus desembolsos por persona son 11% de los del IMSS, 17% de los del Ministerio de Salud y 7% de los de otros programas del seguro social. La tasa de ocupación hospitalaria aumentó constantemente, a 83% en 1987, mientras que la permanencia promedio descendió a 3,5 días; aunque carecemos de datos comparables para México, las cifras de COPLAMAR son favorables al comparárselas con las de Costa Rica y el Uruguay. En último lugar, pero no menos importante, COPLAMAR parece haber surtido un efecto en elevar los niveles de salud entre los pobres. En consecuencia, COPLAMAR ha logrado ampliar la cobertura con un paquete de beneficios de bajo costo, pero exigió una inversión sustancial (especialmente en sus comienzos) del Gobierno Federal así como apoyo administrativo y financiero del IMSS.

Un aspecto clave del Plan Nacional de Desarrollo de 1989-1994 de México es el Programa Nacional de Solidaridad que incluye una estrategia para ampliar la cobertura de atención de salud a los pobres en las zonas urbanas y rurales mediante metas específicas, aumento de la eficiencia, énfasis en la atención primaria de salud y mejor coordinación. Sin embargo, estas metas encomiables no parecen ser apoyadas por los recursos necesarios y dependen principalmente del sector de salud pública. El Cuadro 76 demuestra que, con la excepción de COPLAMAR, la proporción de camas de hospital, médicos y gastos del Ministerio de Salud es proporcionalmente más baja que la de los seguros sociales: los gastos por persona del Ministerio son la mitad que los del IMSS y la tercera parte que los de programas del seguro social más adinerados que proporcionan cobertura a los empleados del servicio civil y los trabajadores del petróleo. El efecto de la crisis económica para el Ministerio de Salud ha sido más destructivo que para el IMSS: su población aumentó en 27% pero sus desembolsos se redujeron en 67%. Prácticamente todos los servicios del Ministerio han dis-

minuido desde 1986. Evidentemente, en las actuales condiciones críticas, el Ministerio no es un vehículo viable para ampliar la cobertura de atención de salud a los pobres de las zonas urbanas.

En el Perú, el seguro social se halla en una situación financiera peor que la de los tres países anteriores. En 1982-1988 hubo un déficit general, salvo en lo que respecta a un año, y el desequilibrio empeoró en 1988 obligando al seguro social a obtener préstamos y lanzar un plan de emergencia. El programa de enfermedad-maternidad acapara 58% de los gastos totales y ha terminado en déficit desde 1977, convirtiéndose en la causa principal del desequilibrio general. Los déficits se han cubierto con préstamos y transferencias contables del programa de pensiones, que se ha descapitalizado paulatinamente y que también afrontaba una crisis de liquidez en 1988. Las causas para el déficit en términos de ingresos han sido la enorme deuda estatal (hasta \$US1,2 mil millones en 1979; su valor real descendió a \$US49 millones en 1988), las evasiones muy elevadas y las demoras en los pagos y los rendimientos negativos de la inversión que hacen que los aportes porcentuales bastante elevados sean insuficientes. En términos de desembolsos, el déficit ha sido ocasionado por costos administrativos sumamente elevados (35% en 1988) debido a una burocracia excesiva, a ineficiencia en los hospitales (la ocupación hospitalaria fue de 73,6% en 1986, pero la duración promedio de la permanencia fue de 11,3 días, la más elevada entre todos los países después de la República Dominicana); y la expansión de la cobertura para los familiares a cargo. La mayor parte de las metas del plan de emergencia de 1988 orientadas a enfrentarse a la crisis del seguro social no se han alcanzado; la evasión aumentó rápidamente debido a haberse abandonado el programa destinado a computarizar la inscripción y el cobro junto con tasas de inflación que se aproximaron a 3000% y que contribuyeron prácticamente a agotar las reservas; la promesa del Gobierno de comenzar a pagar la deuda no se cumplió; y el número de empleados, en vez de reducirse, aumentó en 8% en 1989. La ley de 1987 dictaminó la extensión de la atención de salud con beneficios completos prácticamente a toda la población, incluidos los dos grupos mayores de personas no protegidas: el sector informal y los campesinos más los familiares a su cargo. El costo de dicha expansión habría sido de \$US746 millones anuales o dos veces el costo de la población ya protegida; con solo atención primaria de salud, el costo se habría reducido en la mitad, pero aún sería total-

mente imposible financiarlo. Puesto que los ingresos de estos grupos son bastante bajos, se esperaba que el Estado aportase 1% de la factura salarial nacional para facilitar la extensión, pero la crisis hizo que esto fuera imposible.

Se espera que el Ministerio de Salud del Perú proporcione cobertura a casi dos terceras partes de la población; al principio de la década de 1980, la proporción de las camas de hospital del Ministerio parecía ser adecuada, pero su proporción de médicos y gastos de salud eran aproximadamente la mitad de la que debería ser idealmente; los gastos del Ministerio por persona en 1987 fueron una octava parte de los del seguro social (véase el Cuadro 76). La crisis económica de la década de 1980 ha afectado al Ministerio menos que al seguro social, pero ambas instituciones han sufrido descensos pronunciados en desembolsos, inversiones (paralizadas desde 1988), suministros y medicamentos. Aunque el modelo de atención primaria de salud y puestos de salud del Ministerio sería considerablemente menos costoso y, por ende, más factible que el del seguro social, la crisis ha hecho que la extensión de la cobertura a los pobres sea imposible, incluso con ese modelo menos costoso.

En la República Dominicana, dos terceras partes de los gastos totales del seguro social corresponden al programa de enfermedad-maternidad; este programa termina habitualmente con déficit que se cubre con superávit cada vez menores en los programas de pensiones y lesión en el empleo. Los tres planes no tienen cuentas separadas; desde 1986, no ha habido prácticamente reserva alguna, la contabilidad es caótica y no ha habido saldos actuariales por mucho tiempo. Las causas del déficit en términos de ingresos han sido la deuda estatal acumulativa (\$US95 millones en 1980), de 30 a 35% de evasión y moras en los pagos, rendimientos negativos de la inversión y un porcentaje muy bajo de aportes. Las causas para el déficit en términos de gastos han sido desembolsos administrativos de hasta una tercera parte de los desembolsos totales, los más elevados en la Región (la relación de 23 empleados por 1000 asegurados es también un récord regional); la provisión gratuita ilegal de 40% de los servicios de salud a pacientes no asegurados; la ineficiencia de los hospitales (en 1985, la ocupación de hospitales fue de 51,7%, la más baja de los cinco países, y la duración promedio de la permanencia fue de 10,4 días, la segunda entre las más altas). Hay gran cantidad de capacidad no utilizada pero la cobertura de la población es de 4%, aproximadamente; la calidad de los servicios es tan deficiente que una gran proporción de los

asegurados también cuentan con cobertura del seguro privado y, con un programa tan costoso e ineficiente, la universalización costaría 17% del PIB. Evidentemente, el seguro social es totalmente inadecuado para proporcionar cobertura a los pobres.

La situación no es mejor en el Ministerio de Salud, que fue calificado en 1985 de "terrible" e "inviabile", lo que ocurrió antes de que la crisis empeorara la situación. Algunas de las numerosas fallas encontradas fueron una centralización excesiva sin coordinación eficaz: todas las designaciones de personal, asignaciones, promociones y sueldos se controlan centralmente sin participación de las unidades locales; 90% de los gastos se destinan al nivel terciario pero 90% de esos servicios podrían ofrecerse a niveles más bajos si se equipasen, suministrasen y administrasen de forma apropiada; los médicos trabajan una cuarta parte del tiempo prescrito, están ausentes con frecuencia, no pueden ser despedidos o disciplinados por el Ministerio y, a menudo, se declaran en huelga para obtener aumento salarial; de 75 a 90% del equipo no funcionaba a mediados de la década de 1980 y, en el primer semestre de 1990, la mayoría de las salas de operaciones estaban cerradas; en algunos hospitales, dos pacientes compartían una cama mientras que otros hospitales estaban vacíos, los pacientes tenían que suministrar su ropa de cama, alimentos, medicinas y suministros médicos básicos; y en algunas instalaciones, los nombramientos se vendían. Al igual que en otros países, el problema no es de cantidad insuficiente sino de calidad baja de los servicios. En 1974-1985 hubo una notable expansión de las instalaciones, en particular al nivel primario y secundario, en zonas tanto urbanas como rurales pero solo 25 a 35% de sus servicios ambulatorios se utilizaban debido a su baja calidad. El Cuadro 76 indica que la proporción de hospitales y médicos del Ministerio es insuficiente para servir a la población a la que en teoría proporciona cobertura; además, los desembolsos por persona son una tercera parte de los de las instalaciones privadas y una quinta parte de los del seguro social. Sin embargo, adviértase que la ocupación de los hospitales es de 54%, que esta bajó a un mínimo de 3% en algunas provincias, y que la duración promedio de permanencia en los hospitales es de 21,2 días, dos veces más alta que para el seguro social y para los promedios del Uruguay y el Perú, tres veces el promedio de Costa Rica y cinco veces el de México. En 1981, los desembolsos del sector público por persona fueron más elevados que los de países más desarrollados tales como la Ar-

gentina, el Brasil y México. Se produjeron reducciones drásticas en el presupuesto en la década de 1980, pero los sueldos no se vieron afectados, provocando un descenso en todos los demás rubros presupuestarios. Si se utilizasen con eficiencia las instalaciones del Ministerio, si estas se concentrasen en los pobres, se concentraran menos en el nivel terciario, y si su personal fuese más productivo, la calidad de estos servicios mejoraría notablemente y una cuarta parte de los pobres no tendría que pagar los servicios del sector privado.

Los pagos de los usuarios pudieran ser una alternativa para mejorar la cobertura, servicios y utilización en el sector de salud pública; con ese fin se estudiaron las experiencias de los tres hospitales mayores de la capital y el Laboratorio Nacional. Esto demostró que los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios en los hospitales se utilizan para suplir deficiencias cruciales creadas por los fondos cada vez menores del Ministerio y, por lo tanto, contribuyen a mantener un nivel mínimo de servicios y evitar una paralización total. Sin embargo, debido al desfavorable ambiente administrativo y la importancia relativamente pequeña de las cuotas como fuente de ingresos de los hospitales, dichas cuotas no pueden mejorar la calidad de los servicios. A la inversa, el Laboratorio Nacional tiene un buen ambiente administrativo y las cuotas generan aproximadamente la mitad de los ingresos totales y se han utilizado para contratar a personal gerencial, proporcionar incentivos y capacitación para la mano de obra, y dar oportunidades de investigación a los profesionales. En este caso, los pagos han inducido una mejora importante en la calidad de los servicios. Sin embargo, para que el modelo del Laboratorio Nacional funcione, deberán introducirse importantes cambios en el Ministerio de Salud, tales como los de que se deberá permitir a los hospitales contratar, asignar, pagar sueldos básicos y promover a personal clave al que, a su vez, deberá estimularse con los ingresos procedentes de los pagos. Al mismo tiempo, los hospitales necesitan mejorar su eficiencia y normalizar las evaluaciones de medios de los pacientes. En la actualidad, dichas evaluaciones son informales y las decisiones de eximir a los pacientes de los pagos o reducirlos no se basan actualmente en el ingreso sino que se adoptan arbitrariamente tomando como base otros criterios. No está claro que todos los pobres se hallen exentos: en el Laboratorio Nacional todos los usuarios pagan, aunque la mitad de ellos pagan una tarifa reducida; en los tres hospitales, solo

de 1 a 36% de los pagos son eximidos. La prueba actual también es ineficaz para identificar quién puede efectuar un pago completo; y los que se benefician no son necesariamente los más necesitados. Aunque los pagos de los usuarios son sustancialmente más bajos que los precios del sector privado por los mismos servicios, no hay un método normalizado para establecer los pagos; estos deberán fijarse tomando como base los costos reales más una sobretasa. La aplicación de estas reformas mejoraría la calidad de los servicios y evitaría que se negase a nadie acceso debido a falta de medios.

ALTERNATIVAS PRIVADAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD DE LOS POBRES Y MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS

El sector privado de salud abarca diferentes tipos de proveedores que pueden dividirse en dos amplias categorías: organizaciones con fines de lucro, que incluyen planes previamente pagados (seguro individual y en grupo, planes de empleadores, cooperativas médicas) y hospitales, clínicas, médicos y otros médicos tradicionales del sector privado; y las ONG sin fines de lucro, tales como las entidades religiosas y caritativas, las instituciones de desarrollo y las asociaciones cooperativas y de la comunidad.

La dimensión del sector privado, medida por el porcentaje de la población a la que proporciona cobertura, varía notablemente entre los cinco países y está inversamente relacionada con la dimensión de los sectores del seguro social y salud pública: 2% en el Uruguay, si se incluye a las IAMC, la proporción aumenta a una tercera parte o más; 5% en Costa Rica; 10% en México; y de 15 a 30% en la República Dominicana y el Perú. De acuerdo con la información procedente de las encuestas, 7% de los pobres en Costa Rica y más de una cuarta parte de los pobres en el Uruguay y la República Dominicana adquieren servicios privados a un costo personal importante. En el Perú, los pobres (tanto en el altiplano andino como en las localidades marginales urbanas) a menudo obtienen dinero prestado de los amigos y familiares

cuando no tienen otra opción sino la del sector privado. Se informa que se recurre a medidas similares, así como la venta de sus pertenencias, en México y la República Dominicana. En estos tres países, muchos pobres en las zonas rurales y urbanas recurren a los curanderos a los que pueden pagar en especie o en efectivo.

En el Uruguay, unos cuantos grupos de trabajadores de bajos ingresos están organizados en asociaciones, sindicatos o cooperativas para obtener cobertura complementaria de sus familias y mejores servicios de salud. Los grupos de trabajadores informales en México también se han asociado y firmado acuerdos de pagos anticipados con clínicas privadas. Los vendedores ambulantes y otros trabajadores del sector informal en el Perú utilizan un fondo de solidaridad rudimentario (junta) que se adjudica, por turno, a los contribuyentes que sufren accidentes o enfermedad grave. Las clínicas caritativas y religiosas (las viejas beneficencias) y los médicos inscritos por las iglesias también proporcionan servicios de salud para los pobres de las zonas urbanas.

La mayoría de las ONG que ayudan a las microempresas y otros grupos de empleadores y trabajadores del sector informal les proporcionan crédito y capacitación, pero muy pocos ofrecen servicios de salud. En Lima, de 200 ONG dedicadas al desarrollo, se identificaron dos como proveedoras de servicios de salud: IDESI, a través de un contrato con una compañía de seguro, ofrece "seguro familiar popular" a sus 50 000 miembros; este servicio abarca atención de maternidad y accidentes pero no de enfermedad; y PRODESE, que administra una clínica en un barrio pobre de Lima, 40% de cuyos habitantes son trabajadores del sector informal, ofrece servicios de prevención, consulta ambulatoria, pruebas de laboratorio, atención materno-infantil, control y tratamiento de algunas enfermedades contagiosas y medicamentos.

En esta sección se presentan en forma resumida los resultados y lecciones de las cinco opciones privadas para ampliar la cobertura o mejorar la calidad/eficiencia de los servicios de salud a los pobres.

Costa Rica: colaboración del seguro social con el sector privado

En la década de 1980, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) estableció tres programas

con el sector privado como forma de reducir los costos y aumentar la eficiencia y calidad de los servicios de salud: médicos de empresas, medicina mixta y una cooperativa de salud. Los dos primeros programas no ayudan a los pobres directamente pero fortalecen a la CCSS tanto financieramente como en la calidad de sus servicios, y estas mejoras aumentan la capacidad del seguro social para mantener servicios de salud gratuitos para los pobres a los niveles secundario y terciario.

A través de los médicos de empresas, 630 empresas privadas contratan y remuneran a un médico y proporcionan una oficina y una enfermera para atender a sus empleados mientras que la CCSS contribuye servicios de laboratorio y otros servicios diagnósticos y medicamentos. Al amparo de su programa mixto de medicinas, los asegurados en la CCSS seleccionan a un médico de entre los médicos inscritos en el programa y pagan los servicios, mientras que la CCSS proporciona apoyo diagnóstico y medicamentos. Estos dos programas combinados sirven a 7% de la población amparada por la CCSS y proporcionan consultas per cápita a los asegurados a un costo más bajo.

La cooperativa de salud, organizada en 1988, ha recibido una clínica totalmente equipada de la CCSS, más sumas mensuales por usuario; a cambio, la cooperativa proporciona servicios de prevención, tratamiento antiparasitario, medicina curativa, servicios diagnósticos, atención dental, medicamentos, etc. Los indigentes tienen derecho a utilizar esos servicios y pueden seleccionar libremente a un médico de la cooperativa. Si tiene éxito, este experimento podría aprovechar el superávit de médicos en Costa Rica para ampliar los servicios a las zonas urbanas marginales.

Uruguay: una clínica cooperativa de trabajadores

La cooperativa, COTER, es una de las pocas empresas autoadministradas que han tenido éxito en Montevideo y, desde 1985, ha operado una clínica para los trabajadores y sus familias, proporcionando cobertura a más de 600. El edificio y equipo de la clínica fueron adquiridos con donaciones de la Fundación Interamericana; la cooperativa emplea y paga a unos cuantos profesionales médicos y tiene un convenio con una IAMC para proporcionar servicios curativos

complementarios. Se informa que los miembros de COTER se hallan comprendidos en el nivel superior de la tercera gama de ingresos más baja de la población y no cuentan con cobertura del seguro social; y la mayoría de ellos no puede pagar la prima de la IAMC. Antes de que se estableciera la clínica, los trabajadores tenían que efectuar pagos de los usuarios por servicios de mala calidad en el Ministerio de Salud o pagar precios más elevados para obtener un servicio mejor en el sector privado; si el tratamiento requerido era costoso, la cooperativa sufragaba parte del costo. Algunos de los servicios clínicos son gratuitos, otros cargan pequeños pagos de los usuarios (una quinta parte de los precios del mercado). COTER paga la mitad de la prima de la IAMC para cobertura familiar complementaria y la otra mitad la pagan los trabajadores. Los servicios incluyen prevención, consulta ambulatoria, atención maternoinfantil, cirugía menor y emergencias, atención dental, pruebas de laboratorio y medicamentos. Los usuarios declaran que la calidad de los servicios es alta, que no hay colas y que tienen un contacto más estrecho con el personal médico. Todo el paquete ahorra a los trabajadores 30% del costo promedio de servicios similares disponibles en otros lugares, precio que no podrían sufragar. A cambio de donaciones de la Fundación Interamericana, COTER se comprometió a ampliar los servicios clínicos de atención primaria de salud a los trabajadores en otras seis fábricas situadas en la vecindad, así como a los residentes pobres en un barrio marginal cercano. Para fines de 1989, la extensión prevista de los servicios no había comenzado y, sin presión de la Fundación Interamericana, puede no hacerse realidad.

Pudiera pensarse que el modelo COTER tendría que ser una cooperativa económicamente eficaz dedicada al bienestar de sus miembros y contar con ayuda externa a fin de ser duplicada. Sin embargo, la ayuda externa a COTER fue modesta: menos de \$US34 000, suma análoga a los costos anuales de los servicios de salud de COTER. Además, los costos anuales por persona de todo el paquete de servicios ascienden a \$US90, la mitad del promedio por persona de las IAMC y 16% de los costos por persona del Ministerio de Salud, lo que indica la eficiencia del programa COTER. De ahí que sea posible el que otras empresas, no solo las cooperativas, puedan formular un programa análogo. En vista de las primas crecientes de las IAMC, el modelo COTER es lógico. La modesta inversión de ayuda externa en este proyecto ha resultado en altos dividendos sociales y debería ampliarse.

México: medicina tradicional institucionalizada para los pobres

El Instituto Mexicano de Medicina Tradicional "Tlahuilli" fue establecido en el estado de Morelos en 1984 por un grupo de médicos que estaban convencidos de que la medicina tradicional es eficaz, económica y aceptada por las comunidades rurales que básicamente carecen de acceso a la medicina moderna. El Instituto ha impartido capacitación a más de 200 promotores de salud, la mayoría de ellos curanderos, parteras y médicos herbarios que son miembros de las comunidades, con un conocimiento rudimentario de la medicina moderna. Unos 20 puestos de consulta ambulatoria y cuatro clínicas son asistidos por promotores, administrados por comités de salud y supervisados por los médicos; sirven a 100 000 personas, aproximadamente, en 12 comunidades pobres. Estas comunidades tienen un tamaño que oscila entre 300 y 50 000 habitantes, e incluyen ejidos, poblados rurales, pequeñas ciudades y barriadas pobres en pequeñas ciudades; las poblaciones están integradas por trabajadores manuales y del sector informal, campesinos rurales y grupos autóctonos, prácticamente todos ellos pobres. La mayoría de estas comunidades no tienen servicios de salud, o si los tienen, estos son muy insuficientes. Los servicios del Instituto se concentran en las 10 enfermedades más comunes tales como la gastroenteritis, los parásitos y la bronquitis. Proporcionan servicios curativos, hierbas medicinales y baños de vapor a precios muy reducidos; se espera que los promotores cultiven hierbas medicinales en huertos, preparen medicamentos y colaboren con las campañas locales de vacunación, control de enfermedades y saneamiento.

El Instituto ha recibido apoyo financiero de una fundación holandesa y una donación de \$US104 000 de la Fundación Interamericana que terminó en 1989; los fondos de la Fundación Interamericana se utilizaron para construir uno de los edificios de la sede, adquirir terrenos o edificios para algunas instalaciones, así como equipo, sueldos para parte del personal, y producción de materiales educativos. Se espera que las comunidades mantengan las instalaciones, las cuales se autofinancian a través de pagos de los usuarios. El Instituto genera ingresos a través de los pagos que exige por los cursos de capacitación y las utilidades procedentes de un festival anual de plantas medicinales. El presupuesto anual, cuando se disponía de financia-

miento externo, era como promedio de \$US187 000, 38% de cuya cifra provenía de la ayuda externa, 43% se esperaba que proviniera de las comunidades y el resto del Instituto. En la actualidad, el Instituto genera \$US12 000; los ingresos procedentes de la comunidad son pequeños y se necesita un mínimo de \$US60 000 para continuar todas las operaciones. El desembolso promedio por persona protegida fue de \$US1,88 en 1987, aproximadamente una cuarta parte del ingreso por persona de COPLAMAR, el más bajo de México.

Además de los resultados arriba citados, el Instituto ha tenido éxito en varios frentes: lanzó una campaña eficaz contra una epidemia de dengue mediante un tratamiento a base de medicinas naturales descubierto por el Instituto que fue más eficaz y más rápido que la medicina moderna; organizó una eficaz campaña antiparasitaria basada en la medicina herbaria; y celebra un festival anual sobre plantas medicinales al que asisten muchas personas; y publicó cuatro números de un boletín anual sobre la medicina tradicional y herbaria.

Además de los cortes en el financiamiento, que han obligado a reducir el número de médicos y actividades, el Instituto hace frente a varios problemas. La mayoría de los promotores, que son voluntarios, emplean poco tiempo en las instalaciones del Instituto, y en vez de ello operan independientemente desde sus hogares cargando a los clientes una cifra en beneficio propio. Los comités de salud han experimentado un descenso en el número de sus miembros y no están generando el aporte previsto al programa. Algunas actividades comunales, tales como la construcción de letrinas y el cultivo en huertos de hierbas medicinales, no han tenido tanto éxito como la campaña contra el dengue. Las instalaciones del Instituto son subutilizadas en algunas comunidades y se ha detenido su expansión proyectada. Los pacientes que no responden al tratamiento de la medicina tradicional no siempre son remitidos a las instalaciones de la medicina moderna por los promotores. La dirección inicial del Instituto, aunque dinámica y eficaz, no permitió una plena participación de las comunidades; los dirigentes actuales son más abiertos a la consulta, las críticas y la participación de la comunidad.

Se necesitan algunos cambios para mejorar el desempeño del Instituto. Debería hacerse hincapié en capacitar a los promotores e insistir en la necesidad de transferencias cuando sea necesario. La operación independiente del promotor no deberá disuadirse ya que necesitan un incen-

tivo para continuar sus útiles servicios. Deberá efectuarse una evaluación sobre si se debe continuar o cerrar las instalaciones con bajas tasas de utilización y las que no se autofinancian. Los médicos deberán dedicar más tiempo a capacitar, supervisar y asesorar a los promotores. Debería realizarse un estudio de las necesidades de salud de la población servida y una evaluación del desempeño del Instituto en satisfacer dichas necesidades. Deberá ampliarse la consulta y participación eficaces de la comunidad. Deberá sistematizarse la experiencia acumulativa y el conocimiento sobre la medicina herbalista y terapéutica, así como las campañas de lucha contra las enfermedades, y publicarse los resultados en forma de manual de cómo tratar las 10 enfermedades más comunes que afligen a la población pobre. Deberán explorarse nuevas fuentes de ingresos tales como cursos más numerosos y mejores; la venta del manual recomendado; y el establecimiento de un centro para la venta al por mayor, recopilación y venta de insumos para la medicina tradicional. Deberá ofrecerse ayuda externa para facilitar la transformación del Instituto en un vehículo aún más eficaz de ayuda a los pobres.

Perú: movilización de la comunidad para la atención primaria de salud en Villa El Salvador

Como resultado de una de las tasas más rápidas de urbanización en la América Latina y el Caribe, cientos de pueblos jóvenes han surgido en el Perú en estas dos últimas décadas. Villa El Salvador es un extraordinario pueblo joven que se ha movilizado eficazmente para proporcionar, entre otras cosas, atención primaria de salud a sus habitantes. Establecido en 1971, el pueblo se basa en una estructura de autogobierno (CUAVES) y en la participación de la comunidad en todos los niveles. En 1988 había 250 000 habitantes en Villa El Salvador y las proyecciones para el año 2000 son de hasta 600 000. A pesar de mejoras importantes en los niveles de vida, una cuarta parte de la población es aún indigente y una proporción desconocida es pobre. Una quinta parte de las familias perciben una cuarta parte del ingreso nacional por persona. La mayoría de la gente trabaja en el sector informal como vendedores ambulantes, trabajadores autónomos y empleados de microempresas. Las enfermedades más comunes son las típicas del subdesarrollo.

No hay instalaciones de nivel secundario ni

terciario en la comunidad. El Ministerio de Salud tiene cuatro centros de atención primaria de salud y un puesto de salud, pero estos servicios son insuficientes; no se proporcionan servicios básicos tales como servicios de maternidad, por lo que los pacientes han de ir a un hospital en otra ciudad. El Municipio administra tres puestos de salud que ofrecen servicios preventivos solamente y no hay instalaciones del seguro social en el pueblo. Los servicios de salud más importantes son organizados por CUAVES a través de 35 módulos, originalmente financiados por el UNICEF, que proporcionan atención primaria de salud y se concentran en el grupo maternoinfantil. Los servicios específicos consisten en inmunización, control de la desnutrición infantil, tratamiento de la diarrea y las enfermedades respiratorias y atención a las mujeres embarazadas, principalmente por parteras. El personal médico en los módulos es suministrado principalmente por distintas ONG. Una de ellas, el Instituto de Apoyo a la Salud Popular, fue seleccionada para estudio. Bajo dirección de CUAVES, un Plan Unido de Salud integró a todos los servicios de atención de salud en el pueblo con participación de la comunidad. Un censo realizado a mediados de la década de 1980 clasificó a los hogares en tres grupos de riesgos para la salud y, tomando como base dichos datos, se concentraron programas especiales en los grupos más vulnerables (niños y mujeres embarazadas) y en las enfermedades comunes. Debido a su singularidad y éxito, Villa El Salvador ha atraído financiamiento externo de muchos organismos internacionales e instituciones caritativas.

La experiencia de Villa El Salvador demuestra que los recursos de salud relativamente escasos suministrados por proveedores múltiples pueden integrarse con éxito para optimizar su uso concentrándose en los grupos con los riesgos más altos para la salud y subrayando la atención primaria. Proporcionalmente, los recursos de la comunidad son aproximadamente una tercera parte de los disponibles para la población servida por el Ministerio de Salud y una quinta parte de los del seguro social. Y sin embargo, de 60 a 70% de los niños de Villa El Salvador menores de cinco años están inmunizados, la gran mayoría de las mujeres embarazadas reciben atención y la incidencia de las enfermedades comunes, tales como la diarrea aguda, se ha reducido notablemente mediante un suministro de leche en polvo, aumentando el uso del agua hervida para preparar la fórmula y la rehidratación oral. Por desgracia, no hay datos fide-

dignos que permitan realizar una evaluación seria del impacto de estos programas en los niveles de salud de la población.

Villa El Salvador no está exenta de problemas, tales como los conflictos entre las ideologías políticas y las diferentes filosofías de salud de los proveedores, falta de servicios a nivel secundario y terciario, personal insuficiente y no bien calificado en algunas ONG, renuencia de algunos grupos a integrarse plenamente con el Plan Unificado de Salud, y fallas en la participación de la comunidad. Aún después de considerar plenamente estos problemas, Villa El Salvador merece duplicarse en otros lugares, debido a que ofrece un modelo eficaz de movilización de la comunidad para proporcionar atención mínima de salud a los pobres de las zonas urbanas.

República Dominicana: atención de salud para microempresas de "subsistencia" a través de igualas

La calidad deficiente de los servicios de salud pública obliga a los pobres a adquirir servicios en el sector privado a un gran sacrificio. Tres cuartas partes del mercado del seguro de enfermedad en la República Dominicana está controlado por las igualas (Organizaciones de Mantenimiento de la Salud) que son muy competitivas y que proporcionan atención de salud integral a los abonados a cambio de una prima mensual. En la actualidad, hay 20 igualas en el país que proporcionan cobertura a 450 000 personas. Para poderse acoger a un plan, las igualas requieren un mínimo de 15 a 50 empleados y ese mínimo está aumentando rápidamente; la prima mensual oscila entre \$US5 y \$US10 por persona. La mayoría de los empleadores de las empresas de mediana dimensión sufragan 75% del costo de la prima y el resto lo abonan los trabajadores, la mayoría de los cuales perciben de \$US79 a \$US90 por mes. En 1989, la línea de pobreza para una familia de cinco se estimó en \$US115; de ahí que, sin el aporte sustancial del empleador, muchos de estos trabajadores no podrían sufragar el gasto de la cobertura por la iguala. Con todo, estos niveles y normas de ingresos son demasiado elevados para los pobres en las zonas urbanas.

En 1988 había 145 000 microempresas que empleaban a 400 000 trabajadores y ninguna de ellas estaba amparada por igualas. La razón es que el número promedio de empleados en estas microempresas es menor de tres, mucho menos

del mínimo requerido para afiliarse a una iguala. Y sin embargo, hay indicadores de que tanto los empleadores como los empleados de estas empresas desean unirse a las igualas. El mecanismo de agrupación pueden proporcionarlas asociaciones de microempresas que ya tienen una red de promotores asalariados que negocian préstamos y cobran pagos mensuales de los empleadores. Dos de estas asociaciones, con un mercado potencial de 100 000 personas, están dispuestas a proporcionar el mecanismo de agrupación necesario y a cobrar la prima de las microempresas que se afilian. La más pertinente para los pobres es ADOPEM, una asociación de microempresas de "subsistencia", en realidad pequeños grupos de vendedoras de alimentos y ropa. El plan brindaría un paquete reducido de beneficios a cambio del pago de \$US0,80 a \$US1,50 por mes, 15% de la prima promedio de un paquete estándar de iguala; la mitad de la prima sería abonada por las empresas, que descontarían la otra mitad a los empleados que deseen afiliarse. Los servicios se limitarían a atención curativa básica, pruebas diagnósticas rutinarias, atención maternoinfantil, medicamentos esenciales y servicios preventivos tales como inmunización y tratamiento de la diarrea y parásitos. ADOPEM cobraría las primas de las empresas y la iguala contrataría con las clínicas situadas en las zonas empobrecidas que, a su vez, proporcionarían los servicios del plan.

A fin de que este proyecto sea factible, se necesita asistencia financiera, probablemente de la AID (EUA), para capacitar al personal de ADOPEM en las aptitudes administrativas requeridas para administrar el plan y para que las igualas mejoren su eficiencia y añadir servicios preventivos no proporcionados actualmente por sus paquetes de beneficios. Si este plan se lleva a cabo y tiene éxito, debería ampliarse rápidamente a través de todo el sector informal para ayudar a resolver la grave falta de acceso de los pobres en las zonas urbanas a la atención de salud.

RECOMENDACIONES NORMATIVAS FINALES

En todo este estudio, y en particular en este último capítulo, se ha formulado una serie de recomendaciones normativas concretas. Aquí se resumen y consolidan las cuestiones normativas más importantes.

Políticas generales contra la pobreza

Las políticas destinadas a proporcionar atención de salud a los pobres deberían enmarcarse dentro de una estrategia general destinada a combatir la pobreza, planteada en dos frentes: crecimiento y distribución. La promoción del crecimiento económico deberá fundamentarse en aumentar los ahorros y mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos, y deberá aspirar ulteriormente a ampliar las oportunidades de empleo productivo para los pobres y a elevar sus ingresos. Pero el crecimiento económico por sí mismo no garantiza esos resultados, por lo que el gobierno deberá aplicar políticas redistributivas, mediante impuestos y transferencias, para asegurar que los pobres se beneficien de la expansión económica. Asimismo, las políticas de ajuste propugnadas por los organismos internacionales, aunque pudieran ser beneficiosas a largo plazo, han producido efectos sociales negativos a plazos corto y medio, haciendo necesario proteger a los indigentes y crear una red de seguridad para los pobres. Las metas redistributivas podrían lograrse mediante la provisión directa de servicios sociales básicos concentrados en los pobres, tales como atención primaria de salud, saneamiento, planificación de la familia, nutrición, educación primaria y vivienda básica. Las políticas específicas para el sector informal deberían incluir la legalización de la economía informal y la eliminación de las barreras que se interponen a su desarrollo, así como la provisión de crédito y capacitación; las políticas para los pobres de las zonas rurales deberían concentrarse en la eliminación o, al menos, en la reducción del aislamiento físico y cultural de este grupo. Para aumentar al máximo sus efectos, todas estas políticas deberían integrarse eficazmente.

Las políticas redistributivas tradicionales, tales como la legislación del trabajo y el seguro social, no solo han ignorado a los pobres—debido a que se hallan fuera del sector formal que es el principal beneficiario de dichas políticas convencionales— sino que, a menudo, han empeorado su situación debido a los efectos negativos que han tenido sobre el empleo. Las nuevas políticas redistributivas deberían concentrarse en los pobres y deberían evitar, en la medida de lo posible, los efectos generalizados sobre la creación de empleo. Un aspecto importante de este nuevo enfoque debería ser el apartamiento de subvenciones estatales generalizadas indiscriminadas otorgadas a la población en general, a favor, en vez de ello, de subven-

ciones concentradas en los pobres. Los ingresos del Estado, principalmente procedentes de impuestos indirectos, utilizados para financiar subvenciones generalizadas, son regresivos porque imponen una carga sobre los pobres que rara vez se benefician de las subvenciones. A la inversa, al concentrar las subvenciones en los grupos y programas más vulnerables se produciría un efecto redistributivo progresivo y se reduciría al mínimo su escape a beneficiarios no incluidos. Tal como se ha visto, las subvenciones estatales a la atención de salud tuvieron el grado más elevado de progresividad entre todos los servicios sociales en los tres países, pero surtieron poco efecto progresivo debido a la proporción relativamente pequeña asignada a ese sector; un incremento de esa proporción fortalecería los efectos de la subvención.

Una importante preocupación con una política concentrada es cómo reducir la complejidad administrativa y costos afines. Sin embargo, algunos expertos creen que no se necesita una burocracia social plenamente desarrollada, si se emplean algunas pautas simples para determinar en qué grupo y/o programas concentrarse. Por ejemplo, en términos de geografía, se sabe que los pobres viven en zonas bien definidas tales como los barrios bajos de la ciudad y el campo empobrecido; en lo que respecta a la edad, los niños menores de cinco años de edad y las madres embarazadas son grupos especialmente vulnerables; y, en lo que respecta a los programas de salud, deberá darse preferencia a la medicina preventiva frente a la curativa, y las actividades deberán concentrarse en las enfermedades más comunes del subdesarrollo tales como los parásitos, la diarrea, las infecciones respiratorias, las enfermedades contagiosas y la desnutrición. Al combinar distintos mecanismos de concentración se aumentarán al máximo sus beneficios para los pobres. La experiencia de tres países demuestra que, mediante la reasignación de la subvención estatal a la atención de salud y el incremento de las proporciones del Ministerio de Salud, los servicios preventivos y las zonas rurales, puede aumentarse el efecto redistributivo de la subvención (Musgrove, 1987; Banco Mundial, 1987, 1990; Pfeiffermann y Griffin, 1989; Psacharopoulos, 1989; Mesa-Lago, 1990a).

La crisis económica de la Región en la década de 1980 ha aumentado la miseria y hecho más urgente y más difícil combatir la pobreza y proporcionar atención de salud para los pobres. La crisis produjo una reducción en los desembolsos en atención de salud pública (aunque el Uru-

guay experimentó un incremento en la segunda mitad de la década de 1980); una parálisis o reducción drástica en las inversiones en planta física, equipo y mantenimiento; y una reducción o descenso en la cobertura de la población por el programa de enfermedad-maternidad del seguro social y una agravación de su déficit tradicional (aunque Costa Rica experimentó una mejora notable); y un estancamiento, fragmentación o descenso en los programas de extensión a las zonas rurales y urbanas marginales (aunque al final de la década, Costa Rica y México presentaron señales de mejora). La crisis también ha conducido a un crecimiento del sector informal, a desempleo y pobreza, aumentando la demanda de asistencia social y/o servicios de salud pública en unos momentos en que su financiamiento se cortaba.

Aunque la mayoría de los países estudiados no han experimentado todavía un pronunciado descenso general en los niveles de salud (en parte debido al desarrollo previo de la infraestructura de salud), si no se invierten rápidamente estas tendencias anteriores, en la década de 1990 pueden dejarse sentir efectos negativos en la República Dominicana y el Perú, y quizás en México. La crisis económica ha sido un grave obstáculo para el logro de la meta de atención de salud para todos para el año 2000, pero también ha aumentado la presión en lo que respecta a la aplicación de reformas eficaces. La resolución de la crisis económica de la Región requiere cooperación internacional a fin de reducir la carga del servicio de la deuda y reactivar la ayuda y crédito externos. Una vigorosa recuperación económica generaría empleo productivo, renovarían el crecimiento del sector formal, aumentaría los sueldos reales y reduciría el desempleo, todo lo cual, a la vez, ayudaría al sector salud.

Desafortunadamente, la mayoría de los expertos convienen en que no es probable que ocurra una expansión vigorosa en América Latina y el Caribe en la década de 1990. En el otoño de 1990, la crisis del Golfo Pérsico y el peligro de una recesión en Estados Unidos empeoraron la situación para la mayor parte de los países de la Región. En consecuencia, es ilusorio esperar que la solución del problema esté en la recuperación económica a plazo medio y, cuanto más tiempo se posponga la acción apropiada, tanto más costoso será el remedio. En este contexto, el compromiso del gobierno a la adopción de políticas contra la pobreza, junto con el apoyo de los organismos financieros internacionales, es fundamental para promover y facilitar las reformas sugeridas a continuación.

Políticas específicas de salud para los pobres

En las dos últimas décadas, los organismos internacionales o regionales especializados y los expertos han producido y reiterado una serie de recomendaciones generales para hacer frente a los problemas existentes de atención de salud de la Región, entre ellos la universalización de la cobertura. Sin embargo, con muy pocas excepciones, ese asesoramiento se ha ignorado o la acción requerida se ha pospuesto mediante el establecimiento de comisiones de estudio; en otros casos, las recomendaciones se han atendido aparentemente, mediante legislación inoperante. Aunque este estudio apoya la recomendación general, el análisis de los cinco casos demuestra que los países tienen diferencias importantes en términos de factores generales, cobertura actual de los pobres, viabilidad del seguro social y/o el sector público para proteger a los pobres, y alternativas privadas, lo que hace imposible dar una receta general única para conseguir la universalización de la cobertura; la recomendación general ha de adaptarse a la realidad de cada país.

Este estudio también ha demostrado el enorme vacío de datos sobre aspectos fundamentales de la pobreza y la atención de salud que existe en América Latina y el Caribe. Es importante identificar y cuantificar mejor a los grupos de pobreza y sus características, tales como su ingreso, ocupación, niveles de salud y acceso/utilización de los servicios de salud. Necesitamos datos sobre la cobertura real por el Ministerio de Salud, datos estadísticos desagregados del seguro social por ubicación urbanarural y por grupos de ocupación, e información sobre protección de salud a los pobres por las ONG. Sin embargo, la gran necesidad de información más exacta no debería ser una excusa para posponer la acción: este estudio proporciona un buen diagnóstico del problema y sugiere políticas de alternativa para su resolución. Además, técnicas de objetivos específicos relativamente simples, tales como las que se detallan en la sección anterior, deberían reducir la necesidad de información. En realidad, mucho más importante que la obtención de datos adicionales es el compromiso político nacional de poner en práctica las reformas necesarias.

Mejoras en la organización

Por lo general se incluye al sector de salud pública en los planes nacionales, pero esto rara vez ocurre con el seguro social y, aun cuando se

considere este último, no hay medidas eficaces para coordinar las políticas de salud de las dos instituciones principales. Un plan para ampliar la cobertura a los pobres, incluso en los países más desarrollados con los mejores sistemas de seguridad social, requiere una determinación clara de las prioridades sobre los grupos a los que se brindará protección y los beneficios que se otorgarán. Por tanto, el primer paso debería consistir en elaborar un plan o programa de salud que incorpore a las dos instituciones de salud principales, con políticas concretas, un plan maestro financiero, la identificación de metas concretas y una evaluación de los costos y recursos necesarios (OMS, 1988). En condiciones ideales, el plan debería coordinar las políticas de salud con las políticas de nutrición, empleo, distribución y educación. El logro de metas clave, tales como la protección de los pobres, la integración o coordinación de los servicios de salud y la asignación de los recursos conforme a las necesidades más apremiantes, requerirá un esfuerzo nacional conjunto, el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones técnicas que solo pueden tener éxito dentro de un marco de planificación.

Una meta clave debería ser la integración, o un alto grado de coordinación, de los servicios proporcionados por los ministerios de salud y por los seguros sociales. Nuevos términos inventados para restar importancia a este problema no lo resolverán. Como un experto de la OPS ha advertido, ha llegado el momento de traducir a política, mediante programas específicos, la teoría elaborada en las tres décadas anteriores (Castellanos, 1985). El aspecto fundamental es cómo integrar funcional y progresivamente los recursos y servicios existentes de ambas instituciones en una zona geográfica determinada y cómo planificar recursos y servicios integrales para el futuro. Hacia tal fin, es vital diseñar unidades básicas conjuntas para la administración de la atención de salud (OMS, 1988). La creciente cooperación entre los organismos internacionales y regionales para la coordinación de los servicios de las dos instituciones es encomiable, pero en última instancia, el problema habrá de resolverlo cada país mediante su compromiso político. El hecho de que los cinco países tienen leyes que aspiran a garantizar dicha coordinación, pero que solo Costa Rica la ha logrado en realidad, es prueba de las dificultades prácticas con las que se tropieza en esa tarea y de su factibilidad cuando existe un compromiso político.

Tiene significado igual la necesidad de lograr

un mejor equilibrio entre los servicios preventivos y curativos y entre los tres niveles de atención, y una asignación más racional de los recursos de salud entre el Ministerio de Salud y el seguro social, así como la aplicación de esos recursos de acuerdo con los perfiles patológicos y de morbilidad del país. En la mayoría de los países, estas políticas resultarán en la asignación de más recursos a la atención primaria de salud, el abastecimiento de agua potable, los sistemas de evacuación de excretas, la inmunización, la atención del grupo materno-infantil, suplementos nutricionales, educación para la salud y los ministerios de salud.

En años recientes ha habido una tendencia hacia la descentralización de la administración de la atención de salud, debido a que el cobro de los ingresos y la provisión de servicios mejoran, de ordinario, cuando se hallan próximos a los usuarios y se ajustan más a sus recursos y necesidades. Si bien esta es una medida claramente positiva, no ha de utilizarse como forma de reducir los recursos para la atención de salud. Además, la descentralización podría aumentar las desigualdades entre las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas, las cuales, respectivamente, tienen los mejores y los peores servicios de salud; por tanto, parte de los recursos de salud deben permanecer centralizados para ayudar a las regiones menos desarrolladas (Banco Mundial, 1987; Musgrove, 1987).

Expansión de la cobertura a los pobres

Los cinco casos ofrecen modelos y niveles diversos de cobertura de atención de salud de los pobres. En Costa Rica, todos los pobres están protegidos y reciben tratamiento de atención de salud completo sin discriminación a través de un sistema de salud altamente coordinado. Este modelo, sin embargo, es relativamente costoso y sería difícil de reproducir en los tres países que no gozan de las ventajas de Costa Rica.

En el Uruguay, la gran mayoría de los pobres están protegidos pero existen múltiples instituciones y un sistema de salud estratificado, y los servicios disponibles para los pobres son de una calidad mucho más baja que aquellos de los que gozan los grupos de ingresos más elevados. Este sistema es tan costoso como el de Costa Rica, pero es considerablemente menos eficiente y está muy necesitado de coordinación. Una reasignación de las subvenciones estatales del seguro social al Ministerio de Salud, junto con una mejora importante en la eficiencia en este último, podría llevar a la universalización

de la cobertura y a una calidad más elevada de los servicios y una mayor utilización.

El sistema de salud de México también está caracterizado por la multiplicidad, la estratificación y la falta de coordinación; COPLAMAR proporciona atención primaria de salud a la mayor parte de la población rural con un paquete de beneficios más limitado pero más económico, aunque no se ha establecido un mecanismo similar de protección para los pobres de las zonas urbanas. El modelo de COPLAMAR parece ser más factible financieramente para los países menos desarrollados, tales como el Perú y la República Dominicana, que el modelo de Costa Rica. Y sin embargo, los recursos abundantes de México le permitieron lanzar a COPLAMAR, pero la crisis económica ha afectado a su evolución y ha impedido la expansión de ese modelo al sector urbano. Los países con menos recursos que México pudieran hallar, por tanto, que el modelo de COPLAMAR es demasiado costoso.

Por último, en el Perú y la República Dominicana, la gran mayoría de los pobres no están protegidos y los dos países también presentan una multiplicidad de instituciones, estratificación y falta de coordinación. En ambos países, el Ministerio de Salud y el seguro social parecen incapaces, con sus actuales organizaciones, de ampliar la cobertura a los pobres, dejando como únicas opciones aparentes los enfoques comunales y privados.

Los países menos desarrollados en la Región hacen frente a una situación similar a la del Perú y la República Dominicana. La cuestión es la de si es posible reorganizar drásticamente los sectores público y del seguro social en esos países a fin de ampliar la cobertura e incorporar a los pobres. Esto exigiría un enfoque triple: en un contexto de recursos muy limitados, la alternativa que serviría a más gente y salvaría más vidas debería ser la seleccionada (McGreevey y colaboradores; 1984). Esto constituiría una solución administrativamente racional, económicamente viable y socialmente equitativa, pero una solución que sería políticamente difícil de llevar a cabo. Con este enfoque, los recursos integrales de las dos instituciones de salud principales, con una organización y eficiencia mejoradas, se concentrarían en beneficios básicos pero universales fundamentados en el principio de la solidaridad entre los niveles de ingresos.

Los pobres tendrían entonces acceso a una atención de salud primaria adecuada, y la población con más recursos podría adquirir atención complementaria o de mejor calidad en el sector privado, pero utilizando sus propios medios en vez de subvenciones públicas. En realidad, en la

República Dominicana, los servicios del seguro social son de una calidad tan baja que muchas personas en la minoría asegurada no utilizan tales servicios y pagan cobertura duplicada en el sector privado. Sin embargo, en el Perú, los servicios del seguro social son ligeramente mejores y una proporción mayor de la población los utiliza. Se ha argumentado que la concentración de los recursos en la atención primaria de salud privaría a la población de una atención adecuada a niveles más elevados de atención ("no se pueden eliminar los hospitales"), y que quienes cuentan con cobertura al nivel primario reclamarían con el tiempo atención al nivel secundario y terciario (Musgrove, 1989; Tamburi, 1990). Sin embargo, en la actual situación, la mayor parte de la población en estos países no tiene acceso a la atención de salud en absoluto o, debido a la mala calidad de los servicios disponibles, su nivel de utilización es muy bajo. El enfoque propuesto no propugna eliminar las instalaciones públicas de nivel secundario y terciario sino más bien concentrar los recursos escasos en la atención primaria de salud. Después de que se haya asegurado a toda la población la atención a ese nivel, el sector público podría mejorar paulatinamente los servicios a niveles más elevados de acuerdo con la disponibilidad de recursos, bien directamente o mediante contratación de servicios privados. Finalmente, un vigoroso sector privado debería poder proporcionar medicina especializada y compleja para quienes pueden pagarla.

En los casos en los que el modelo de atención universal básico no es políticamente factible, pudiera serlo un modelo de atención doble. En países tales como México, el grado de cobertura y calidad de la atención que ofrece el seguro social es considerablemente más alto que en la República Dominicana y en el Perú. Por tanto, el grupo de ingresos medios de México utiliza dichos servicios y se resistiría a cualquier intento de incorporar a los pobres si eso significara una reducción en la calidad de la atención. Por tanto, el sistema doble es un resultado del grado de desarrollo del seguro social y de la resistencia política. Quienes están protegidos ya tendrían los servicios de atención completa, mientras que los pobres serían incorporados con un paquete de beneficios más limitado (COPLAMAR). Aunque este enfoque proporciona atención mínima a quienes carecían con anterioridad de toda protección, no corrige la regresividad de las subvenciones estatales a los grupos de ingresos medios.

Si ninguno de los dos modelos previos es viable, las únicas alternativas que quedan en los

países menos desarrollados se hallan en el sector privado. Hemos visto ejemplos eficaces de esto en Villa El Salvador con la movilización de la comunidad, en el florecimiento de las iguales en la República Dominicana y en el mejoramiento de la medicina tradicional en México. En todos estos casos ha habido una ayuda financiera externa en distintos grados. En ausencia de esa ayuda, el Gobierno debería proporcionar apoyo financiero mínimo a aquellas iniciativas cuando emerjan en las organizaciones sin fines de lucro (Akin, *et al.*, 1987; Musgrove, 1989).

Financiamiento de la protección de salud para los pobres

En el modelo de atención universal básica y solidaridad social, la cobertura de los pobres en el sector informal y rural podría financiarse en parte mediante impuestos y/o transferencias del sector urbano-formal y/o de grupos de ingresos más altos. Esto también podría aplicarse al modelo de atención doble. En ambos modelos, las subvenciones estatales deberían reservarse para ampliar y/o mejorar la atención a los pobres.

Si el programa de enfermedad-maternidad del seguro social es el mecanismo viable para proteger a los pobres, es absolutamente necesario que toda la institución se coloque en una base financiera sólida. Esto significa eliminar las transferencias de otros programas para cubrir el déficit en el programa de enfermedad-maternidad, que debería autofinanciarse mediante ingresos mayores y/o gastos menores.

Un paso inicial para recaudar ingresos debería ser el de mejorar la detección, inscripción, inspección, cobro y auditoría a fin de reducir la evasión y las moras en los pagos. La computarización, una tarjeta de identificación nacional única para todos los fines de financiamiento, el establecimiento de intereses más multas a una tasa más elevada que la tasa de inflación y que la tasa de interés de los bancos comerciales, el enjuiciamiento de los morosos y mejoras gerenciales son algunas de las medidas que pueden emprenderse para lograr estas metas. Y sin embargo, si bien estas acciones son relativamente fáciles de adoptar al nivel del sector urbano y formal, son mucho más difíciles de llevar a cabo cuando se trata de aplicar la cobertura obligatoria al sector informal y rural. Para este último, es aconsejable determinar si dichos controles son administrativamente factibles y financieramente rentables, ya que de lo contrario, sería mejor estimular la afiliación voluntaria, junto con un programa de asistencia social para los indigentes donde este es económicamente posible. Toda la remuneración debería ser sometida a im-

puestos del seguro social, salvo para los grupos pobres, y los topes en los aportes para la afiliación y el pago deberían eliminarse. Si hay una deuda estatal, debería renegociarse para indexarla a la inflación y evitar su desvalorización. Los rendimientos de la inversión no son importantes en un programa de enfermedad-maternidad ya que este opera sin reservas o con un pequeño fondo para eventualidades.

Si todas estas medidas no consiguen lograr un equilibrio financiero, debería aumentarse el porcentaje del aporte. Debido a que el aporte de los asegurados es aproximadamente una tercera parte del total y un aumento en el aporte ya elevado del empleador pudiera perjudicar la creación de empleo, debería darse preferencia a aumentar el aporte de los asegurados, en particular en los países en los que este es relativamente bajo. Finalmente, deberían explorarse nuevas fuentes de financiamiento, en particular las que surten un efecto neutro sobre el empleo, tales como el impuesto sobre la renta y el impuesto sobre el valor añadido (IVA).

Las medidas que anteceden podrían eliminar el déficit, pero rara vez generarían suficientes excedentes como para financiar la incorporación de los pobres, lo que exigiría subvenciones estatales. No deberían establecerse aportes de los trabajadores autónomos, salvo en lo que respecta a los que tienen ingresos altos, para tratar de compensar la ausencia de un empleador, debido a que el aporte resultante sería irrazonablemente alto. Es más razonable establecer un aporte más bajo y ajustar los beneficios en consecuencia, o subvencionar la cobertura del grupo mediante subvenciones estatales. Lo mismo ocurre con otros grupos informales y rurales.

Si se desea considerar al Ministerio de Salud como la institución viable para incorporar a los pobres, este deberá disponer de instalaciones y financiamiento adecuados para dicha tarea. Y sin embargo, hemos visto que, en varios países, el Ministerio tiene recursos adecuados pero necesita mejorar su eficiencia y la calidad de sus servicios. De ello se desprende que la inversión de recursos no siempre deberá efectuarse con miras a ampliar las instalaciones sino a remodelar, reequipar, mantener y contratar a personal gerencial competente. Como se ha analizado en el caso de la República Dominicana, los pagos de los usuarios pueden ser una fuente importante de ingresos y un mecanismo para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios en aquellos países o programas en los que existe el ambiente administrativo adecuado (Akin, *et al.*, 1987; Musgrove, 1989; La Forgia, 1989). Los po-

bres deberán estar exentos de tener que abonar pagos de los usuarios o los pagos deberían reducirse a un nivel que no impida el acceso de este grupo a los servicios. Por razones de equidad y de lógica económica, es importante mejorar la prueba de medios utilizada para eximir los pagos de los usuarios cargados por el Ministerio y proporcionar a los indigentes acceso gratuito a los servicios del seguro social. La prueba deberá normalizarse y humanizarse para asegurar que no se exime del pago a quienes puedan pagar y para evitar la denegación de los servicios a los verdaderamente pobres.

Reducción de los costos y mejoramiento de la eficiencia

En la mayoría de los países, la universalización de la cobertura basada en el seguro social, incluso con ingresos mayores, sería financieramente inviable con la actual estructura y con el actual nivel y calidad de beneficios disponibles para la mayoría asegurada, debido a que los costos serían demasiado elevados (17% del PIB en la República Dominicana y el Perú). En los países relativamente más avanzados, tales como Costa Rica, la eliminación de beneficios demasiado generosos ha resultado en ahorros importantes. Pero, tal como se ha dicho ya, en la mayoría de los países el nivel general de beneficios tendría que reducirse sustancialmente, bien para toda la población (en el modelo de atención universal-básica) o para los pobres con programas especiales (en el modelo de atención doble).

Los gastos administrativos deberán reducirse drásticamente en todos los países, pero en particular en la República Dominicana, México y el Perú. Planes de emergencia para reducir los gastos han congelado a menudo los puestos de trabajo, pero solo temporalmente; los despidos de empleados redundantes e incompetentes son políticamente difíciles de poner en práctica, pero absolutamente necesarios para lograr un equilibrio financiero.

El cambio de la filosofía de la atención, para destacar la medicina preventiva de costo más bajo en vez de la medicina curativa de costo más alto mediante medidas tales como la reducción de la consulta ambulatoria antieconómica al nivel terciario, debería reducir los costos y mejorar la eficiencia. La compra al por mayor y distribución de medicamentos y suministros médicos podrían generar algunos ahorros, aunque la experiencia del Programa de Medicamentos Esenciales en la República Dominicana no es convincente.

La baja tasa de ocupación de hospitales y la

larga duración de permanencia son fenómenos típicos en la mayoría de los países pero se ha hallado que son especialmente graves en la República Dominicana y el Uruguay. Una mejora en la calidad de los servicios, junto con la educación, podría aumentar la eficiencia y la utilización y podría reducir los costos de los hospitales. Resultados análogos podrían lograrse mediante la cooperación adecuada del seguro social con el sector privado, tal como se ha hecho en Costa Rica.

Por último, un porcentaje alto de gastos del Gobierno en atención de salud no siempre resulta en una protección mayor para los pobres o niveles de salud general más elevados. Costa Rica tiene gastos de salud por persona ligeramente más bajos que el Uruguay pero ocupa un lugar más alto que este último país en ambos respectos; México y la República Dominicana gastan proporcionalmente las mismas cantidades pero México está claramente por encima de la República Dominicana. La forma en que se emplean los recursos y su eficiencia y concentración explican el desempeño divergente entre estos países.

La política de reforma

La oposición a las políticas analizadas arriba es inevitable, debido a que la protección de los pobres requiere recursos que han de retirarse de otros programas y grupos que habitualmente están mejor organizados que los pobres. Por ejemplo, el cambio de las subvenciones estatales de los grupos de ingresos medios a los pobres o del seguro social al Ministerio de Salud es susceptible de generar antagonismo, aunque en algunos casos son factibles coaliciones políticas; por ejemplo, la expansión de los servicios de salud a los pobres pudiera proporcionar puestos de trabajo para el personal médico de ingresos medios y para los productores de artículos farmacéuticos. Sin embargo, la reforma puede enajenar a algunos grupos: los médicos que tienen empleo múltiple pueden oponerse a la integración de los servicios del seguro social y del Ministerio de Salud y los burócratas también pueden oponerse a la integración debido a que esta podría conducir a reducciones en los puestos de trabajo. Los asegurados de la clase media que utilizan los servicios de salud del seguro social pueden rechazar la incorporación de los pobres si temen que se disminuyan los servicios. Los conflictos de personal y políticos entre el ministro de salud y el director del seguro social son comunes y a menudo han impedido la integración de sus servicios. Estas experiencias indican

la necesidad de un firme compromiso del gobierno con la formulación e implantación de la reforma y con la educación y movilización política de los pobres en apoyo de dicha acción (Pfefferman y Griffin, 1989; Banco Mundial, 1990; Guerra de Macedo, 1990).

Deberán promoverse las asociaciones de trabajadores informales, campesinos y otros grupos pobres y educar a sus líderes en cuanto a la necesidad de elaborar planes de acción a largo plazo con objetivos concretos, y estas asociaciones deberán iniciar negociaciones con el gobierno y con los partidos políticos. Por ejemplo, en el Perú, distintas asociaciones de vendedores ambulantes deberían unirse para solicitar que los impuestos que se les cobran en los municipios se empleen en realidad en proporcionarles atención de salud.

Finalmente, ha de educarse al público para que cambie la actitud negativa actual hacia algunos grupos pobres tales como los vendedores ambulantes y los campesinos; ha de hacerse que los burócratas traten a los indigentes con dignidad; y los propios pobres deberán educarse en cuanto a sus derechos, beneficios a los que tienen derecho y la importancia de utilizar los servicios de salud.

El papel de la ayuda internacional

Hay muchos ejemplos de programas internacionales eficaces que han ampliado los servicios de salud a los pobres, tales como la campaña de inmunización, rehidratación oral y saneamiento y los programas destinados a controlar las enfermedades contagiosas. La ayuda externa se necesita no solo para los países menos desarrollados de la Región, que evidentemente deberían tener prioridad, sino también para los países relativamente más desarrollados que actúan como modelo y luchan por mantener o mejorar programas eficaces en medio de crisis económicas.

La ayuda externa tal como los préstamos de ajuste estructural del Banco Mundial, los préstamos de la AID (EUA) para atención de salud y los préstamos del BID para construir instalaciones de salud deberán vincularse a esfuerzos nacionales por reducir la pobreza y proporcionar atención de salud a los pobres. Además, los organismos internacionales y regionales deberán donar sumas moderadas a grupos y programas de pobres vulnerables, tales como las clínicas rurales que sirven a los pobres, los programas de inmunización y nutrición para los niños, los esfuerzos por establecer cooperativas médicas sin fines de lucro y por capacitar asociaciones de trabajadores informales, y para que

los microempresarios creen sociedades de ayuda mutua y se conviertan en intermediarios eficaces al tratar con las organizaciones de mantenimiento de la salud y las compañías de seguro que ofrecen paquetes de bajo costo de beneficios de salud.

Este estudio ha demostrado que, a veces, programas grandes con fondos externos sustanciales han fracasado debido a burocracias ineficaces, a desperdicio de recursos y a falta de una supervisión eficaz. A la inversa, hemos brindado varios ejemplos de proyectos pequeños que, con un apoyo externo modesto, han tenido

éxito. Estos deberán utilizarse como modelo para reproducirlos en otros lugares con ayuda internacional. Los programas burocráticos elaborados sin consulta con los pobres corren el riesgo de gastar sumas considerables en el empleo de personal innecesario, ser inadecuados para atender las necesidades de los pobres y, en consecuencia, posiblemente ser rechazados por ellos. Los programas que hacen participar eficazmente a los pobres y que responden a sus intereses son más susceptibles de tener éxito en atender sus necesidades de salud más urgentes y en conseguir su apoyo.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

Acuña Ulate, José A., "Propuesta de reforma al Reglamento de Trabajadores Independientes," San José, febrero de 1988.

Acuña, Jorge et al., "Perfil del sector salud de la República Oriental del Uruguay: su financiamiento y problemas," Brasilia, Seminario Financiamiento del Sector Salud en América Latina, Banco Mundial-Organización Panamericana de la Salud, octubre de 1987.

Aguirre, Rosario y Méndez, Estela, "El trabajo informal urbano en Uruguay," *Suma*, 3:4 (abril de 1988): 89-103.

Ahmad, Ehtisham y Dréze, Jean, eds., *Social Security in Developing Countries*, London, STICERD at London School of Economics and WIDER, 1990.

Akin, John, Birdsall, Nancy y de Ferrante, David, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington, D.C., World Bank Policy Study, 1987.

Altimir, Oscar, *The Extent of Poverty in Latin America*, Washington, D.C., World Bank Staff Working Paper no. 552, 1982.

———, "Poverty, Income Distribution and Child Welfare in Latin America," *World Development* 12:3 (1984): 261-282.

Annis, Sheldon y Franks, Jeffrey, "The Idea, Ideology and Economics of the Informal Sector: The Case of Peru," *Grassroots Development* 13:1 (1989): 9-22.

Apezechea, Héctor, Prates, Susana y Franco, Rolando, *Elementos para un diagnóstico social del Uruguay*, Montevideo, UNICEF/CIESU/ILPES, 1984.

Arán, Adrián (Ministerio de Salud, Costa Rica), Reportaje, San José, 15 de diciembre de 1989.

- Arán, Daniel, "Financiamiento del sector salud en Uruguay," Montevideo, CELADU, febrero de 1986.
- Arellano, José Pablo, "Gasto público en salud y distribución del ingreso," en *Salud pública y bienestar social*, Livingston y Racynski, eds., Santiago, Centro de Estudios de Planificación Nacional (CIEPLAN), 1976.
- , "The Impact of Social Security on Savings and Development," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 7.
- , *Políticas sociales y desarrollo: Chile 1924-1984*, Santiago, CIEPLAN, 1985.
- , *La salud en los años 80: análisis desde la economía*, Santiago, CIEPLAN, 1987.
- Arroba, Gonzalo, "La financiación de la seguridad social en los países en desarrollo," *Estudios de la Seguridad Social* 29 (1979): 5-31.
- Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), "Financiamiento y control de los servicios de atención médica," *Estudios de la Seguridad Social* 42 (1982): 5-21.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Progreso económico y social en América Latina 1987, 1988 y 1989*, Washington, D.C., 1987, 1988 y 1989.
- Banco Mundial, *La pobreza en América Latina: el impacto de la depresión*, Washington, D.C., 1987.
- , "Argentina: Population, Health and Nutrition Sector Review," Washington, D.C., 1987a.
- , "Argentina: Social Sectors in Crisis," Washington, D.C., 1988.
- , *Informe sobre el desarrollo mundial 1988 y 1989*, Washington, D.C., Oxford University Press, 1988a y 1989.
- , *Informe sobre el desarrollo mundial 1990: la pobreza*, Oxford, Oxford University Press, 1990.
- Banco de Previsión Social (BPS), Asesoría Económica y Actuarial, "Seguros de enfermedad: cobertura y evolución," Montevideo, 1987.
- , "La evasión de los aportes al Banco de Previsión Social," "La evasión de los aportes de Industria y Comercio," "Evasión de los aportes rurales," Montevideo, s/f.
- , "Seguros de enfermedad: cobertura y evolución," Montevideo, s/f(a).
- , *Boletín Estadístico* nos. 31-33, 1988-1989.
- Barranzuela, Roel (Secretario General, Comunidad Urbana Autogestionaria [CUAVES], Villa El Salvador), Entrevista, 6 de mayo de 1988.
- Barreiro, Norma, "Informe de la evaluación del proyecto de medicina tradicional del Instituto Mexicano Tlahuilli A.C.," 4 de diciembre de 1989.
- , Entrevista en México, D.F., 13 de diciembre de 1989a.
- Barrig, Maruja y Fort, Amelia, "La ciudad de las mujeres: pobladores y servicios, el caso de El Agustino," Lima, provisional, 1987.

- Bartlett, Lawrence, "Financial Analysis" y "Financial Management Systems within SESPAS," Santo Domingo, USAID, August 1983.
- Beirano, Luis, Luyo, Fernando y Vicuña, Irene (Instituto de Salud Hugo Pesce [INSAHP], Villa El Salvador), Entrevistas, 24 de septiembre de 1988.
- Beirute, Luis Asís, "Extensión del seguro social a la zona rural en Costa Rica," en *Seguridad social, atención médica y políticas de salud en América Latina*, Buenos Aires, ISSA-Oficina Regional para las Américas, Serie Actas no. 9, 1988.
- Betances, Luis, "Seguridad social y la medicina privada en la República Dominicana," Buenos Aires, Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados, abril de 1986.
- Bitran, Ricardo, *Household Demand for Medical Care in Santo Domingo, Dominican Republic*, Stony Brook, USAID/HCF/LAC, no. 9, March 1989.
- Bolaños Mesen, Víctor M., "Protección social de grupos marginados urbanos en Costa Rica," IMSS-AISS, *Memoria Reunión sobre la Protección Social a los Grupos Marginados Urbanos*, México, D.F., 1988.
- Borzutzky, Silvia, "Politics and Social Security Reform" en Mesa-Lago, 1985b, chapter 9.
- Briceño, Edgar y Méndez, Eduardo, "Salud pública y distribución del ingreso en Costa Rica," *Revista Ciencias Económicas* 1:2, 2:1-2 (1982): 49-69.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), *Memoria 1983 y 1987*, San José, 1983 a 1988.
- , *Anuario Estadístico 1981 a 1987*, San José, 1982 a 1988a.
- , "Informe que estudia el aseguramiento obligatorio de los trabajadores independientes y temporarios," San José, abril de 1988b.
- , *Seguro Enfermedad y Maternidad: Programa 2000 Anuario 1988*, San José, 1989.
- , "Evaluación actuarial del Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte," San José, 1990.
- Calventi, V. (Director, Hospital Ntra. Sra. Altigracia), Entrevista, Santo Domingo, 16 de junio de 1986.
- Carbonetto, Daniel, "La medición del empleo en Lima," en *El sector informal urbano en los países andinos*, Carbonetto et al., eds., Quito, ILDIS/CEPESIU, 1985.
- y Chávez, Eliana, "Sector informal urbano: heterogeneidad del capital y excedente bruto de trabajo," *Socialismo y Participación* (Lima) 26 (1984): 1-31.
- Carvajal, Eloy, "Bancarrotas de pensiones antes del 2000," *La República*, 5 de julio de 1990, p. 3-A.
- Castañeda, Tarsicio, "Contexto socioeconómico del descenso de la mortalidad en Chile," *Estudios Públicos* 16 (1984): 5-56.
- , "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103:6 (1987): 544-570.
- , "Innovative Social Policies for Reducing Poverty: Chile in the 1980s," Washington, D.C., World Bank, draft, August 1989.

- Castellanos, Jorge, "La extensión de servicios de salud y la seguridad social," *Estudios de la Seguridad Social* 27 (1978): 33-83.
- , "Políticas y metas regionales de salud," 1982, y "Coordinación entre las entidades del sector público que prestan servicios de atención de salud," 1985, en OPS-OIT-CPISS, 1986.
- , "La atención de salud en áreas urbanas," IMSS-AISS, *Memoria Reunión sobre la Protección Social a los Grupos Marginados Urbanos*, México, 1988.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), *Atención primaria en la seguridad social en México: la experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR*, Ginebra, OIT, 1987.
- , *Problemas contemporáneos de la seguridad social*, México, D.F., CIESS, 1988.
- Cobas, Eduardo, "Problemas estructurales y de la crisis económica en el desarrollo social del Uruguay..." Lima, CEPALC, 25 de noviembre de 1986.
- Comisión Americana Jurídico-Social, "Financiamiento y extensión de la seguridad social," *Seguridad Social* 129-130 (1981): 203-236.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), *Desarrollo, transformación y equidad: la superación de la pobreza*, Santiago, 4 de noviembre de 1986.
- , "El impacto de la crisis económica en el campo de la salud: problemas y alternativas en las Américas," Lima, noviembre de 1986a.
- , "Reunión sobre crisis externa: proceso de ajuste y su impacto inmediato y de largo plazo en el desarrollo social," Lima, CEPALC/PNUD/UNICEF, noviembre de 1986b.
- , *Preliminary Overview of the Latin American Economy 1988 and 1989*, Santiago, December 1988 and 1989.
- , *Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean 1988*, Santiago, 1989a.
- , *Estudio económico de América Latina y el Caribe*, República Dominicana, 1988a y 1989b.
- , *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, Santiago, 31 de mayo de 1990.
- , ILPES y UNICEF, *Pobreza, necesidades básicas y desarrollo*, Santiago, 1982.
- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), *Población y sociedad (Seminario Nacional, 1983)*, Santo Domingo, Imp. Gerardo, 1985.
- Conte Grand, Alfredo, "La seguridad social," *Revista de Ciencias Jurídicas* 1:9 (mayo de 1985): 271-276.
- COPLAMAR, "Memoria de actividades 1976-1982," México, D.F., Presidencia de la República, 1982.
- , *Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000—Salud*, México, D.F., Siglo XXI, 1983.
- Cortés, Fernando, "La informalidad del sector informal extralegal," México, D.F., provisional, 1988.
- CUAVES, "Plan Unico de Salud," Villa El Salvador, 1986.

- Dávila, P. Alvaro, "Proyecciones financieras del seguro de vejez, invalidez y muerte para el año 2000," San José, CCSS, febrero de 1988.
- Davrieux, Hugo, *Papel de los gastos públicos en el Uruguay (1955-1984)*, Montevideo, Estudios CINVE no. 9, 1987.
- De Ferranti, David, *Paying for Health Services in Developing Countries*, Washington, D.C., World Bank Staff Working Paper no. 721, 1985.
- , "El pago por servicios de salud en los países en desarrollo: un enfoque realista," *Foro Mundial de la Salud* 6 (1985a): 115-122.
- De Geyndt, W., "Chile SAL III: Health Sector," Washington, D.C., World Bank, August 1987.
- Del Rosario, Gumersindo y Gámez, Susana, *Privatización de los sistemas de salud*, Santo Domingo, Fundación Friedrich Ebert, 1988.
- De Soto, Hernando, et al., *El otro sendero: la revolución industrial*, Lima, Casa Editorial el Barranco, 1986.
- Development Technologies, Inc. (DETEC), *Costa Rica: análisis socio-económico del sector salud*, San José, provisional, diciembre de 1987.
- Díaz, Alejandro, Rojas, Horacio y Redondo, María (Presidente, Vicepresidente, Enfermera y cinco promotores—IMMTTCA, Cuernavaca, Jujutla, Xoxocotla y Barranca Honda), Entrevistas, 11-12 de diciembre de 1989.
- Diéguez, Héctor L., "Social Consequences of the Economic Crisis: Mexico, the Facts," Washington, D.C., World Bank, draft, 1986.
- y Giral-Bosca, Juan, *Uruguay, Inquiry into Social Security: Its Evolution, Current Problems and Prospects*, Washington, D.C., World Bank, June 1988.
- Dirección General de Estadística y Censos (DGEC), *Anuario Estadístico Uruguay 1970-1978 a 1988*, Montevideo, 1988 a 1989.
- , *VI Censo de Población y IV de Viviendas*, Montevideo, 1989a.
- y CEPALC, *Pobreza y necesidades básicas en el Uruguay: indicadores y resultados preliminares*, Montevideo, Arca, 1989.
- Dirección General de la Seguridad Social (DGSS), *Boletín Estadístico* (Montevideo) nos. 22-30, 1986-1988.
- Duarte, Isis, *Trabajadores urbanos: ensayos sobre fuerza laboral en República Dominicana*, Santo Domingo, Editora Universitaria, 1986.
- , Gómez, Carmen, La Forgia, Gerard y Molina, Maritza, "Los servicios de salud del distrito nacional por sectores, 1987: organización, cobertura, financiamiento y utilización," Santo Domingo, IEDP, 1989.
- Durán, Valverde, "Estudio y propuesta de una readecuación de contribuciones a los seguros sociales," San José, CCSS, febrero de 1988.
- Early, Lisa (Funcionaria de salud, AID Santo Domingo), Entrevistas, 12 y 20 de junio de 1986.

- Equipo Técnico de la Municipalidad Villa El Salvador, "Villa El Salvador y su proyecto popular de desarrollo integral," Villa El Salvador, marzo de 1988.
- Fernández, Sonia, et al., "Proyección de la población económicamente activa para la República Mexicana: 1970-1985," México, D.F., Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo, 1987.
- Fernández Campos, Luis, y Alfaro, Noemi (Jefe, Departamento de Proyectos, y Vicedirector de Acción Social, IMAS), Entrevistas, 10 de mayo de 1988.
- Ferrari, César, "Desarrollo social y pobreza en Perú; factores estructurales de la crisis externa; las políticas adoptadas para lograr el desarrollo económico y social," Lima, CEPALC, noviembre de 1986.
- Fields, Gary S., "Employment and Economic Growth in Costa Rica," Washington, D.C., USAID, 1985.
- Fortuna, Juan C. y Prates, Suzana, "Informal Sector Versus Informalized Labor Relations in Uruguay," en *The Informal Economy*, Portes et al., ed., 1989, pp. 78-94.
- Fundación Interamericana (FI), "Grant to Cooperativa de Producción del Termo (COTER)," several documents, Washington, D.C., 1987.
- , Project Records, Memoranda of Meetings, Field Reports, Grant Agreement and Review related to IMMTAC, February 18, 23, 26, March 11, April 27, 1987, September 20, 1988.
- Galindo, Iginio (Director, Centro de Salud del MS Juan Pablo Segundo, Villa El Salvador), Entrevista, Lima, 24 de septiembre de 1988.
- Galván Ulloa, Adolfo, "Extensión del régimen del seguro social en los años recientes," *Cuestión Social* 8 (verano de 1987): 3-6.
- , "Mecanismos innovadores de acceso a la seguridad social," México, D.F., provisional, marzo de 1988.
- García, Alan, "Mensaje a la Nación del Presidente...," *La Crónica* (Lima), 29 de julio de 1988: 19-21.
- García Hernández, Carlos, "Extensión del régimen en el seguro social [IMSS]," México, D.F., provisional, febrero de 1987.
- Gautreaux, Rafael (Profesor Universitario de Medicina), Entrevista, Santo Domingo, 20 de junio de 1986.
- Giral, Juan, et al., *Country Economic Memorandum on Uruguay*, two vols., Washington, D.C., World Bank-LACR, August 1986.
- Gómez, Lilian y Gross, Joselyn (funcionarios de PROMESE), Entrevistas, Santo Domingo, 17 de junio de 1986.
- Gómez, Luis Carlos, *Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic: Methodology and Preliminary Findings*, Stony Brook, USAID/HCF/LAC no. 8, September 1988.
- Gómez Ulloa, Mario, "El sistema de salud en la República Dominicana," Washington, D.C., OPS, 1985.

- González Gautreaux, Rafael (Director, Laboratorio Nacional), Entrevista, Santo Domingo, 16 de junio de 1986.
- Green, Dianne W., "Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica," Ph.D. Dissertation, University of Pittsburgh, 1977.
- Grompone, Romeo, "Las políticas y programas para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y bienestar de los trabajadores del SIU: el caso de Lima," Informe de la OIT, Lima, 1987.
- , "Iniciativas populares en Lima," Lima, Instituto de Estudios Peruanos (IEP), provisional, 1988.
- y Tuesta, Fernando, Entrevista, Lima, 3 de mayo de 1988.
- Guevara, José, *La pobreza en América Latina*, Estocolmo, Instituto de Estudios Latinoamericanos, Informe. no. 32, septiembre de 1981.
- Guzmán, Daniel (Subsecretario de SESPAS), Entrevista, Santo Domingo, 13 de junio de 1986.
- Gwynne, Gretchen, ed., "Private Sector Care Alternatives for Agricultural Workers on the South Coast of Guatemala," Stony Brook, HCF/LAC no. 7, August 1988.
- y Zschock, Dieter, *Health Care Financing in Latin America and the Caribbean, 1985-1989: Findings and Recommendations*, Stony Brook, HCF/LAC no. 10, September 1989.
- Haan, Hans, *El sector informal en Centroamérica*, Santiago, Investigaciones sobre Empleo no. 27, 1985.
- Hernández Llamas, Héctor, "Algunas consideraciones sobre la historia del campo mexicano: la atención médica en el medio rural mexicano," en *La atención médica rural en México*, Héctor Hernández Llamas, ed., México, D.F., IMSS, 1986.
- Injarte, Julio y Sattin, Guido (Médicos del Municipio Villa El Salvador), Entrevista, 6 de mayo de 1988.
- Instituto de Libertad y Democracia (ILD), "Compendio técnico y estadístico de 'El otro sendero'," 2 vols., Lima, octubre y noviembre de 1986.
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), "Estimados actuariales definitivos del Anteproyecto de Ley sobre el nuevo régimen de seguridad social," agosto de 1983.
- , *Informe Estadístico* (títulos diferentes), Santo Domingo, 1984-1985.
- , *Boletín Estadístico 1986*, Santo Domingo, 1987.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), "Comisión...de la extensión del programa...enfermedad y maternidad a la costa suroccidental del país," Guatemala, abril de 1988.
- Instituto Mexicano de Medicina Tradicional Tlahuilli C.A. (IMMTCA), *Medicina Alternativa* (Cuernavaca) no. 1 (1985), no. 2 (1986), no. 3 (1987), no. 4 (1988).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, México D.F., IMSS, 1983.
- , *Memoria Estadística 1986*, México, D.F., octubre de 1987.

- , "Informe mensual de la población derechohabiente," México, D.F., diciembre y mayo de 1987a, 1988.
- , "Proyecto de Decreto para incorporación voluntaria al régimen obligatorio del seguro social a los trabajadores independientes," México, D.F., provisional, junio de 1987b.
- , *Ley de Seguro Social*, México, D.F., 1987c.
- y COPLAMAR, *Memoria: Primera reunión anual de análisis del desarrollo del programa IMSS-COPLAMAR*, México, D.F., IMSS, 1981.
- y COPLAMAR, *Digestos Presupuestarios*, México, D.F., IMSS-COPLAMAR, 1983-1987.
- y COPLAMAR, *Anuario Estadístico (1982-1986)*, México, D.F., IMSS-COPLAMAR, Coordinación Médica, 1987a.
- y COPLAMAR, "Estudio de opinión sobre la calidad de los servicios y la participación de la población como respuesta a las acciones de salud del programa IMSS-COPLAMAR," México, D.F., IMSS-COPLAMAR, documento mimeografiado, 1987.
- y COPLAMAR, "El Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR)," Managua, II Simposio Internacional de Extensión de Seguridad Social al Campo, febrero-marzo de 1988.
- y COPLAMAR, "Anexos del Documento Básico," Managua, 1988a.
- y Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA-AISS), *Reunión sobre la protección social a los grupos marginados urbanos*, México, D.F., junio de 1988.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta nacional de hogares sobre medición de niveles de vida (1985-1986)*, Lima, 1988.
- , *Perú: Compendio estadístico 1988*, Lima, mayo de 1988a.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Agenda Estadística 1986*, México, D.F., Secretaría de Planificación y Presupuesto (SPP), 1987.
- Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), "Metas de extensión de cobertura," Lima, 1985 y 1987.
- , "Proyecto de Reglamento [a la Ley 24.645 del 18-12-1986] de Incorporación de Trabajadores del Campo a la Seguridad Social," Lima, 1987a.
- , "Proyecto de Reglamento de Incorporación de Nuevos Asegurados [Eventuales, Informales, etc.] a la Ley no. 24.620 del 26-12-86," Lima, 1987b.
- , *Estimados de la Dirección de Estadística*, Lima, 1988.
- Isuani, Ernesto A., "Social security and public assistance," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 3.
- , "Seguridad social y gasto social en la República Dominicana," Buenos Aires, mayo de 1989.
- y Mercer, Hugo, "La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina," *Boletín Informativo Techint* no. 244, septiembre-diciembre de 1986.

- y Mesa-Lago, Carmelo, "La seguridad social en Panamá: avances y problemas," Santiago, ILPES, 1981.
- Jaramillo Antillón, Iván y Miranda, Guido, *La integración de servicios de salud en Costa Rica*, San José, Ministerio de Salud, 1985.
- Katz, Jorge y Muñoz, Alberto, *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, Buenos Aires, CEPALC, 1988.
- Kleinekathoefer, Michael, *El sector informal, integración o transformación*, Santo Domingo, Fundación Friedrich Ebert, 1987.
- Lacey, Robert, "The Privatization of the Social Security System in Chile," Washington, D.C., World Bank, PSMU/PPD, February 1987.
- La Forgia, Gerard M., "El sector privado de salud en la República Dominicana," Santo Domingo, 1988.
- , "User Fees, Quality of Care and the Poor: Lessons from the Dominican Republic," Washington, D.C., Inter-American Foundation, September 1989.
- , "Challenging Health Service Stratification: Social Security-Health Ministry Integration in Panama, 1973-1986," Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh, School of Public Health, 1990.
- , "The Extension of Health Services to Low-income Families Through Private Pre-payment Plans: Assessment and Recommendations," Washington, D.C., The Urban Institute, June 1990a.
- , Interview, Pittsburgh, August 10, 1990b.
- , "Health Services for Low-income Families: Extending Coverage through Pre-payment Plans in the Dominican Republic," Washington, D.C., USAID HFS Technical Report no. 1, October 1990c.
- "La seguridad social y el IPSS en la transición hacia el nuevo marco político," *Análisis Laboral* 14:153 (marzo de 1990): 3-5.
- León, Francisco, "Pobreza rural: realidades y perspectivas de política," en NU/CEPALC/PNUD, 1980.
- Lewis, Maureen A., "The Hospital User Fee Experience in the Dominican Republic," Washington, D.C., USAID-REACH, October 1987.
- , Sulvetta, Margaret y La Forgia, Gerard, *Estimating Public Hospital Costs by Measuring Resource Use: A Dominican Case*, Washington, D.C., The Urban Institute, July 1990.
- Lizardo, Sonia, "Comparative Study of Micro and Small Business as Poverty Alleviation Programs in the USA, Latin America and the Caribbean," Pittsburgh, University of Pittsburgh, June 1990.
- Llach, Juan, Diéguez, Héctor y Petrecola, Alberto, "El gasto social en la Argentina: una propuesta de estudio," Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella y PNATSS, 1988.
- López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, México, D.F., Siglo XXI, 1980.

- López Vargas, Luis G., "Estimación del costo financiero del subsidio en dinero para trabajadores independientes," San José, marzo de 1988.
- Lozoya, Xavier, y Zolla, Carlos, "Programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-COPLAMAR," México, D.F., IMSS, documento mimeografiado, 1983.
- Macedo, Carlyle Guerra de, Notes on a Conference on Health Care in Latin America, Washington, D.C., PAHO, February 12, 1990.
- Mackenzie, G.A., "Social Security Issues in Developing Countries: The Latin American Experience," *IMF Staff Papers* 35:3 (September 1988): 496-522.
- Mallet, Alfredo, "Social Protection of the Rural Population," *International Social Security Review* 33:3-4 (1980): 359-393.
- , "Problemas contemporáneos de la seguridad social," en CIESS, *Problemas contemporáneos de la seguridad social*, México, D.F., 1988.
- Malloy, James, *The Politics of Social Security in Brazil*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1979.
- y Borzutzky, Silvia, "Politics, Social Welfare Policy, and the Population Problem in Latin America," *International Journal of Health Services* 12:1 (1982): 77-98.
- Mares, Marco A., "El Programa IMSS-COPLAMAR, casi paralizado por la descentralización del sector salud," *Uno Más Uno*, México, D.F., 7 de julio de 1986, p. 3.
- Márquez, Patricio V., "Uruguay: Population, Health and Nutrition Sector Memorandum," Washington, D.C., World Bank, LA4, March 31, 1989.
- Marx, Martita M., "The Effects of Medical Services on Health Status in a Developing Nation," Doctoral Dissertation, University of California—Los Angeles, 1978.
- McGreevey, William, "Los altos costos de la atención de salud en el Brasil," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103:6 (1987): 599-618.
- , "Do Public Social Spending and Social Security Protect the Poor in Latin America?," Washington, D.C., World Bank, HRD/LACTD, September 1988.
- , *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*, Washington, D.C., World Bank, LACRO, October 1990.
- , et al., *Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva internacional*, Brasília, IPEA, 1984.
- , "Priorities for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil," Washington, D.C., World Bank, PHND, January 1988.
- , "Temas actuales de la seguridad social brasileña," en CIESS, 1988, pp. 157-165.
- Meerhoff, Ricardo, "Financiamiento del sector salud en el Uruguay: modalidades, alternativas y problemas," Montevideo, marzo de 1986.
- Melgar, Alicia, "El mercado de trabajo en la coyuntura," *Suma* 3:4 (abril de 1988): 25-41.
- Mendoza, Hugo (Director, Hospital de Niños Robert Reid Cabral), Entrevista, Santo Domingo, 16 de junio de 1986.

- Mesa-Lago, Carmelo, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978.
- , "Social Security and Extreme Poverty in Latin America," *Journal of Development Economics* 12 (1983): 83-110.
- , "Financing Health Care in Latin America and the Caribbean with a Special Study of Costa Rica," Washington, D.C., World Bank, PHND, March 1983a.
- , "Social Security in Ecuador," Washington, D.C., World Bank, December 1984.
- , *La reforma de la seguridad social: Análisis comparativo del Perú dentro del contexto latinoamericano*, Lima, Universidad del Pacífico-Fundación Friedrich Ebert, 1985.
- , *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, Santiago de Chile, Estudios e Informes de la CEPALC no. 43, 1985a.
- , ed., *The Crisis of Social Security and Health Care: Latin American Experiences and Lessons*, Pittsburgh, University of Pittsburgh, Latin American Monogr. and Doc. Series no. 9, 1985b.
- , "Comparative Study of the Development of Social Security in Latin America," *International Social Security Review* 39:2 (1986): 127-133.
- , "Financiamiento de los programas de salud del Instituto Peruano de Seguridad Social," Lima, ANSSA-Perú, mayo de 1986a.
- , "Exploratory Visit to the Dominican Republic to Review the Field and Identify Health Financing Studies," Stony Brook, State University of New York at Stony Brook, HCF/LAC, June 1986b.
- , "Atención de salud en Costa Rica: auge y crisis," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 102:1 (1987): 1-18.
- , "Social Security in Bahamas, Barbados and Jamaica," Geneva, ILO, July 1987a.
- , "Medical Care Under Social Security: Costs, Coverage and Financing," en *Health Care in Peru*, D. K. Zschock, ed., 1988.
- , "Social Insurance: The Experience of Three Countries in the English-Speaking Caribbean," *International Labour Review* 127:4 (1988a): 479-496.
- , "Análisis económico de los sistemas de pensiones en Costa Rica y recomendaciones para su reforma," Washington, D.C., Development Technologies, Inc., marzo de 1988b.
- , "Informe económico sobre la extensión de la cobertura poblacional del programa de enfermedad-maternidad del IPSS" (IPSS-AID), Stony Brook, State University of New York at Stony Brook, diciembre de 1988c.
- , *Financiamiento de la atención de la salud en América Latina y el Caribe con focalización en el seguro social*, Washington, D.C., World Bank, Institute of Economic Development no. 42, 1989.
- , "Investment Portfolio of Social Insurance/Pension Funds in Latin America and the Caribbean: Significance, Composition and Performance," Washington, D.C., World Bank, LACTD, May 1989a.
- , "Financial and Economic Evaluation of Social Insurances (IESS) in Ecuador," Washington, D.C., World Bank, November 1989b.

- , *Ascent to Bankruptcy: Financing Social Security in Latin America*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1989c.
- , "Economic and Financial Aspects of Social Security in Latin America and the Caribbean: Tendencias, Problemas and Alternatives for the Year 2000," Washington, D.C., World Bank, LATD, May 1990.
- , *La seguridad social y el sector informal*, Santiago, PREALC, Investigaciones sobre Empleo no. 32, 1990a.
- , "Formal Social Security in Latin America and the Caribbean," en E. Ahmad y J. Dréze, eds., *Social Security in Developing Countries*, London, STICED, 1990b.
- y De Geyndt, W., "Colombia: Social Security Review," Washington, D.C., World Bank, HRD, September 1987.
- , Cruz-Saco, María A. y Zamalloa, Lorena, "Determinantes de los costos y la cobertura del seguro/seguridad social: una comparación internacional enfocada en América Latina," *El Trimestre Económico* 158:1 (enero-marzo de 1990): 27-57.
- Midgley, James, *Social Security, Inequality and the Third World*, New York, John Wiley and Sons, 1984.
- Ministerio de Salud, "Mortalidad infantil por cantón de residencia en Costa Rica, 1985-1986," San José, noviembre de 1987.
- Ministerio de Salud/Caja Costarricense de Seguro Social (MS/CCSS), "Proyecto para la administración de los servicios de salud...por una cooperativa de autogestión," San José, agosto de 1988.
- Ministerio de Salud Pública, "Encuesta familiar de salud, 1982: informe general, síntesis," Montevideo, 1983.
- , "Principales indicadores de salud según departamento y región: año 1986," Montevideo, noviembre de 1987.
- Ministerio de Trabajo y Promoción Social (MTPS)—Dirección General de Empleo (DGE), Cuestionario de la "Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social," Lima, 1979.
- , Cuestionario de la "Encuesta de Niveles de Empleo," Lima, 1986.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Dirección General de Estadística y Censo, *Encuesta nacional de hogares, empleo y desempleo*, San José, 1980 a 1986.
- Miranda, Guido, "La salud y la seguridad social en Costa Rica," Conferencia, Washington, D.C., OPS, 12 de febrero de 1990.
- Moles, Ricardo, "Contribuciones de la AISS al estudio de los problemas de financiamiento de la seguridad social en América Latina," *Seguridad Social* 34:155-156 (1985): 151-161.
- Molina, Luis Henry, *Nuevo sistema de seguridad social*, Santo Domingo, Instituto Nacional de Estudios Laborales, 1983.
- Molina, Sergio, "La pobreza en América Latina: situación, evolución y orientaciones de política," en NU/CEPALC, PNUD, 1980.
- Montaño, Jorge, "Barreras institucionales de entrada al sector informal en la Ciudad de México," Santiago, PREALC-OIT, marzo de 1985.

- Montes, Romero, "Privatización y obligatoriedad del seguro social," *Análisis Laboral* 134 (agosto de 1988): 9-10.
- Moya Pons, Frank, ed., *Población y pobreza en la República Dominicana*, Santo Domingo, Forum no. 2, 1984.
- , "Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina," *Cuadernos de Economía* 66 (agosto de 1985a): 293-305.
- Musgrove, Philip, "The Impact of Social Security on Income Distribution," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 6.
- , "Distribución del ingreso familiar en la República Dominicana, 1976-1977: la encuesta nacional de ingresos y gastos familiares," *El Trimestre Económico* 53:2 (1986): 341-392.
- , "The Economic Crisis and Its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean," *Int J Health Serv* 17:3 (1987): 411-441.
- , ed., "Número especial sobre economía de la salud," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103:6 (diciembre de 1987).
- , ed., *Economía de la salud. Perspectivas para América Latina*, Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS no. 517, 1989.
- , "Health, Debt and Disease: The Links Between Economics and Health," *The IDB*, December 1989a: 4-8.
- Naciones Unidas, U.N. *Demographic Yearbook 1980 to 1987*, 1980 to 1987.
- , Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (NU/CEPALC/PNUD), *¿Se puede superar la pobreza?: Realidad y perspectivas en América Latina*, Santiago, CEPALC, 1980.
- Nadal, Pablo, "Nueva visión de la seguridad social," Santo Domingo, Instituto Nacional de Estudios Laborales, 1986.
- Oficina Nacional de Estadística (ONE), *República Dominicana en Cifras 1965 a 1987*, Santo Domingo, 1965 a 1987.
- , *Censo nacional de población y vivienda 1981: resultados preliminares*, Santo Domingo, marzo de 1983.
- Oficina Nacional de Planificación (ONP), "Estudio de base del sector salud-nutrición-fármacos," Santo Domingo, noviembre de 1983.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Yearbook of Labour Statistics*, Geneva, 1981 to 1987.
- , *The Cost of Social Security 1975-1977, 1978-1980, and 1981-1983, and Basic Tables*, Geneva, 1981a, 1985a, 1988.
- , *Introduction to Social Security*, Geneva, 1984.
- Organización Mundial de la Salud, *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra, Serie Salud para Todos no. 1, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. *Economic Support for National Health for All Strategies*, Geneva, 1988.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria*, Washington, D.C., Documento Oficial no. 156, 1978.
- , "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y la salud pública," Washington, D.C., 1981.
- , *Investigación operativa de los servicios de salud*, Santo Domingo, septiembre de 1983.
- , "Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública," Washington, D.C., Documento CE99/19, junio de 1987.
- , "Los sistemas de la seguridad social y la salud," Washington, D.C., noviembre de 1989.
- , "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma," en Musgrove, 1989, pp. 145-192.
- , OIT y Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), *Atención primaria y estrategias de salud en la seguridad social en América Latina*, Ginebra, 1986.
- , PNUD y UNICEF, "Nota del Representante Residente sobre el 4° Programa Nacional del PNUD para la República Dominicana," Santo Domingo, marzo de 1986.
- Overholt, Catherine, et al., *Costa Rica: Health Sector Overview*, Boston, USAID, January 1986.
- Pérez Montas, Hernando, "Plan de desarrollo de la seguridad social, 1974-1978," Santo Domingo, 1974.
- Petrei, A. Humberto, *El gasto público social y sus efectos redistributivos: un examen comparativo de cinco países de América Latina*, Rio de Janeiro, ECIEL, no. 6, 1987.
- Petrera Pavone, Margarita, "Eficacia y eficiencia de la seguridad social en relación con el ciclo económico: el caso peruano," *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103:6 (1987): 620-634.
- Pfeffermann, Guy y Griffin, Charles, *Nutrition and Health Programs in Latin America: Targeting Social Expenditures*, Washington, D.C., World Bank, 1989.
- Pinilla, Susana, "Concepción, características y promoción del sector informal urbano," Lima, Instituto de Desarrollo del Sector Informal (IDESI), septiembre de 1986.
- , *La mujer y el sector informal*, Lima, IDESI, 1987.
- Piñera, Sebastián, "Definición, medición y análisis de la pobreza: aspectos conceptuales y metodológicos," Santiago, PPC/CDE, mayo de 1978.
- , "Medición, análisis y descripción de la pobreza en algunos países latinoamericanos," Santiago, CEPALC, 1978a.
- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo: informe de ejecución 1989*, México, D.F., Presidencia de la República, 1990.
- Pollack, Molly y Ulhoff, A., *Costa Rica: evolución macroeconómica 1976-1983*, Santiago, PREALC, Demografía sobre Empleo no. 50, 1985.
- Portes, Alejandro, *Latin America Class Structures: Their Composition and Change during the Last Decades*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, Occasional Paper no. 3, 1984.

- , Blitzer, Silvia y Curtis, John, "The Urban Informal Sector in Uruguay: Its Internal Structure, Characteristics, and Effects," *World Development* 14:6 (1986): 727-741.
- , Castells, Manuel y Benton, Lauren, eds., *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1989.
- Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), *Sector informal: funcionamiento y políticas*, Santiago, 1981.
- , *Dinámica del subempleo en América Latina*, Santiago, Estudios Informes de la CEPAL no. 10, 1981a.
- , *Mercado de trabajo en cifras, 1950-1980*, Santiago, 1982.
- , *The Urban Informal Sector and Labour Market Information Systems*, Santiago, 1986.
- , *Deuda social ¿Qué es, cuánto es, cómo se paga?*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1988.
- Psacharopoulos, George, *Recovering Growth with Equity: World Bank Poverty Alleviation Activities in Latin America*, Washington, D.C., World Bank, HRD/LACR, April 1989.
- , *A Bibliography on Poverty and Income Distribution in Latin America*, Washington, D.C., World Bank, HRD/LACR, November 1989a.
- Puffert, Douglas J y Jiménez, Emmanuel Y., "The Macroeconomics of Social Security in Brazil: Fiscal and Financial Considerations," Washington, D.C., World Bank, draft, October 1988.
- Quirós Coronado, Roberto, "Síntesis de la labor de la Comisión que estudia el aseguramiento de trabajadores independientes y temporales," San José, 3 de septiembre de 1987.
- Raczinsky, Dagmar, *El sector informal urbano: interrogantes y controversias*, Santiago, Investigaciones sobre Empleo no. 3, 1977.
- Reyes, Rolando, *Microenterprise and the Informal Sector in the Dominican Republic: Operation and Promotion Policy*, Washington, D.C., Commission for the Study of International Migration and Cooperative Economic Development no. 47, July 1990.
- Rezende, Fernando, "Redistribution of Income through Social Security: The Case of Brazil," 31st Congress of the Institute of Public Finance, 1974.
- , *Financiamiento de las políticas sociales*, Santiago, ILPES/UNICEF, 1983.
- y Mahar, Dennis, "Salud y previsión social: un análisis económico," Rio de Janeiro, IPEA, 1974.
- et al., "Os custos da assistência médica e a crise financeira de previdência social," *Dados* 25:1 (1982): 25-43.
- Robinson, Eugene, "Upstart Shantytown of 1960s Now is a Major Peruvian City," *The Washington Post*, December 26, 1988, A33.
- Rodríguez, Jorge y Wurgaft, José, *La protección social a los desocupados en América Latina*, Ginebra, PREALC-Organización Internacional del Trabajo, Investigaciones sobre Empleo no. 28, 1987.
- Rodríguez, Renán, "Problemas contemporáneos de la seguridad social en Uruguay," en CIESS, 1988, pp. 43-58.

- Rodríguez Cubero, Mario (Director de DESAF), Entrevista, San José, 11 de mayo de 1988.
- Rodríguez Grossi, Jorge, "El acceso a la salud, la eficacia hospitalaria y la distribución de los beneficios de la salud pública," *Cuadernos de Economía* 66 (agosto de 1985): 267-291.
- , "Public Spending on Social Programs [in the Dominican Republic]: Issues and Options," Washington, D.C., World Bank, 1989.
- Rodríguez V., Adrián, "El gasto público en salud y su impacto en la distribución del ingreso familiar: Costa Rica 1982," San José, Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas no. 100, diciembre de 1986.
- Rojas Alba, Mario, "Situación de la población y recursos para la salud en el estado de Morelos," *Medicina Alternativa* no. 4 (May 1988).
- Romero, Fredis Emilio y Quesada, Ana Marta (Actuarios, IDSS), Entrevista, Santo Domingo, 18 de junio de 1986.
- Rossini, Renzo, Thomas, Jim et al., *Los fundamentos estadísticos de 'El otro sendero': debate sobre el sector informal en el Perú*, Lima, Fundación Friedrich Ebert, 1987.
- Roura, Carlos, Güida, Edgar, Lanza, Jorge, Royo, R. y Ferolla, C. (Funcionarios, Médicos y Dentistas de la Cooperativa de Producción del Termo y Policlínico), Entrevistas, Montevideo, 14 y 15 diciembre de 1989.
- Rovira Mas, Jorge, *Costa Rica en los años '80*, San José, FLACSO-Editorial Porvenir, 1988.
- Saenz, Lenín, *Salud sin riqueza (El caso de Costa Rica)*, San José, 1985.
- Saldain, Rodolfo, "Seguridad social y salud en Uruguay," *Seguridad social, atención médica y prácticas de salud en América Latina*, Buenos Aires, AISS no. 9, 1988, 214-239.
- , "Uruguay," *Social Welfare in Latin America*, J. Dixon y R. Schuerell, eds., London, Routledge, 1990, 249-274.
- Salinas de Gortari, Carlos, *Primer Informe de Gobierno 1989: anexo*, México, D.F., Presidencia de la República, 1989.
- Samaniego, Norma, "Los efectos de la crisis de 1982-1986 en las condiciones de vida de la población en México," Lima, CEPALC, noviembre de 1986.
- Saunders, Margaret K., "Analysis and Summary of World Bank Activity in Health Insurance," Washington, D.C., World Bank-EDI, December 1989.
- Scarpaci, Joseph L., *Primary Health Care in Chile: Accessibility Under Military Rule*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1988.
- Schulthess, Walter E., "El sistema boliviano de seguridad social: pautas para su reforma," La Paz, Ediciones UDAPE, julio de 1988.
- , "Bolivia: seguro social y servicios de la salud," Washington, D.C., World Bank, LATHR, 1989.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), *Estadísticas de Salud 1979 a 1985*, Santo Domingo, s/f.
- , "El hospital dominicano dentro del contexto 'Salud para todos en el año 2000'," Santo Domingo, febrero-marzo de 1984.

- , *Memoria 1983 a 1985*, Santo Domingo, 1983 a 1986.
- , *Estadísticas sobre hospitales y otros servicios de la SESPAS, por región*, Santo Domingo, 1986a.
- Secretaría de Planificación y Presupuesto (SPP), *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*, México, D.F., 1989.
- Secretaría de Salud (SS), *Anuario Estadístico 1986*, México, D.F., 1986.
- , "Población abierta 1985," México, D.F., 1986a.
- , "Estadística trimestral de la prestación de servicios: acumulado anual 1987," México, D.F., abril de 1988.
- Secretaría de Salud Pública (SSP) et al., *La ocupación informal en áreas urbanas 1976: encuesta complementaria a la encuesta continua sobre ocupación*, México, D.F., diciembre de 1979.
- Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), *Características de la ocupación informal urbana*, 2 ed., México, D.F., junio de 1985.
- Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud (SEPSS), *Estudio de organización y funcionamiento del sector salud*, San José, agosto de 1984.
- Selowsky, Marcelo, "Hacia la eliminación del déficit de satisfacción de necesidades básicas," en NU/CEPALC/PNUD, 1980.
- Sherraden, Margaret S. "Primary Health Care for the Rural Poor in Mexico: The Case of IMSS-COPLAMAR (1979-1988)," St. Louis, Washington University, April 1989.
- , Letter to the author, June 20, 1989a.
- Skolnik, Richard (HNPD-World Bank), Telephone interview, June 9, 1986.
- Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna, José, *La salud en México: testimonios 1988*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Suárez-Berenguela, Rubén, *Financing the Health Sector in Peru*, Washington, D.C., World Bank, LSMS Working Paper no. 31, April 1987.
- Tamburi, Giovanni, "Valuación actuarial en las instituciones de seguridad social," XII Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Santo Domingo, 17-21 de marzo de 1980.
- , "Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud de la seguridad social en América Latina," en OPS/OIT/CPISS, 1986.
- , "Social Security in Latin America: Principles, Current Issues and Trends," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 2.
- , Discusión en OPS, 12 de febrero de 1990.
- Thullen, Peter, "Social Security Financing: Problems and Trends," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 5.
- Tokman, Víctor, "Pobreza urbana y empleo: líneas de acción," en NU/CEPALC/PNUD, 1980.

- , "Adjustment and Employment in Latin America," *International Labour Review* 125:5 (1986): 535.
- , "El sector informal: quince años después," *El Trimestre Económico* 54:3 (julio-septiembre de 1987): 513-536.
- , "El imperativo de actuar: el sector informal hoy," *Nueva Sociedad* 90, julio-agosto de 1987a.
- Torres, Guillermo, Representante de la OPS/OMS en la República Dominicana, Entrevista, Santo Domingo, 16 de junio de 1986.
- Ugalde, Antonio, "Where There Is a Doctor: Strategies to Increase Productivity at Lower Costs; the Economics of Rural Health Care in the Dominican Republic," *Social Science and Medicine* 19:4 (1984): 441-450.
- , ed., "Health and Social Science in Latin America," *Social Science and Medicine* 21:1 (1985).
- , "The Integration of Health Programs into a National Health Service," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 4.
- y Homedes, Nuria, "Toward a Rural Health Corps Concept: Lessons from the Dominican Republic," *Journal of Rural Health* 4:1 (January 1988): 41-58.
- y UNICEF, *The State of the World's Children, 1988*, New Delhi, 1988.
- USAID Mission to the Dominican Republic, "Health Sector Assessment for the Dominican Republic," February 1975.
- United States Social Security Administration (US-SSA), *Social Security Programs Throughout the World 1987*, Washington, D.C., DHHS, 1987.
- Vásquez Córdoba, Sergio et al., "Estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud," *Higiene* 37:1 (1987): 22-25.
- Vedova, Mario A., "Economic Recession in Costa Rica and the Consequences on the Poor," Washington, D.C., World Bank, 1986.
- Velázquez Díaz, Georgina, Entrevista, México, D.F., 19 de mayo de 1988.
- , "Diez años de IMSS-COPLAMAR," *Cuestión Social* 15 (verano-otoño de 1989): 11-14.
- Vereda, Antonio, "Alternativas a la economía informal," Lima, provisional, 1988.
- Weber, Ron, "IAF Support for the ILD and Villa El Salvador," *Grassroots Development* 13:1 (1990): 18.
- Wilkie, James W., "Social Security in Mexico," Washington, D.C., World Bank, 1990.
- Wilson, Richard, "The Impact of Social Security on Employment," en Mesa-Lago, 1985b, chapter 8.
- Zolla, Carlos, "Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud," en CIESS, *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, D.F., CIESS, 1987.

Zschock, Dieter K., *Health Care Financing in Developing Countries*, Washington, D.C., American Public Health Association, International Health Programs, Monograph Series no. 1, 1979.

———, "Medical Care Under Social Insurance in Latin America," *Latin American Research Review* 21:1 (1986): 99-122.

———, ed., *Health Care in Peru: Resources and Policy*, Boulder, Westview Press, 1988.