

# Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina

---

Andras Uthoff<sup>1</sup>

## Introducción.

Los principales desafíos que arrastran a lo largo de su historia los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe (ALC) son: (i) su baja y segmentada cobertura poblacional, (ii) la insuficiencia de sus prestaciones y (iii) la falta de oportunidad con que estas se entregan<sup>2</sup>. Este trabajo ilustra lo que ocurre con el acceso a la protección social en la región, en particular aquella que se relaciona con la atención de los problemas de salud y las pensiones. Se ocupa de analizar los esfuerzos que realizan los países por superar las limitaciones a la expansión de su cobertura y destaca la necesidad de concertar un nuevo pacto social que tenga a los derechos sociales como horizonte normativo, y a las desigualdades y restricciones presupuestarias como limitaciones que es necesario reconocer y enfrentar. Las soluciones intentan integrar las fuentes de financiamiento contributivas (impuestos específicos) y no contributivas (impuestos generales) para conciliar los imperativos éticos que sirven de marco a un contrato centrado en derechos sociales con las restricciones financieras y la eficiencia en el uso de los recursos, a efectos de ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios, en especial para los sectores de menores recursos<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> El autor agradece los comentarios de Alejandro Foxley y del taller realizado en Enero 2014 en CIEPLAN a un borrador inicial de esta versión.

<sup>2</sup> Véase CEPAL, 2006, Roffman et al, 2009; CEPAL Panorama Social varios años. Barr y Diamond 2011

<sup>3</sup> CEPAL 2006.

## El problema de la escasez de recursos y el contexto latinoamericano

Los modelos tradicionales de financiamiento de la protección social pueden calificarse en tres categorías, todas las cuales han tenido dificultades para lograr una cobertura universal y adecuación de los beneficios.

Los modelos pioneros de América Latina se inspiraron en diseños implementados en Alemania por el Canciller Alemán Otto von Bismarck (1815 – 1898). Su estructura de financiamiento, de naturaleza tripartita (con aportes de empleados, empleadores y Estado), resultó incompatible debido a la alta presencia de trabajadores en condiciones de informalidad en sus mercados de trabajo. De hecho, la exigencia de una relación dependencia para acceder al sistema excluyó a gran parte de los trabajadores y sus familias.

La incursión mediante sistemas alternativos que promovían la universalidad financiando el sistema a través de impuestos generales para constituir un fondo de recursos para toda la población (Sir William Beveridge (1942)), tampoco dio resultados debido a la baja carga y base tributaria en los países de la región que impedía asignar recursos no contributivos en los montos necesarios para dar protección de calidad y oportuna a todos los trabajadores y sus familias.

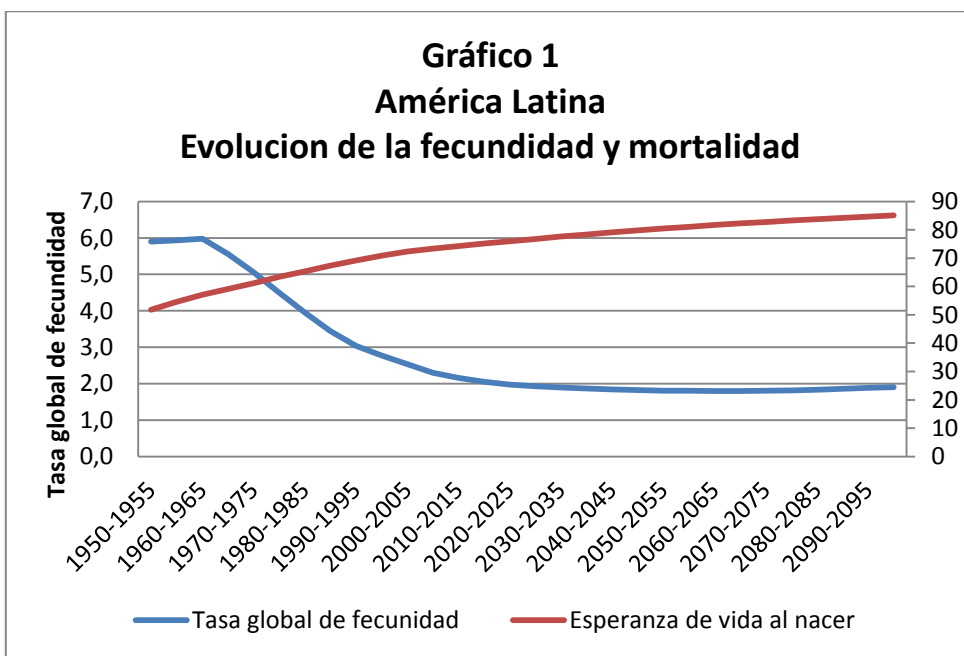
El paradigma de los años noventa basado en la introducción de mercados de seguros y ahorro, tampoco ha sido la solución. Los criterios de mercado obligan a establecer contratos de aseguramiento a nivel individual y facilitar la capacidad de elección del afiliado. De esta forma el *principio de equivalencia*, bajo el cual en cada contrato se fijan primas actuarialmente equivalentes, se contrapone al *principio de solidaridad*, bajo el cual se postulan subsidios cruzados desde individuos ricos y/o de bajos riesgos, hacia individuos pobres y/o de altos riesgos. En ausencia de la conciliación de ambos *principios*, una gran mayoría no accede a estos mercados por cuanto no garantizan una cobertura asequible para personas de alto riesgo y/o de bajos ingresos. Los mecanismos distributivos financiados con recursos no contributivos no fueron suficientes para una cobertura digna de estos últimos.

## Nuevos y viejos desafíos de la protección social

Superar estos desafíos de la protección social mediante diseños de sistemas basados en modelos de países más desarrollados, en particular aquel de su financiamiento, se ha visto limitada por la precariedad del empleo y la baja asignación presupuestaria al gasto público

social. Estas características de las economías de la región impiden que toda la ciudadanía acceda a sus mecanismos de aseguramiento y beneficios. De hecho el carácter contributivo de muchos de los sistemas de protección social ha terminado reproduciendo entre sus beneficiarios las inequidades propias de la sociedad de donde provienen, y los cálculos de indicadores de inequidad antes y después del actuar del sistema de protección social muestran mejoras insuficientes.

Los rápidos descensos de la fecundidad<sup>4</sup> aunados al ya bajo nivel de mortalidad<sup>5</sup>, hacen prever un acelerado proceso de envejecimiento. El descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) promedio de América Latina desde 6 hijos por mujer en 1960-65 a 2 en 2010-2015, representa en términos demográficos tan sólo un lapso de 50 años, y por ende una velocidad de cambio de esta mayor a la que aconteció en los países desarrollados. Dados los constantes incrementos de la esperanza de vida al nacer, que en el mismo período pasó de 57 años a 74 años, América latina evidencia, aunque con diferencia entre países uno de los procesos más acelerados de caídas de fecundidad ante descensos paulatinos de la mortalidad (fenómeno denominado transición demográfica) (Cuadro 1 y Gráfico 1) cuya manifestación final es el envejecimiento de la población (Cuadro 2 y Gráfico 2).



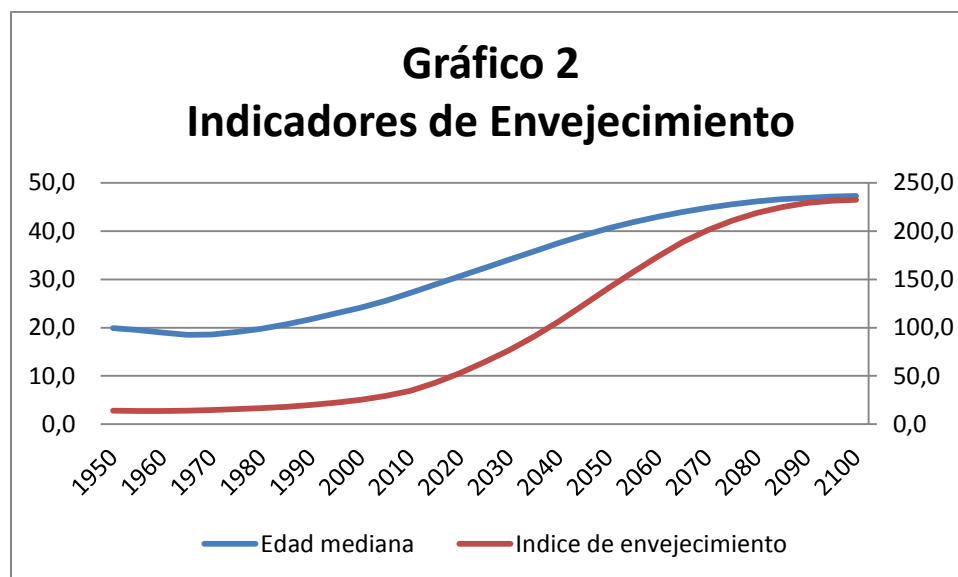
<sup>4</sup> Esta se miden por la tasa global de fecundidad (TGF), que representa el número hipotético de hijos que tendría una mujer a lo largo de su ciclo de vida fértil si experimentara las actuales tasas específicas de fecundidad por edades.

<sup>5</sup> Medida por la esperanza de vida al nacer (e0), es decir el número de años que cabe esperar sobreviva un recién nacido si tiene el riesgo de mortalidad asociados a las actuales tasas específicas de mortalidad por edades.

Una población que reduce su fecundidad cambia radicalmente su estructura por edades y avanza hacia el envejecimiento.<sup>6</sup> En ese proceso se produce un período llamado bono demográfico como consecuencia de que la población en edad de trabajar (15 a 64 años) crece más que aquella compuesta por la población dependiente económicamente (menores de 15 años y mayores de 65 años). La mayoría de los países de la región se encuentran ya en plena fase de su bono demográfico como lo ilustran los indicadores de envejecimiento de América Latina (Gráfico 2 y Cuadro 2).

- La edad mediana de la población aumento de 20 a 30 años entre 1950 y 2013, y seguirá incrementándose hasta los 48 años.
- Mientras en 1950 existía una persona mayor de sesenta años por cada 8 jóvenes menores de 15, en 2013 hay un adulto mayor por cada dos jóvenes y en 2040 serán uno por cada uno.

El envejecimiento genera a la larga un importante cambio epidemiológico hacia una mayor incidencia de enfermedades crónicas, así como cada año también hacia una mayor proporción de la población que alcanza la edad de retiro y sobrevive por más años. Ambos efectos encarecen el costo de la protección social por concepto de prestaciones de salud y pensiones. Las primeras acentuadas aun por importantes innovaciones tecnológicas en el campo de la medicina.



<sup>6</sup> En el corto plazo demográfico (15 años desde del inicio del descenso de la fecundidad) disminuye la dependencia demográfica de jóvenes. En el mediano plazo demográfico (entre 15 y 70 años luego del descenso de la fecundidad) comienza de reducirse la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar. En el largo plazo demográfico (75 años después del inicio del descenso de la fecundidad) se incrementa la relación de dependencia total pero con mayor presencia de adultos mayores.

La necesidad de hacer frente a estos viejos y nuevos desafíos es parte fundamental de la agenda de políticas públicas de la región. Situación más agravante aun dado que, el marco normativo constitucional de cada país, establece para su población, el derecho de acceder a la protección frente a los riesgos de *Invalidez, Muerte, Vejez, Enfermedades, Accidentes del Trabajo, Desempleo y otros*. Los **derechos humanos** son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a **bienes primarios o básicos** que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una Vida digna, **sin distinción** alguna de ninguna índole. Se expresan a menudo en forma de piezas legales como constituciones, leyes, tratados internacionales o principios generales. Los derechos humanos conllevan obligaciones para los Estados en materia de actuar de cierta manera o en evitar tomar acciones con el fin de proteger, respetar y garantizar los Derechos Humanos de individuos o grupos de individuos.

A ello se suma la utilización de la protección social como instrumento para el alivio de la pobreza, la reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones y la promoción del acceso a oportunidades en igualdad de condiciones.

El creciente reconocimiento en la ciudadanía de estos derechos, ha llevado paradójicamente a transformarse en un desafío adicional, dado que ha resultado en una judicialización de la protección social, toda vez que los tribunales constitucionales han sido requeridos frente a demandas por brechas individuales y colectivas en el acceso a cobertura en calidad y oportunidad de prestaciones.

### **Índice de desarrollo de la seguridad social.**

El contexto latinoamericano que ayuda a comprender los desafíos que enfrenta el desarrollo de la seguridad social puede caracterizarse mediante cuatro variables de las cuales se obtienen indicadores que ilustran la heterogeneidad de la estructura de la sociedad latinoamericana.

1. *Su demografía*: habitualmente representada por la relación entre la población de menos de 15 años y mayores de 65 que la sociedad desearía no necesite realizar actividad económica, y la población en edad de trabajar (aquella entre 15 y 65 años). Esta relación se llama de dependencia demográfica, ya que sólo utiliza factores demográficos en su medición.
2. *Su mercado de trabajo*: habitualmente caracterizado por su incapacidad de ofrecer empleos a todos los que están en edad de trabajar. Lo cual se mide por la

proporción entre aquellos trabajadores que, dentro de aquellos en edad de trabajar y que buscan o tienen empleo, están ya sea desocupados o subempleados (empleados en condiciones de informalidad sin contratos de trabajo y empleos de baja productividad).

3. *Su capacidad de financiar políticas sociales desde el ámbito de Estado.* Es decir la capacidad que la sociedad tiene para asignar al gasto público social, parte de la producción que se genera en el país. Precisamente medida como la relación entre el valor del gasto público social que se incluye en la Ley de Presupuesto y el valor de la producción del país.
4. *Su nivel de desarrollo económico,* muy simplemente medido por el valor de su producción dividido por el total de habitantes.

En un intento por elaborar un índice de desarrollo de la seguridad social, el CIESS<sup>7</sup> combinó estos cuatro indicadores, para elaborar una brecha que refleja el nivel de desarrollo de esta. En efecto, por un lado expandieron la relación de dependencia demográfica para incluir como dependientes no sólo a aquellos que lo son por edad (menores de 15 y mayores de 65 años). Incluyeron también a aquellos que teniendo edad de trabajar son inactivos, están desempleados o subempleados. Estos mismos grupos que se agregan como dependientes se restan de aquellos en edad de trabajar, para obtener una relación de dependencia del trabajo formal. Llamamos a este un *indicador de necesidades* en tanto es la relación de población dependiente por razones del mercado de trabajo (que por edad la sociedad no desea que trabaje, que teniendo edad para trabajar no le hace por su propia voluntad, por incapacidad o por desaliento no trabaja, y que, estando activa, no encuentra trabajo o está subempleada) entre el total de trabajadores formales.

Por su parte mediante un algoritmo matemático, estiman la capacidad que tiene la sociedad para financiar una prestación universal, expresada como una proporción de PIB que crece cuando mayor es el nivel de desarrollo económico (PIB per cápita)<sup>89</sup>.

---

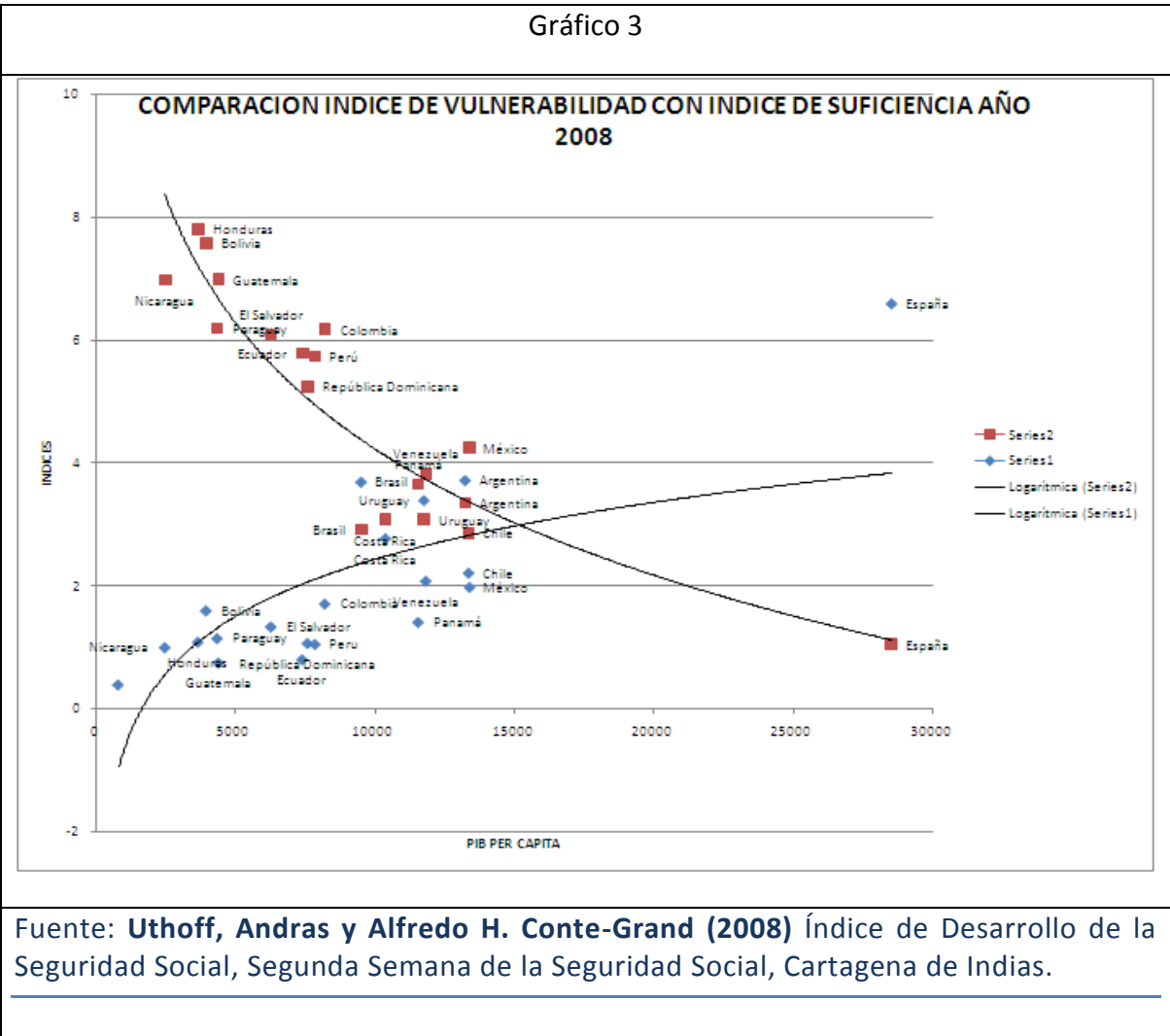
<sup>7</sup> Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social

<sup>8</sup> Para el anexo técnico véase Contegrand y Uthoff, 2010.

<sup>9</sup> El índice se construye a partir de la brecha que existiría entre un indicador de vulnerabilidad (necesidad), y un indicador de capacidad (suficiencia) para financiar prestaciones de la Seguridad Social. El primero se construye expandiendo el índice de dependencia demográfica para considerar como población “sostenedora” sólo a los trabajadores formales, y entre los dependientes a los jóvenes, los adultos mayores, los inactivos, los desempleados y los trabajadores formales. Este “índice de dependencia de la formalidad”, se compara luego con el número de dependientes por trabajador a los que, hipotéticamente, es posible entregarles una prestación sobre la base del gasto público social, el cual se estima mediante un algoritmo matemático.

La diferencia entre los dos constituye una brecha cuya magnitud se relaciona inversamente con el nivel de desarrollo de la seguridad social. Su cómputo permite ordenar a los países, mostrando diferentes niveles de desarrollo, y entrega un ranking que se compara bien con otros rankings elaborados.

En su presentación durante la semana de la Seguridad Social, el índice fue favorablemente recibido y se pidió ampliarlo para: (i) incluir a España como un “benchmark”; (ii) examinar los cambios en el tiempo que experimenta cada país; y (iii) medir su sensibilidad frente a diversos indicadores de resultados y calidad de la Seguridad Social. El gráfico 3 realiza esto y los datos se obtuvieron de bases de datos de CEPAL y OECD (2006) expresando los valores de Gasto PIB se expresan en Paridad de Poder de Compra.



Como se ilustra en la Cuadro 1, es interesante observar que para América latina y El Caribe es posible distinguir tres grupos de países mas Cuba, según sus características que limitan el financiamiento y acceso a la protección social. Un primer grupo, compuesto por Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay, donde en la mayoría de ellos la TGF está por debajo de 1,9 hijos por mujer (que es el nivel que asegura que la población puede reemplazarse de una generación a otra). El envejecimiento es alto ya que hay menos de 5,5 personas en edades activa por cada persona en edad pasiva. En estos países, sus mercados de trabajo tienen una proporción de población ocupada en actividades de baja productividad inferior a 43 por ciento y destinan al gasto social público más del 23 por ciento del PIB. En consecuencia enfrentan las primeras etapas de un acelerado envejecimiento, pero tienen un mercado de trabajo relativamente desarrollado y destinan una proporción mayor que el resto de los países al gasto social público.

Un segundo grupo de países compuesto por Colombia, Dominicana, México, Panamá, Perú y Venezuela, donde la TGF es superior a 2,06. Los indicadores de envejecimiento indican que poseen más de 5,5 personas en edades activas por cada persona en edad dependiente. Sus características económicas denotan mercados de trabajo relativamente precarios y/o un gasto social público menor a 12,5 % del PIB.

Finalmente un tercer grupo compuesto por Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala Honduras, Nicaragua donde la TGF es superior a 2,3 hijos por mujer y en muchos de ellos cercana a 3 hijos por mujer. Su envejecimiento denota la presencia del bono demográfico mostrando más de 7,5 personas en edades activas por cada persona dependiente. Sin embargo sus mercados de trabajo son más precarios, y destinan también menos del 13 % de su producto al gasto público social (con la excepción de Bolivia).

Cuadro 1: características que limitan las necesidades y cobertura de la Protección Social en América Latina.

	Producto Interno Bruto Per Cápita (PIB pc)	Población Total	Tasa Global de Fecundidad (TGF)	Esperanza de vida al nacer (e0)	Población menor de 15 años (P < 15)	Población entre 15 y 64 años (P15-64)	Población mayor de 65 años (P > 65)	Relación de apoyo potencial	PEA URBANA NO PRODUCTIVA	Gasto Público Social (circa 2011)
	Dólares	Miles de personas	Hijos por mujer	Años de vida	Porcentaje del total	Porcentaje del total	Porcentaje del total	Número de personas entre 15 y 64 v años por cada persona dependiente (2015)	Porcentaje del total	Porcentaje del PIB
	2011	2010	(2010-15)	(2010-15)	(2015)	(2015)	(2015)	(2015)	( circa 2011)	
Argentina	6784,3	40 370	2,17	76,0	23,8	60,7	15,5	3,9	40,5	27,8
Brasil	5723,9	195 153	1,75	73,2	22,9	65,2	11,9	5,5	43,0	26,4
Costa Rica	5492,2	4 669	1,73	79,1	22,4	66,2	11,3	5,8	42,4	22,6
Chile	9073,7	17 149	1,82	78,9	20,6	64,5	15,0	4,3	32,1	14,4
Uruguay	7189,8	3 373	2,04	77,0	21,4	59,5	19,1	3,1	39,6	23,3
Colombia	4115,8	46 448	2,36	73,8	27,1	62,7	10,2	5,5	62,7	12,4
Dominicana	4918,8	9 907	2,53	72,7	21,4	60,7	9,7	6,3	46,8	7,5
México	8444,1	112 364	2,06	76,5	27,8	62,1	10,1	6,1	48,4	11,5
Panamá	7259,2	3 474	2,47	76,3	27,7	61,5	10,9	5,7	31,4	10,7
Perú	4052,4	29 272	2,43	74,0	27,9	62,3	9,8	6,3	65,9	9,5
Venezuela	6165,8	29 039	2,39	74,5	27,9	62,1	10,0	6,2	46,3	12,5
Bolivia	1239,0	9 995	3,09	67,0	33,6	58,5	7,8	7,5	66,0	18,4
Ecuador	3230,4	14 490	2,37	75,6	29,4	60,8	9,8	6,2	60,2	9,3
El Salvador	2976,7	6 218	2,15	72,3	28,6	61,3	10,1	6,1	61,9	13,0
Guatemala	2303,9	14 334	3,71	71,3	39,2	54,0	6,6	8,0	62,2	8,1
Honduras	1543,9	7 619	2,94	72,8	34,0	59,1	6,9	8,6	51,0	10,6
Nicaragua	1289,1	5 813	2,54	72,7	31,9	61,0	7,2	8,5	54,5	12,7
Paraguay	1771,9	6 458	2,74	72,4	31,3	62,8	5,8	7,7	58,9	10,4
Cuba	5040,3	11 298	1,50	79,2	15,7	64,7	19,6	3,3	<b>N/D</b>	36,2

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2012.

Relación de dependencia = ( población de 0-14 más población de 60 y más) / población de 15-59 años) \* 100

Relación de apoyo potencial = ( población de 15-59) / (población 0-14 más población de 60 y más)

Cuadro 2

Índice de envejecimiento:

(Población >60 años/ Población < 15 años)

	2010	2015	2020	2125	2030	2035	2040
Bolivia	19,8	23,3	28,1	33,9	41,3	50,9	61,9
Guatemala	15,6	17,3	19,2	21,9	25,7	31,1	38,8
Honduras	16,9	20,2	24,5	30,2	38	48	61,5
Nicaragua	18	22,6	28,3	35,1	43,9	55,5	70,7
Panaguay	22,9	27,7	33,4	40,3	48,2	57,1	69,1
Colombia	29,9	37,6	46,5	57,5	69,9	81,1	93,7
Costa Rica	38	50,6	67,7	88,3	107,5	125,3	146,6
Ecuador	27,8	33,3	40,3	48,7	59,2	71,2	84,4
El Salvador	29,2	35,1	40,1	47,3	57,3	70	84,6
México	29,1	36,4	44,1	52,2	62,6	76,2	89,4
Panamá	33	38,2	47,6	57,9	70,2	83,8	97,7
Perú	29,3	35,2	42,6	52,1	63,3	76,5	92,3
R Dominicana	27,5	32,8	40,1	49,1	59,2	70,2	81,9
Venezuela	29,3	36	44	54,4	65,6	77	90,5
Brasil	39,9	52,1	69,1	88,5	107,1	126,3	148,6
Chile	59,1	72,9	90,1	111,1	132	153,6	172,5
Argentina	58,9	65,2	71,3	78,9	88	99,9	116,1
Cuba	98,8	125,1	152,1	191,5	231,9	270,5	288
Uruguay	82	89,5	98,2	107,6	116,8	129,6	144,7

Fuente: CELADE Estimaciones y proyecciones de población.

## **Factores que limitan el derecho a un acceso asequible a la protección social en salud y pensiones.**

Si bien la protección social es un derecho, las prestaciones y servicios con los cuales se da protección a las personas son bienes económicos en tanto demandan recursos y servicios que no estarán disponibles para otros fines. La cuestión de su financiamiento es esencial. En particular por cuanto debe permitir hacer que las prestaciones de la protección social sean asequibles a todas las personas, independientemente de su perfil de riesgo y capacidad de pago.

En ausencia de un sistema de protección social cada persona debe financiar sus propias prestaciones mediante pagos de bolsillo. En este caso aquellos de bajos ingresos y aquellos que requieren de prestaciones o servicios altamente costosos para hacer frente a sus contingencias quedarán excluidos ya que no podrán adquirirlas. Paradójicamente, los países que más han avanzado en la cobertura de la protección social, han reducido al máximo los pagos de bolsillo, y los han sustituido por pagos de primas de seguros para participar en un pool de riesgos, o mediante impuestos generales de la nación para un fondo de protección social. Estas dos modalidades desarrolladas para minimizar los gastos de bolsillo entre la población y favorecer un acceso universal a la protección social, permiten, bajo condiciones ideales, realizar subsidios cruzados desde personas de altos ingresos y/o bajo riesgo hacia personas de bajos ingresos y/o altos riesgos. De modo que todos acceden a un nivel satisfactorio de protección, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo su implementación se ve limitada por la capacidad de la sociedad por organizar el pago de primas, o de disponer de una base y carga tributaria para financiar una red de prestadores para toda la población.

## **Protección social y sistemas de salud**

Los sistemas de salud buscan reducir la incertidumbre de la población ante el riesgo de la necesidad incurrir en altos gastos para la atención de alguna contingencia en la salud. Se ocupan de diseñar mecanismos para satisfacer la demanda por certeza para disponer de ingresos en la eventualidad de una contingencia asociada a un estado de salud. El instrumento esencial de financiamiento ha sido el aseguramiento, de modo de disponer de recursos mediante el pago de una prima por parte de un consumidor (o de impuestos) resulte atractivo para que una institución aseguradora (o alguna institución pública) ofrezca planes que le permitan incurrir en los costos del cuidado de la salud dada la probabilidad de ocurrencia de un evento entre los consumidores.

En el caso de los seguros, estos son instrumentos de protección social y funcionan en forma actuarial. La existencia de un mercado que provea en forma eficiente tales seguros enfrenta serios problemas de eficiencia y equidad para operar. La promoción de seguros de salud a través del mercado, se topa con la tendencia de las aseguradoras por seleccionar riesgos y ajustar las primas a las condiciones de riesgo de sus asegurados, de modo que tienden a excluir a los pobres y a los más riesgosos (Recuadro 1).

#### Recuadro 1

##### Aseguramiento privado y selección de riesgos en Chile

El caso más debatido sobre selección de riesgos es aquel del sistema de salud chileno, donde la tendencia del mercado fue la de descremar a la población mediante una oferta ilimitada de planes de salud, cuyo objetivo era el de ajustar cada prima al riesgo de cada individuo, resultando en un sistema altamente segmentado por ingresos.

⌘ Cuadro 1: Afiliación a sistemas de salud por quintil de ingreso autónomo

Sistema Previsional de Salud	Quintil Autónomo Nacional					
	I	II	III	IV	V	Total
Sistema Público	93.2	90.3	85.1	72.3	44.6	78.8
F.F.A.A. y del orden	0.7	1.4	2.6	4.1	3.8	2.4
ISAPRE	1.5	3.5	6.7	16.6	44.3	13.7
Ninguno (particular)	2.8	2.8	3.1	4.1	5.2	3.5
Otro Sistema	0.5	0.3	0.5	0.5	0.4	0.4
No sabe	1.4	1.7	2.0	2.4	1.6	1.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009 con factores de expansión en base a CENSO 2002

(\*) Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar

El sistema privado de salud, terminó concentrando su cobertura en el quinto quintil y el resto quedaba cubierto por seguros de regímenes especiales (FFAA y del orden), o de la alternativa que era afiliarse al seguro público solidario (FONASA).

Fuente: Titelman, 2008.

Como instrumentos de protección social los sistemas que se diseñen deben evitar esta situación donde las aseguradoras tienden a seleccionar a los consumidores según ingresos y riesgos en salud. Para ello es necesario lidiar con tres grandes áreas de política: la cobertura del sistema; la homologación de los sistemas y el control del gasto para adecuarlo a los niveles de financiamiento.

Las principales tendencias que se observan en estas áreas son las siguientes:

- En materia de cobertura, los países de la región buscan mejorar la equidad en el acceso a sus prestaciones y reducir el nivel de exclusión de los sistemas de salud, muchas veces relacionados con la escasez endémica de recursos, pero influidos además por deficiencias propias de la organización del sector, toda vez que los aseguradoras por su necesidad de cerrar contratos actuarialmente justos (donde la prima debe igualar la pérdida esperada por efecto de los gastos del cuidado de salud) tienden a excluir a los más pobres y a los de mayor riesgo.
- En cuanto a su organización, los sistemas de salud latinoamericanos buscan romper con su segmentación histórica: compuestos por una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. Estos se hayan articulados a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud.
- En cuanto a su gasto y financiamiento los sistemas enfrentan el desafío de reducir la inequidad inherente al elevado gasto de bolsillo que deben hacer los ciudadanos para acceder a las prestaciones de salud. El gasto de bolsillo para acceder al cuidado de la salud tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, especialmente en términos de los gastos extraordinariamente elevados o “catastróficos” que deben realizarse ante ciertas situaciones adversas; en la inequidad de género; y en el acceso a medicamentos y tratamientos especialmente costoso.

### ¿Qué están haciendo los países?

Los sistemas de protección social en salud necesitan simultáneamente resolver tres cosas: mejorar la cobertura de patologías caras y complejas (evitar la exclusión de las personas de alto riesgo); enfrentar los problemas de exclusión social e inequidad en materia de salud (evitar que las personas económicamente vulnerables sean marginadas de una atención de calidad); e incluir los permanentes cambios tecnológicos ocurridos en el sector (adaptarse a los avances de la medicina). Para ello los sistemas necesitan fortalecer y universalizar la cobertura de los riesgos, de modo que la necesidad de realizar gastos de bolsillo no sea un obstáculo para el acceso a los tratamientos requeridos. Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos:

1. la expansión de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria; y
2. el fortalecimiento de la salud pública tradicional.

## Expansión del aseguramiento

### *Mediante la integración de sus fuentes de financiamiento*

Un sistema de salud que permita la asequibilidad de todos los consumidores a servicios de calidad requiere necesariamente disponer de solidaridad en el financiamiento. Se habla de recibir aportes según la capacidad de ingresos del consumidor y entregar prestaciones conforme a las necesidades sanitarias de este. Esto puede lograrse sobre la base de un financiamiento proveniente fundamentalmente de rentas generales (en particular si la tributación es progresiva – pagan más quienes más rentas perciben) o mediante una adecuada articulación de estas con cotizaciones (pagos de primas a la seguridad social). La región muestra una diversidad de mecanismos institucionales en torno al financiamiento de sus sistemas de protección social en salud. Al respecto CEPAL (2006) ha distinguido tres modalidades para el financiamiento de las prestaciones de sus sistemas públicos de protección social en salud:

- a. Mediante *rentas generales exclusivamente* (o tipo 1 en el Recuadro 2, que corresponde al caso principalmente de los países del Caribe y Brasil). En este caso se financia un sistema único de salud con recursos provenientes de rentas generales. El caso más paradigmático es el sistema conocido como Seguro Nacional de Salud (National Health Insurance – NHS) de Inglaterra, en donde la provisión de servicios de salud es pública y gratuita para el consumidor y financiada mediante impuestos generales asignados en el Presupuesto de la Nación. En Brasil a partir del mandato de la Constitución de 1988 se alteraron los principios estructurales de su sistema de salud, sustituyendo un modelo que era: fragmentado entre acciones de salud pública y acciones de atención médica; centralizado en el gobierno federal; vulnerable en su base de financiamiento; excluyente al no permitir el acceso a la atención médica de grandes porcentajes de su población. Se sustituyó por un sistema público de salud de acceso universal, que ofrece cobertura integral a las necesidades sanitarias de la población, por medio de una estructura descentralizada, que expandió la participación de las esferas sub-nacionales en la gestión y el financiamiento del sistema, así como en la provisión de acciones en los servicios de salud, resultando en la reducción de desigualdades inter-regionales que prevalecían en el sistema antiguo. A pesar de este cambio, persisten en Brasil importantes desafíos. Las desigualdades si bien se redujeron continúan siendo significativas, a pesar de que se expandió la cobertura, no se garantiza aún la atención oportuna e integral a toda la población. El proceso de descentralización demanda importantes modernizaciones. Lo mismo ocurre con la necesidad de mejorar la gestión, incluyendo la formación de recursos humanos, y los modelos de gestión hospitalaria. También los recursos siguen siendo escasos y afectan la sustentabilidad del sistema.

Persisten siempre los seguros y proveedores privados de salud, cuyo papel en el Sistema único de salud debe mejorarse y regularse en beneficio de todos los brasileños.

- b. Mediante *la combinación entre financiamiento contributivo (pagos de primas al sistema) y financiamiento no contributivo proveniente del presupuesto general* (o tipo 2 en el Recuadro 2, que corresponde en diferentes modalidades a los casos de Costa Rica, Chile, Colombia, Uruguay, Antigua y Barbuda, República Dominicana). Por ejemplo, en Costa Rica la integración del financiamiento contributivo y no contributivo se hace en la Caja Costarricense de Seguridad Social la cual provee prestaciones de salud sin discriminaciones; en Colombia, Uruguay, Barbuda y República Dominicana la integración se hace mediante un Fondo de Solidaridad que distribuye los recursos según la cartera de riesgos que los prestadores cubren, y proveen planes diferenciados según el perfil de riesgo de los beneficiarios. En Uruguay la creación del Fondo Nacional de Salud administrado por una junta con participación ciudadana (JUNASA), emite las órdenes de pago a los prestadores, los que a su vez reciben dichos pagos por parte del Banco de Previsión Social (BPS). La ampliación del aseguramiento a través del FONASA ha significado un aumento de la población asegurada en todos los deciles de ingreso. De este modo, un fondo único para la Seguridad Social, permite que el actual Seguro Nacional de Salud (SNS) abarque a toda la población contribuyente. (véase para Uruguay el Recuadro 3). En Chile la integración se hace en un Fondo Público (FONASA) que, a diferencia de las aseguradas privadas incluidas en el sistema, opera con un criterio diferente al actuarialmente justo al nivel de cada individuo y en vez de seleccionar riesgos como lo hacen estas mediante la oferta de una multiplicidad de planes, ofrece servicios de acceso universal<sup>10</sup>. En el caso chileno se ha generado un sistema de protección social en salud dual (público/privado). Se habla de un sistema para ricos y otro para pobres.
- c. Por último, existe un grupo numeroso y heterogéneo (Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú) de países son sistemas con *baja o nula articulación entre el financiamiento público y la seguridad social*. Estos países, que corresponden al tipo 3 del Recuadro 2, presentan como rasgo característico la convivencia de sistemas de seguridad social bastante fragmentados con

---

<sup>10</sup> El sistema público de salud cubre al 78,8% de la población chilena y en especial se hace cargo de los más pobres (el 93 % de los individuos del primer quintil). Quienes cotizan en el sistema público quedan a cargo del Ministerio de Salud, donde el responsable de la recaudación y administración de recursos es el FONASA, que opera como un seguro social y cuyo plan de salud es ejecutado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud y los establecimientos de atención primaria administrados por municipalidades. A este Plan acceden los diferentes beneficiarios, quienes según su ingreso imponible y el número de cargas quedan clasificados en diferentes grupos de salud, desde el A que corresponde a individuos indigentes o carentes de recursos, hasta el D integrado por aquellos que poseen los mayores ingresos. Esto permite tener un plan que funciona como un sistema solidario – que ofrece gratuidad en todas las prestaciones a las personas de menores ingresos y adultos mayores – y un segundo Plan con un pequeño copago para personas de mayores ingresos para atenderse bajo la modalidad de libre elección.

una multiplicidad de instituciones sin mecanismos de coordinación y escasa presencia de financiamiento solidario. Según el caso, los sectores públicos brindan cobertura con diverso grado de accesibilidad y calidad. En el caso de Ecuador, por ejemplo, existe el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) para el afiliado civil que paga primas; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) para las Fuerzas Armadas y de Orden; el Ministerio de Salud para personas carentes de recursos; los seguros y proveedores privados para aquellos con capacidad de pago, y el seguro social campesino, un régimen semi-contributivo asociado al IESS para estos últimos. A pesar de numerosos intentos de integración, no se han logrado avances sustantivos en términos sistémicos, pero existe una serie de iniciativas puntuales a tal efecto. En México además del IMSS-Oportunidades que se concentra en la prestación de servicios y la atención primaria, destaca el Seguro Popular de Salud (SPS). Este último introduce subsidios a la demanda; está adscrito al ministerio federal en cooperación con los estados; está destinado a la población pobre, y comprende un paquete de prestaciones gratuito; no discrimina por riesgo ni por enfermedades preexistentes como en otros seguros públicos voluntarios; reduce el pago de bolsillo. El SPS cuenta con el respaldo de los beneficiarios y se estima que ha tenido un efecto positivo en la equidad y reducido el gasto de bolsillo de los pobres, sobre todo en medicamentos. Sin embargo, enfrenta aún ciertos desafíos: para operar, requiere que el área a cubrir cuente con un mínimo de infraestructura, por lo que llegar a poblaciones de difícil acceso plantea serios obstáculos; existen importantes divergencias socioeconómicas y culturales en la población objetivo, y por último, para cumplir con sus metas de cobertura y para enfrentar los costos crecientes inherentes al envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico, el aumento de la demanda de los usuarios y la ampliación del paquete, la sostenibilidad financiera del SPS requiere una importante y creciente inversión en el futuro. En Argentina, el **subsector del seguro social obligatorio u Obras Sociales (OS)**, es organizado de manera fragmentada por ramas de actividad, cubre de manera obligatoria a todos los trabajadores asalariados de cada rama (así como a los independientes de forma voluntaria) y sus familiares dependientes; ha sido mayormente administrado por los sindicatos, ofrece prestaciones diversas en base al ingreso variable por la cotización de sus afiliados pero con un paquete básico garantizado. Hay diversos tipos de OS, la mayoría de las OS nacionales son “sindicales” (empleados asalariados en ocupaciones del sector privado), hay otra para los jubilados y pensionados administrada por la Nación, también varias para el personal de dirección, los empleados públicos de cada provincia (OS provinciales), las tres ramas de las fuerzas armadas, la policía federal, los poderes legislativo y judicial, y las universidades nacionales. **El subsector privado** incluye hospitales, clínicas y profesionales independientes, así como Empresas de Medicina

Prepagas (EMP), asociaciones o cooperativas de profesionales, y mutuales. La mayoría de los asegurados en las OS recibe servicios de este subsector mediante convenios con las OS. Uno de los objetivos de la reforma fue extender la cobertura y el acceso a los no cubiertos, mediante un paquete básico obligatorio para todos los afiliados (OPS 2005a).

<b>Recuadro 2</b> <b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INTERACCIÓN ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD</b>		
<b>Tipo 1</b> Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo	<b>Tipo 2</b> Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	<b>Tipo 3</b> Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado</i> <i>Prestación pública y privada:</i>
Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, República Bolivariana de Venezuela  <i>Prestación solo a través del sistema público:</i>  Cuba	<i>Tipo 2A:</i> Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social:  Costa Rica  <i>Tipo 2B:</i> Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo:  Colombia, Uruguay Antigua y Barbuda, República Dominicana, Uruguay  <i>Tipo 2C:</i> Modelo dual con integración parcial: Chile	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú,
<p><b>Fuente:</b> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).</p> <p><b>Nota:</b> En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud.</p> <p><sup>a</sup> En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales.</p> <p><sup>b</sup> Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público.</p> <p><sup>c</sup> Tanto Antigua y Barbuda como República Dominicana se encuentran en un período de transición, aplicando reformas de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.</p>		

### Recuadro 3

#### Reforma del sistema de salud en Uruguay Ley N° 18.211 (1° de enero de 2008)

La Reforma es un proceso de transformación integral y gradual con enfoque solidario reestructurando al Sistema Público en términos de su financiamiento, articulación y provisión de salud e integrándolo con un desarrollo de un sector privado-social regulado. Crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuyos principios rectores son: (i) la cobertura universal, (ii) la accesibilidad, y (iii) sustentabilidad de los servicios de salud.

El SNIS queda constituido formalmente por: a) El actor estatal; b) El sector Privado-Social y c) Un sector privado empresarial. Se constituye a través de FONASA, como el principal referente para la población que pasa a ser prácticamente el único comprador de los servicios de atención integral para la población, existiendo un mix de prestadores públicas y privadas. Y se crea el SNS (Seguro Nacional de Salud) administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con participación de trabajadores, usuarios y representantes de las instituciones que prestan servicios integrales. La cobertura se aumenta a través de un proceso gradual.

En lo esencial, el usuario define el prestador al que FONASA comprará los servicios de salud. (Libre Elección). FONASA centraliza y separa los fondos que hasta el momento el BPS destinaba al Seguro de Enfermedad y que continuará siendo administrado por la autoridad en seguridad social. El carácter universal en la defensa y garantía del derecho a la salud no soslaya las diferencias y desigualdades heredadas. El SNIS ha significado un importante aumento presupuestario en todas sus modalidades y ha mejorado los indicadores de equidad en salud.

El Seguro de Enfermedad administrado por el BPS es el pilar fundamental sobre el que se construye el SNS, y que el FONASA lo financia mediante; i) aportes patronales realizados por el Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas; ii) los aportes realizados por trabajadores públicos y privados, iii) aportes de jubilados según nivel de pasividad. El seguro público solidariza los riesgos, mediante subsidios cruzados. Las contribuciones se realizan a un fondo único, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en función de ingresos y estructura familiar. Los pagos se hacen conforme a necesidades sanitarias. La separación entre la contribución y la utilización de los servicios es máxima: todos los beneficiarios del SNS tienen derecho al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

JUNASA, administra el SNS firmando Contratos de Gestión con los prestadores integrales, y paga a los mismos una "cuota salud" por cada beneficiario. Esta es un componente cápita ajustado por edad y sexo y un pago por el cumplimiento de metas asistenciales. Los contratos de gestión establecen obligaciones asistenciales, de acceso y de información, cuyo incumplimiento está sujeto a sanciones que implican la suspensión total o parcial, temporal o definitiva de los pagos correspondientes.

La Red ASSE cuenta con hospitales y centros de Salud en todo el territorio nacional, que en este caso quedarán con patrimonio propio y personería jurídica. Había actuado históricamente como un Servicio Nacional de Salud para cubrir las necesidades sanitarias de la población de menores recursos financiándose a través de Rentas Generales. Ahora brinda asistencia financiada a través del FONASA a trabajadores públicos o privados y jubilados de menores ingresos que opten por dicha institución.

Los prestadores privados principales han tenido una participación del total del gasto en Salud en torno al 45% (periodo 2005-2008), verificándose un crecimiento de los Seguros Privados Integrales que pasaron del 3,7% del total a 4,8%.

### *Conciliando los principios de equivalencia y solidaridad.*

En ausencia de un marco regulatorio apropiado y las reglas para definir las cotizaciones, los mecanismos de aseguramiento tienen grandes incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Es decir a tratar de cobrar primas según el riesgo del individuo o grupo de individuos. Estas prácticas pueden afectar significativamente la equidad y eficiencia del sistema, así como la posibilidad de garantizar un paquete de salud universal y uniforme. Para reducir los incentivos a seleccionar (“descremar”) riesgos es importante que el costo de la prima de seguros no se determine sobre la base de los riesgos individuales de los individuos sino en función del riesgo de la población. Además, deben aplicarse mecanismos de ajuste de riesgos, que consisten en transferencias cruzadas acordes a la estructura de riesgos de cada aseguradora, reguladas por un órgano central. Las correcciones más frecuentemente practicadas se refieren a los diferenciales de ingresos, sexo y edad, de modo que su introducción involucraría una mejora de la solidaridad entre sectores sociales, géneros y grupos etarios.

#### Recuadro 4

##### Equidad, eficiencia y judicialización de la salud (JDS)

La JDS es un fenómeno que puede estar teniendo un impacto creciente en los costos sanitarios. Algunos argumentan que puede afectar la viabilidad de los sistemas.

Por ejemplo,

1. Las listas de espera son la motivación principal para interponer recursos de amparo en Costa Rica.
2. En el caso del río Matanza Riachuelo la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina ordenó el diseño e implementación de un programa de recomposición ambiental en un río con probados efectos negativos sobre la salud de los habitantes de la ribera.
3. En el sistema de salud chileno las acciones judiciales han aumentado progresivamente año a año reclamando por los reajustes de los planes privados, debido a las diferencias de precios en relación al sexo y edad de los cotizantes o beneficiarios, afectando especialmente a las mujeres y personas de edad avanzada. Asimismo, este proceso se ha dado principalmente en el marco del reajuste del precio de los planes que los seguros pueden realizar año a año, lo cual ha llevado a la presentación de miles de acciones por medio de la acción de protección del derecho de propiedad sobre los derechos incorporales que emanan del contrato de salud. La judicialización en el sub-sistema público es escasa y sólo se da en casos puntuales con relación a la reclamación por el acceso a medicamentos.

Al indagar en el conflicto entre principios de eficiencia y equidad la judicialización del derecho a la salud (JDS) no es sólo un fenómeno resultante de la organización de un sistema de salud (SS). La JDS refleja una evolución social en diferentes áreas como democratización, acceso a la justicia, toma y seguimiento a las decisiones, incluyendo la demanda de participación ciudadana. La JDS desnuda oportunidades de mejora en el diseño y la implementación de diferentes políticas sanitarias, comenzando por el acceso de servicios. La JDS es un signo del encuentro entre el Derecho a la Salud y los Sistemas de Salud. La conceptualización y la operacionalización del derecho a la salud (DS) son procesos tan inacabados como la conceptualización y la operacionalización de los mismos Sistemas de Salud. Existen importantes oportunidades de sinergia entre el Derecho a la Salud y los Sistemas de Salud, (v. gr Equidad y Justicia). (Véase Recuadro 4).

Sin embargo surge el desafío asociado al costo administrativo judicial y sanitario del número creciente de reclamos judiciales y administrativos sobre el derecho a la salud. Debido a la inequidad en el acceso a la justicia el litigio individual (inter partes) pareciera afectar negativamente a las poblaciones menos favorecidas. Por ello vale preguntarse ¿Qué ocurre en los litigios colectivos? En Sudáfrica una resolución permitió el acceso a terapia antirretroviral para miles de individuos viviendo con infección por VIH. Casos similares se presentaron en América Latina. Con el tiempo las políticas nacionales han disminuido los precios de estos medicamentos.

El actuar de la justicia resulta así peligroso. Dadas las limitaciones de recursos, de evidencia de efectividad clínica, de evidencia de costo efectividad no todas las tecnologías cubiertas o reembolsadas en que pueden basarse los juicios podrían pasar un test de razonabilidad.

Este no es un problema único de América Latina. A lo menos la mitad de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) han optado por proveer subsidios tributarios para promover la compra de seguros privados de salud (deducciones al ingreso imponible). Estos subsidios pueden ser considerables, como en el caso de Australia: 30% de descuento tributario (*premium tax rebate*), y de los Estados Unidos de América: 35 % de subsidios a los impuestos del seguro de salud. En los análisis se concluye que se podrían lograr grandes avances en eficiencia si los subsidios basados en la primas se reemplazasen por subsidios ajustados por factores de riesgo.

En un análisis de cinco casos se concluye que si bien en un mercado competitivo de seguros individuales de salud una buena estrategia de igualación de riesgos es efectiva para resolver el conflicto entre asequibilidad, eficiencia y selección, estas estrategias siguen siendo imperfectas y se requiere de mayor inversión para mejorar los mecanismos de igualación de riesgos. Dicha inversión debe incluir mejores bases de datos, e investigación y desarrollo de mejores ajustadores de riesgo (Cuadro 3).

CUADRO 3

Experiencias internacionales (OECD) de ajuste y distribución de riesgos

	Bélgica	Alemania	Israel	Holanda	Suiza
<b>Situación pre reforma (años ochenta)</b>					
<b>Responsabilidad financiera</b>	Cero	Alta (pero ninguna para pensionados)	Alta	Cero	Alta
<b>Libertad de elección de programa</b>	Sí	Limitada para el 60% de los afiliados	Sí	No	Sí, pero permitiendo a las aseguradoras cobrar más a los más ancianos
<b>Restricciones a la contribución</b>	Contribución solidaria al sistema de salud, el que reparte de manera equitativa a las aseguradoras	Porcentaje de contribución fija para los pensionados, y variable para los cotizantes	Contribución solidaria como porcentaje del ingreso fijo por contribuyente.	Contribución solidaria al sistema de salud, el que reparte de manera equitativa a las aseguradoras	Contribución independiente del riesgo y del ingreso
<b>Problemas de selección</b>	No	Sí	Sí	No	No
<b>Situación post reforma (año 2000)</b>					
<b>Variables de ajuste y uso de información</b>	7 variables usando información retrospectiva	5 variables usando información retrospectiva	Una variable usando información prospectiva	5 variables usando información prospectiva	3 variables usando información retrospectiva
<b>Sistema de prima y fondo solidario</b>	Una clasificación comunitaria por aseguradora; un porcentaje de esta prima va directo a un fondo solidario	Porcentaje fijo del ingreso de acuerdo con cada aseguradora. Luego la aseguradora hace un traspaso al fondo solidario	Sin contribución directa a una aseguradora, pero sí a un fondo solidario	Una clasificación comunitaria por la aseguradora; un porcentaje de esta prima va directo a un fondo solidario	Un community rating por aseguradora y región, un porcentaje de esta prima va directo a un fondo solidario
<b>Responsabilidad financiera de las aseguradoras</b>	No se hacen cargo de las responsabilidades financieras de los costos de capital de los hospitales	No se hacen cargo de las responsabilidades financieras de los costos de capital de los hospitales	Se hacen cargo de las responsabilidades financieras de los costos de capital de los hospitales a través de un pago incluido	Se hacen cargo de hasta un 5% de las responsabilidades financieras de los costos de capital de los	No se hacen cargo de las responsabilidades financieras de los costos de capital de los hospitales

			en las primas per diem.	hospitales	
<b>Distribución de riesgos</b>	Proporcional abierta a eventualidades	No hay obligatoriedad de distribuir el riesgo	Condicionada por pagos (máximo 6%) de los gastos de 5 enfermedades graves. También existe una red de seguridad ( <i>safety-net</i> ) para financiar déficit	Distribución de riesgos sobresaliente y proporcional	No existe una distribución de riesgos obligatoria

*Fuente:* W.P.M.M. Van de Ven y otros, “Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries”, *Health Policy*, vol. 65, N° 1, Amsterdam, Elsevier, 2003.

### *Definiendo coberturas explícitas*

En ausencia de compromisos garantizados y del financiamiento público adecuado, los derechos a la salud universal de la población son difícilmente exigibles y suelen racionarse mediante listas de atención de duración incierta y criterios de jerarquización de patologías poco transparentes.

Un instrumento para promover la exigibilidad de los derechos y enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura es la definición de planes o productos de garantías explícitas universales y exigibles. Estos planes o productos mínimos obligatorios de prestaciones deben ofrecerse a toda la población, de manera independiente de su riesgo e ingreso. El criterio para definir las prestaciones que deben contemplarse por medio de este tipo de instrumento debe responder a las necesidades sanitarias del conjunto de la población. En algunos casos sirven para fijar prioridades y dirigir recursos a las patologías de mayor prevalencia, mortalidad y morbilidad. En otros casos, el objetivo de los paquetes básicos y las garantías de prestaciones ha sido establecer el acceso a servicios de atención primaria para segmentos excluidos de la población y reducir los rezagos epidemiológicos (véase para Chile el caso de garantías Explícitas en salud GES en el Recuadro 5).

## Recuadro 5

### Garantías Explícitas en Chile

Para evitar la exclusión por condiciones de morbilidad o ingreso, el plan de garantías explícitas en salud (GES) –antes plan AUGE–, garantiza la cobertura de un número de problemas de salud por parte del Fonasa y las Isapres. Hoy son 69 patologías, número que irá aumentando en el tiempo. Todas ellas tienen derecho a los beneficios GES, sin importar si las patologías cubiertas fueron diagnosticadas antes o después de su puesta en marcha. El plan GES incluye el derecho a realizarse –una vez al año y en forma gratuita– un “examen de medicina preventiva” para detectar a tiempo ciertas enfermedades. Además, dependiendo de su problema de salud, el beneficiario tendrá acceso gratuito a fármacos.

Las enfermedades no comprendidas en el GES tendrán una cobertura normal de acuerdo con su plan de salud. Con respecto a ciertas enfermedades, asociadas a riesgo vital y a un alto costo, habrá una cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC). En el caso del FONASA existe el seguro catastrófico que otorga una bonificación del 100%, esto es, no hay costo para el beneficiario si se atiende en modalidad institucional. En el sistema de Isapres, con la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC), los afiliados pueden obtener el 100% de cobertura exclusivamente dentro de la red cerrada de prestadores.

El propósito de la CAEC es garantizar en forma explícita: i) el acceso: obligando al FONASA y a las Isapres a asegurar las prestaciones de salud; ii) la calidad: exigiendo la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado; iii) la oportunidad: estableciendo un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y iv) la protección financiera: estableciendo la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Al padecer una de las enfermedades GES, el plan se hace efectivo en las Isapres o el FONASA –con certificado médico que acredite el diagnóstico y formulario creado para estos efectos– donde le indicarán a qué prestador debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si se confirma, será derivado al centro de atención de la red de prestadores.

Las Isapres o el FONASA operan como una organización de proveedores preferidos (PPO por sus siglas en inglés) mediante una red cerrada de prestadores para enfermedades GES. Se puede optar por atenderse con la cobertura de planes de salud complementarios.

En el caso del FONASA, los pagos varían según condición de vulnerabilidad y tienen topes. Los afiliados a Isapres pagan el 20% de la prestación –según el arancel de referencia disponible en cada Isapre– con un tope máximo de cotizaciones según el número de enfermedades. Además, acceder al GES implica un cobro adicional al plan de salud. El precio varía en cada Isapre, pero tiene un promedio de \$5.500 por cotizante.

Cuando no se cumple con las garantías de oportunidad y acceso, cada Isapre o el FONASA resuelven que la atención sea otorgada a través de la red de prestadores.

Si no se cumple con la garantía de protección financiera, se puede acudir a la Superintendencia de Salud que también resuelve ciertos conflictos derivados de este problema y de la calificación de una enfermedad como GES.

*Fuente:* Erazo, A. (2011), y Fondo Nacional de Salud (FONASA) y Ministerio de Salud de Chile.

Los paquetes básicos de garantías exigibles deben entenderse como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud que sean capaces de brindar una cobertura oportuna y de calidad a toda la población, independientemente de los riesgos e ingresos de las personas. En la medida en que los países se desarrollen, los paquetes priorizados deben ampliarse progresivamente en función de las necesidades sanitarias de su población. En la región se han propuesto para acotar la solidaridad a las necesidades prioritarias que son financierable (ver el caso de Colombia en el Recuadro 6)

#### Recuadro 6

##### El Plan Obligatorio de Servicios de Salud en la Reforma de Colombia 1993

La reforma de salud en Colombia introdujo dos regímenes (contributivo y subsidiado) y una situación transitoria (el grupo de los vinculados). Los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos quedaron excluidos del nuevo régimen y siguen cubiertos por los esquemas que poseían antes de la reforma.

El régimen contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal, tanto dependientes como independientes, que ganan más de dos salarios mínimos y que pagan cotizaciones; la cobertura incluye también a sus familiares dependientes y a los pensionados. Se estructura sobre la base de Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de impulsar y efectuar el aseguramiento, así como de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud del **plan obligatorio**. Todo trabajador colombiano (dependiente o no) está obligado a afiliarse a una de estas entidades, a la que aporta el 12% de sus ingresos laborales si es trabajador independiente. Si es empleado dependiente, la cotización de un 12% se comparte con el empleador, quien debe aportar dos terceras partes. Las cotizaciones recaudadas se pueden descomponer en tres categorías: i) un punto de los doce se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las unidades de pagos capitadas del trabajador y su familia, que van a las EPS y iii) una proporción para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Los excedentes que se puedan generar al restar de la contribución los pagos señalados se suman al 1% de la cotización que va directamente al fondo de solidaridad y garantía, que los redistribuye a través de los mecanismos de solidaridad con el régimen subsidiado y de compensación de riesgo en el régimen contributivo. Estos dos mecanismos son fundamentales para lograr un financiamiento mancomunado y articular el financiamiento solidario.

El régimen subsidiado cubre a la población de escasos recursos que no tiene capacidad contributiva, como trabajadores informales e independientes que ganan menos de dos salarios mínimos y desempleados, así como a sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo y de la nación, los departamentos y municipios. Los municipios aplican un sistema de identificación (SISBEN) para evaluar las condiciones de vida y variables sociodemográficas de los posibles beneficiarios para afiliarlos al régimen. Las administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) reciben del fondo solidario una unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS), con la cual deben brindar a sus afiliados los beneficios previstos en el **Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)**. Al inicio de la reforma, estos equivalían como mínimo al 50% del plan obligatorio del régimen contributivo, lo que establecía una clara diferencia entre los servicios mínimos cubiertos en ambos subsectores. Los servicios que en un principio no cubre el plan obligatorio de salud subsidiado deben ser garantizados por los hospitales públicos.

Si bien la cobertura aumentó significativamente a partir de la reforma, producto de la extensión del aseguramiento a las familias de los afiliados, no se logró alcanzar las metas de cobertura universal que se esperaba alcanzar. Entre los factores que explican esta falta de cumplimiento se destacan la demora de la entrada en operación del régimen subsidiado, la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos en el régimen contributivo y un gasto público insuficiente. Estos factores han debilitado la capacidad financiera del sistema para expandir la afiliación entre los pobres. Asimismo, el sistema de información (SISBEN) ha tenido algunos problemas. De hecho el estado de necesidad es muy difícil de evaluar, lo que dificulta la identificación de los posibles beneficiarios. Por último, cabe observar que se pusieron demasiadas expectativas en la evolución del mercado laboral, esto es, se previó una cantidad muy elevada de afiliaciones de trabajadores independientes, que no tuvo lugar.

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión E

### *Mejorando la eficiencia, la organización y supervisión del sistema de salud*

El problema del aumento de los costos del sistema de salud responde a una combinación de factores demográficos, epidemiológicos y tecnológicos que aumentan la demanda de nuevos productos y procesos; asimismo el sector adolece de problemas donde la información que manejan es compleja de entender (asimetría de información entre el usuario y el prestador de servicios) y otras fallas de mercado que potencian la tendencia estructural al incremento de los costos mediante el sobre consumo. Si bien se ha ido mejorado el diagnóstico y la solución de los problemas sanitarios, se ha delineado un modelo prestador que tiende a la alta complejidad y no es plenamente compatible con las necesidades básicas de los sectores menos favorecidos en la distribución del ingreso. La apertura de las economías ha favorecido este proceso y los sucesivos ajustes económicos posteriores introdujeron —encarecimiento de las importaciones mediante— un factor adicional de alza de los costos y mayor exclusión.

Por ello, las reformas deben orientarse activamente a mejorar la organización industrial del sector de la salud y su regulación, con el fin de aumentar la eficiencia y promover la contención de costos, ya sea:

- (i) separando las funciones de financiamiento y prestación de modo los seguros no se comporten como cajas pagadoras, sino que actúen como administradores de riesgos de salud y ejercer una función activa en la compra de servicios para sus afiliados. Reducen así los problemas de asimetrías de información entre proveedores y consumidores, y el problema de la demanda inducida. En cada caso es preciso evitar una segmentación institucional y avanzar hacia una administración por funciones.

Funciones	Seguro Social Contributivo	Política Social no contributiva	Seguros Privados
Regulación	↓	↓	↓
Supervisión	→	→	→
Financiamiento	→	→	→
Provisión	→	→	→

- (ii) Incorporando mecanismos de pago que estimulen la racionalización del uso de los recursos. Esto equivale a mejorar la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de sus servicios a un enfermo o grupo de enfermos. Los sistemas de pago (llamados en los EE.UU. “reimbursement systems”) plantean una cuestión básicamente microeconómica, que afecta al comportamiento de los agentes económicos a nivel individual y configuran sus incentivos económicos (aunque no totalmente) y el riesgo financiero al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad. Existen dos dimensiones en los sistemas de pagos: la Unidad de Pago y los Riesgos Financieros. Las unidades de pago se distinguen por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados, cuyo criterio de ordenación va de menor a mayor agregación. La unidad menos desagregada es el pago por servicio y las más agregadas son los pagos por un proceso asistencial, por una estancia hospitalaria, etc. Este criterio de ordenación es sumamente trascendente ya que determina el tipo de incentivo que el financiador emite al proveedor, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando. Al seleccionar la unidad de pago, es preciso evitar riesgos financieros asociados a que los costos sanitarios son desiguales (la mayoría de los hospitales no tienen costos por ingresos uniformes. en general ocurre que los costos que generan son desiguales). Que los productos son diferenciados en costos y de precios (pagos únicos a distintos prestadores o pagos diferenciados para cada prestación en cada hospital) y que la distribución de riesgos financieros es amplia (cuanto mayor variabilidad de costos para un precio dado, mayor riesgo financiero se transfiere del financiador hacia el proveedor).
- (iii) Estableciendo un marco regulatorio capaz de hacer frente a las numerosas fallas de mercado que se presentan en el campo de la salud, promoviendo la equidad y la eficiencia. Deben ocuparse de las fallas de mercado resultado de las asimetrías de información en materia de prestación y aseguramiento. Las reformas deben proseguir el desarrollo de mecanismos de regulación y supervisión, tema transversal a todas las formas de organización correspondientes. Las fallas de mercado en el sector de la salud hacen que para que este sea eficiente se requiera un modelo con una sólida estructura reguladora. Esto se aplica tanto a la regulación de las prestaciones de los servicios en términos de calidad y eficacia, como a la del aspecto financiero y actuarial del aseguramiento.

## Fortalecimiento de las Políticas de salud pública

Las políticas de salud buscan impulsar el consumo por parte de toda la población de servicios de salud que produzcan importantes reducciones de la carga de la enfermedad. Estos servicios comprenden actividades de salud pública colectiva altamente costo-efectivas, como las campañas y actividades preventivas o curativas a nivel de la atención primaria. En particular el fortalecimiento de los modelos de atención primaria, y de los progresos, muchas veces desordenados, en materia de descentralización de la prestación pública de servicios de salud.

### *Los nuevos modelos de atención primaria.*

Estos han puesto de manifiesto la importancia de fortalecer este nivel de atención primaria en sus componentes asistencial, preventivo y de promoción, aunque este último ha sido menos desarrollado. El resultado ha sido la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de la incidencia de la tuberculosis, el dengue y la malaria, entre otras. Sus resultados guardan directa relación con el volumen de recursos financieros destinados y con el grado de desarrollo institucional de cada país. Dada la escasez de recursos, la estrategia de concentrarlos en la atención de los problemas más serios de la población vulnerable ha resultado exitosa, pero su viabilidad en el tiempo requiere que la estrategia esté estrechamente coordinada con otras políticas, tanto del campo de la salud como en materia de infraestructura, educación, nutrición y vivienda, que también afectan a las condiciones de salud.

Requieren concebirse dentro de un rediseño de toda la red y una articulación muy precisa entre los diferentes niveles de atención: (i) aumentando la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria y estableciendo con relativa claridad la puerta de entrada de los pacientes al sistema, con procedimientos de referencia y contra-referencia (Costa Rica); o (ii) modernizando hospitales (Nicaragua).

En presencia de restricciones financieras que limitan la capacidad de expandir la prestación pública, algunos países han financiado instituciones privadas para la prestación de servicios básicos de salud permitiendo el uso de recursos humanos y físicos existentes, contribuyendo a una mayor eficacia de la asignación de recursos sociales, tanto en el ámbito de la atención primaria como en los niveles secundario y terciario. Esto requiere de una notable estructura de regulación y seguimiento, a fin de evitar los riesgos ligados con la información imperfecta, una de las características de los mercados de salud. Es fundamental mejorar la supervisión y el control de la calidad técnica de los servicios de

salud que prestan las ONG, además de revisar los tipos de contratos en materia de desempeño entre las ONG y las autoridades en materia de salud.

### *Coordinación y compensación de los sistemas descentralizados*

La descentralización de la prestación pública de salud ha pasado a ocupar un papel central en algunos países de América Latina y el Caribe. La promoción de sus potestades y competencias se reconocen bajo el denominador común de “descentralización”, aunque involucran procesos que, en rigor, tienen características diferentes y específicas. Los gobiernos sub-nacionales desempeñan una función importante en la asignación de recursos para la percepción y atención de las necesidades sanitarias de la población y para la gestión de los asuntos de cuidados de salud. En particular en los países federales de la región, como Argentina, Brasil y México, donde se han traspasado parte de las funciones del gobierno nacional a los niveles inferiores de gobierno; también en los países unitarios, en los que se ha producido una delegación importante de competencias en los gobiernos locales, como en los casos de Colombia y Chile, y, por último, en países tradicionalmente unitarios y muy centralizados que están creando nuevos niveles intermedios de gobierno, a los que se encomienda la formulación y ejecución de importantes políticas públicas o su mera gestión, como en Bolivia, Perú y Paraguay.

Los procesos de descentralización han sido concebidos como instrumentos para impulsar una mayor participación ciudadana y apoyar los nuevos procesos de democratización de la región. Pero si estos procesos descansan en la plena autonomía de cada gobierno local, sin mecanismos de compensación, entonces el hecho que deba depender exclusivamente de sus propios recursos financieros y humanos implica el riesgo de aumentar las brechas de calidad en contextos que ya presentan marcados desequilibrios regionales. En este sentido, cabe insistir sobre la necesidad de diseñar e instrumentar mecanismos de articulación y compensación regional desde la concepción de las políticas de reforma, a efectos de estimular la equidad y la solidaridad entra-regional.

### **A modo de síntesis**

Las tendencias en materia de reformas a los sistemas de protección social en salud, se manifiestan con diferentes énfasis y modelos en los países de la región, en innovaciones en el diseño del financiamiento de las prestaciones de salud. En particular intentan, entre otros objetivos:

- Reducir los pagos de bolsillo que discriminan el acceso por capacidad de pago, excluyendo a los pobres y aquellos de mayor riesgo.
- Orientar el gasto según el perfil de riesgo de la población.
  - Establecer solidaridad en el financiamiento, desde ricos a pobres y desde los de menor a los de mayor riesgo;
  - Evitando que los instrumentos de financiamiento (en particular los seguros) operen bajo una lógica de equivalencia seleccionado riesgos y dejando fuera del sistema a los más riesgosos y pobres.
- Transformando a las instancias aseguradoras en buenos compradores de servicios de salud, que reduzcan las asimetrías de información entre usuarios y prestadores que caracterizan a la industria.
- Implementando mecanismos de pagos que promuevan la eficiencia y eviten los riesgos financieros de una expansión del gasto.
- Creando una red pública y privada de prestadores que compitan entre sin duplicar servicios y sobre-expandir innecesariamente la oferta.

Gráfico 3



El gráfico 3 ilustra estas tendencias, destacando la opción de combinar los recursos contributivos (las primas del seguro público de salud) con recursos no contributivos de la salud pública. Los primeros, a partir de la capacidad de pago y estructura de riesgo del afiliado y sus dependientes. La segunda a través de rentas generales del presupuesto de la Nación. Para evitar la exclusión se observan ya sea subsidios a la demanda (Colombia,

México), o a la oferta (Brasil), o a ambos (Chile en FONASA, Uruguay) que permiten acceso al sistema.

Estos recursos alimentan un Fondo Nacional de Salud, de carácter solidario, que realiza pagos a los proveedores conforme al perfil de riesgo de la población que atienden. Los asegurados se espera puedan elegir entre prestadores de una Red que opera en forma eficiente.

## Protección social y sistemas de pensiones

La titularidad y exigibilidad de los derechos en lo que respecta a la previsión social por motivos de pensiones se manifiesta en la necesidad de garantizar recursos para una vejez, invalidez y sobrevivencia digna y segura. Esto requiere avanzar en materia de cobertura, solidaridad y viabilidad financiera mediante mecanismos de ahorro para la vejez y de seguros para la invalidez y sobrevivencia.

Los sistemas contributivos basados en el mecanismo de reparto, donde el flujo de ahorro de una generación sirve para pagar las pensiones de la generación anterior, adolecen de varios problemas. Entre ellos destacan la dificultad para hacer frente a cambios demográficos significativos; la gran vulnerabilidad de los fondos de reserva al “uso político” de sus recursos; la alta (e inequitativa) segmentación de los sistemas; así como la naturaleza de la relación entre los aportes al sistema y las prestaciones recibidas (generalmente de beneficio definido), que permite considerables subsidios cruzados, que suelen ser poco transparentes, que no siempre son solidarios y que pueden afectar a la solvencia del sistema. Varios países han intentado superarlos, en los años noventa, mediante reformas estructurales a sus sistemas de pensiones, ya sea reemplazando, total o parcialmente, los múltiples sistemas de reparto por modelos de cuentas individuales de capitalización. Otros han hecho ajustes a los parámetros necesarios para mantener el equilibrio financiero de un régimen público de reparto, y evitar aumentos excesivos del valor de las obligaciones previsionales (la edad de jubilación, la tasa con que cotizan, y la tasa de remplazo con que se define en beneficio).

Se pueden identificar tres desafíos que resultan ineludibles en la mayoría de los casos.

1. Fortalecer los componentes previsionales no contributivos, para cubrir a los sectores con escasa o nula capacidad de ahorro para la vejez<sup>11</sup>.
2. Homologando los sistemas contributivos para impulsar la equidad y la eficiencia estableciendo criterios de financiamiento y estructuras de beneficios, de modo de garantizar equidad horizontal (entre individuos con similares derechos y obligaciones con el sistema) y vertical (entre ciudadanos que difieren en sus derechos y obligaciones con el sistema)
3. Asegurando sostenibilidad financiera mediante de los mecanismos de financiamiento solidario, contributivo y no contributivo, en forma coherente con un enfoque de derechos.

---

<sup>11</sup> Uthoff 2011; Rofman et al 2013.

## **Pensiones no contributivas en América Latina y el Caribe**

La historia latinoamericana y del Caribe (con notables excepciones) está caracterizada por un esfuerzo relativamente limitado en materia de prevención de la pobreza en la tercera edad. Los modelos de solidaridad de los sistemas contributivos de algunos países atienden a la población con trayectorias laborales relativamente más estables. Por su parte, los escasos programas no contributivos que hay en la región, aunque son fundamentales en la lucha contra la pobreza, brindan una protección limitada e incierta, de carácter asistencial y que no se corresponde con un principio claro de universalidad de la protección social.

Dentro de las iniciativas de pensiones no contributivas, la OIT ha propuesto que estas sean un componente de un piso de protección social. Esta Iniciativa comprende un nivel básico de protección social que significa acceso a transferencias y servicios sociales esenciales para los pobres y vulnerables. En el ámbito de su mandato, la OIT está encargada de promover el componente de transferencia social del piso social, es decir, un conjunto básico de garantías sociales esenciales materializadas a través de transferencias monetarias que podrían garantizar el acceso universal a los servicios médicos esenciales, apoyo a los ingresos y seguridad de ingresos o de sustento. Uno de los principales componentes son las pensiones para los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad.

## **Reformas recientes a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe**

Las principales reformas previsionales llevadas a cabo en la región adoptaron la forma de modificaciones periódicas a los principales elementos de diseño de los modelos de reparto (reformas paramétricas) o de reformas estructurales, que introdujeron componentes de capitalización individual. En la práctica las reformas deben optar por siete dicotomías esenciales a su diseño (cuadro 4).

Cuadro 4		
Opciones esenciales en un Reforma al Sistema de Pensiones		
Tipo de decisión	Alternativas	
Fuente de Financiamiento	Contributivo	No Contributivo
Régimen de administración financiera	Reparto	Capitalización
Fórmula para beneficios	Beneficios Definidos	Contribuciones definidas
Administrados de gestión	Pública	Privada
Mandato	Obligatorio	No obligatorio
Redistribución	Impuestos generales	Cotizaciones
Rol del estado	Administrador	Regulador

Existe una gran variedad de combinaciones entre estas alternativas, lo cual define una diversidad de sistemas y reformas en el mundo.

### Reformas estructurales

Aunque con variaciones, las reformas estructurales introducidas por algunos países de la región pueden clasificarse en tres grandes tipos (Ver primera parte de Cuadro 5):

- (i) las de tipo sustitutivo, que reemplazan totalmente el régimen de reparto por uno de capitalización individual; inspirados en la reforma chilena de 1981, fueron recomendadas (en particular por el banco Mundial) en los programas de ajuste estructural, e implementadas en México (IMSS); República Dominicana; El Salvador; Bolivia.
- (ii) en particular por resistencia política al cambio total del sistema y al alto costo de transición que implica para las cuentas fiscales, se plantearon dos alternativas;
  - a. las que incluyen la introducción de regímenes paralelos, que mantienen el componente de reparto pero incorporan, como alternativa, un

- componente de capitalización individual entre los cuales el afiliado puede optar, que se implementaron en Colombia y Perú;
- b. las que establecen modelos mixtos, que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen de reparto

### **Reformas paramétricas**

En la mayoría de los países de la región se ha optado por mantener los sistemas públicos de reparto. En algunos casos se han introducido modificaciones a ciertos parámetros claves del diseño del sistema, de forma de acercar —a nivel agregado y a corto y mediano plazo— los aportes recibidos y las prestaciones pagadas, sin necesidad de incurrir en el costo fiscal de transición una reforma estructural. Este costo corresponde a la necesidad del Estado de hacerse cargo del gasto operacional de las pensiones en cursos de pago en el sistema que se reemplaza, de reconocer las contribuciones de quienes se trasladan al nuevo sistema hicieron al sistema antiguo; y de las garantías que asegura el sistema en la forma de pensiones mínimas y solidarias o asistenciales.

El objetivo de las reformas paramétricas es **reducir el gasto en pensiones**. Entre ellas se encuentra el aumento de la edad de jubilación, una medida acometida en muchos países europeos, España incluido. De 2013 a 2027 se [retrasará de forma progresiva](#) de los 65 a los 67 años. Este retraso afecta incluso a la [edad de jubilación anticipada](#). Por ejemplo, en nuestro país pasará de los 63 a los 65 años hasta 2027. Al tiempo, se han incrementado **porcentajes adicionales** por [trabajar después de cumplir la edad legal](#) de jubilación.

### **Modelos nocionales: un caso especial**

Uno de los problemas de las reformas paramétricas de los sistemas de reparto es la dificultad que existe en muchos casos para llevar adelante las reformas programadas como consecuencia de las presiones políticas.

Desde esta óptica, introducir cuentas de ahorro individuales de tipo nocional tiene la ventaja de que esos ajustes se hacen de forma automática y/o sobre la base de un acuerdo social. Un modelo de cuentas nocionales es un sistema previsional de reparto en el que el principio de beneficio definido se reemplaza por uno de contribuciones definidas. En ellas el afiliado aporta y la entidad de Seguridad Social contabiliza sus aportes, estos son reajustados anualmente conforme a un criterio (nocional y no financiero) basado en el rendimiento global de la economía (por ejemplo el crecimiento medio del salario real o el

PIB per cápita).<sup>12</sup> El afiliado, si está en condiciones de hacerlo, toma la decisión de retiro en forma voluntaria conforme a la relación que existe entre su fondo nacional acumulado y el beneficio que este le reporta. Igualmente tiene opciones de aportar por montos mayores. El sistema se ocupa de pagarle el beneficio monetario determinado.

Como sucede en el caso de las reformas estructurales, este tipo de reformas debiera aumentar los incentivos para participar activamente en los sistemas contributivos, así como reducir los motivos para sub-cotizar en la etapa temprana del ciclo de vida. Pero como los aportes se contabilizan al nivel de cada individuo, sin subsidios cruzados entre ellos, esta modalidad tiende a reducir el grado de solidaridad inherente al sistema. Por el contrario, a diferencia de las reformas estructurales no enfrentan costos de transición, ya que el régimen financiero sigue siendo el de reparto y el de capitalización.

---

<sup>12</sup>Véase Holzman et al. (2008) Tercera parte: Lecciones de Países con Sistemas de Contribución Definida Nacional.

Cuadro 5

## Tipología y características de las reformas de pensiones en América Latina

Modelo,	País, fecha de inicio de la reforma	Régimen financiero	Cálculo de Beneficios	Administración
<b>Reformas estructurales</b>				
<i>Modelo sustitutivo de capitalización individual</i>	Chile: mayo de 1981 Bolivia: mayo de 1997 México: septiembre de 1997 El Salvador: mayo de 1998 República Dominicana: 2003-2005	Capitalización individual	Contribución definida	Privada Reparto Beneficio definido Pública
<i>Modelo paralelo de capitalización individual</i> (el trabajador puede optar por el sistema de su preferencia)	Perú: junio de 1993 Colombia: abril de 1994	Capitalización individual o Reparto	Contribución definida O Beneficio definido	Privada Reparto Beneficio definido Pública
<i>Modelo mixto de capitalización individual</i> (el trabajador aporta simultáneamente a ambos sistemas)	Argentina: julio de 1994 Uruguay: abril de 1996 Costa Rica: mayo del 2001 Ecuador: 2001	Combina Capitalización Individual y Reparto	Contribución definida y beneficio definido	Privada y Pública
<b>Reformas paramétricas o sin reforma</b>	Brasil (Régimen General de Previsión Social, trabajadores del sector privado): 1999 Reparto Contribución definida Pública Brasil (sector público): 2003 Costa Rica (componente de reparto): 2005 Cuba Ecuador (post 2001) Guatemala Haití Honduras Nicaragua Panamá Paraguay Venezuela (República Bolivariana de) Caribe de habla inglesa	Reparto	Beneficio definido En Brasil se paso a capitalización nocional mediante la regla de cálculo previsional.	Pública

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004; Oliver Paddison, *Social Security in the English-Speaking Caribbean* (LC/CAR/L.64), Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, 2005.

## Principales resultados de las reformas

### Cobertura

Los datos recientes permiten concluir que, contrariamente a lo que se anticipaba, la incorporación de componentes de capitalización no se tradujo en mayores niveles de participación contributiva. Este fenómeno responde a la baja capacidad de ahorro a largo plazo de segmentos importantes de la población. En ausencia de reformas que fortalezcan los componentes no contributivos de los sistemas previsionales, los grupos más desprotegidos (y especialmente las mujeres) se mantienen al margen de los sistemas contributivos o reciben pensiones de mala calidad debido a la frecuencia relativamente baja de sus aportes y, en el caso de los quintiles más pobres, a la tendencia a postergar estos aportes hasta etapas avanzadas de la vida laboral.

Las cifras de la Federación Internacional de Administradoras de Pensiones muestran que si bien en algunos países se ha logrado afiliar un porcentaje significativo de la Población Económicamente Activa, sólo un porcentaje menor de esto cotiza regularmente (Cuados 6 y 7)

Cuadro 6

<b>Cobertura (Afiliados/PEA, %)</b>			
<b>Sistemas Obligatorios - América Latina</b>	<b>31.12.2012</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>Variación 12-11 (puntos porcentuales)</b>
Bolivia	28,17%	34,53%	-6,36
Chile	113,09%	110,20%	2,89
Colombia	46,57%	43,59%	2,98
Costa Rica	97,78%	94,57%	3,22
El Salvador	107,24%	100,19%	7,05
México	87,30%	85,75%	1,55
Panamá	24,20%	24,40%	-0,21
Perú	24,01%	22,84%	1,17
República Dominicana	55,13%	51,72%	3,40
Uruguay	68,53%	64,54%	3,99
<b>Promedio Simple América Latina</b>	<b>65,20%</b>	<b>63,23%</b>	<b>1,97</b>
<b>Sistemas Obligatorios - Europa y Asia</b>	<b>31.12.2012</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>Variación 12-11 (puntos porcentuales)</b>
Bulgaria	103,76%	103,04%	0,72
Kazajstán	93,85%	92,74%	1,11
Polonia	92,05%	89,58%	2,46
<b>Promedio Simple Europa y Asia</b>	<b>96,55 %</b>	<b>95,12 %</b>	<b>1,43</b>
<b>Promedio Simple Total Sistemas Obligatorios</b>	<b>72,44%</b>	<b>70,59%</b>	<b>1,84</b>

Fuente: FIAP.

## Cuadro 7

**Cuadro 7**  
**Cobertura (Cotizantes/PEA, %)**

<b>Sistemas Obligatorios América Latina</b>	<b>31.12.2012</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>Variación 12-11 (puntos porcentuales)</b>
Chile	63,89%	61,61%	2,27
Colombia	18,91%	18,81%	0,10
Costa Rica	41,89%	42,19%	-0,30
El Salvador	28,44%	27,38%	1,06
México	29,29%	28,49%	0,81
Perú	11,37%	9,90%	1,47
República Dominicana	25,50%	24,49%	1,01
Uruguay	43,26%	40,69%	2,57
<b>Promedio Simple</b>	<b>32,82%</b>	<b>31,70%</b>	<b>1,12</b>

*Fuente: FIAP.*

### Solidaridad

Además de resultar ineficaz para extender la cobertura previsional a los sectores tradicionalmente excluidos de la economía formal, la adopción de modelos de cuentas individuales de capitalización eliminó parte importante de la solidaridad inherente a los sistemas de reparto y tendió a reproducir las inequidades de la vida laboral, transformándolas en inequidades previsionales. Para remediar esta situación se incorporaron programas de pensiones mínimas garantizadas o subsidios a los aportes previsionales, que no han logrado llegar a la población con menor capacidad contributiva. En cambio, los programas de pensiones no contributivas de Brasil, Bolivia y luego de la reforma de 2008 en Chile han conseguido llevar la solidaridad ciudadana a los sectores más desprotegidos, lo que permite prevenir de manera efectiva la pobreza en la tercera edad.

- En Brasil, la previsión rural forma parte del régimen general, si bien se diferencia de la previsión urbana en que ésta última está basada en un contrato laboral al que se le vincula un seguro social, mientras que en el caso de la previsión rural, como suele ser habitual en las economías familiares, no existe contrato de trabajo como tal y, por tanto, tampoco hay contrato de seguro vinculado. Es decir, la previsión rural está más próxima a un tipo de seguridad social en la frontera de la informalidad, pero que tiene su legitimidad en la economía familiar (Delgado y de Castro, 2003). La financiación del sistema de Previsión Rural recae básicamente sobre una contribución del asegurado de una alícuota del 2,1% sobre el valor de comercialización, pero en el caso de que el valor de esa comercialización sea

irrelevante, no puede ser excluido el asegurado de los posibles beneficios. Este esquema de aseguramiento y de beneficios genera unas necesidades adicionales de financiación, ligeramente por encima del 1% del PIB. Estas necesidades adicionales son cubiertas por dos fuentes principales: a) del propio sistema previsional, mediante la transferencia al sector rural de recursos provenientes del sector urbano; y b) externo al sistema previsional, pero con fuentes propias del sistema de seguridad social (Delgado y de Castro, 2003).

- En Chile existe el beneficio financiado por el Estado al que pueden acceder las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional, ya sea como titulares o como beneficiarios de pensión de sobrevivencia, y que reúnan los requisitos de edad, focalización y evidencia que señala la Ley 20.255. Las Pensión Básica Solidaria sólo son compatibles con otras pensiones<sup>13</sup> otorgadas siempre que éstas sean inferiores a la PBS y, en tal caso, el monto del beneficio será el que resulte de restar de la pensión básica de vejez la o las pensiones que reciba el solicitante de las leyes antes señalada. Son beneficiarias de la pensión básica solidaria de vejez, las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que reúnan los requisitos siguientes:
  - Haber cumplido sesenta y cinco años de edad.
  - Integrar un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile en régimen (y al 40% entre el 1° de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009).
  - Acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad; y, en todo caso, por un lapso no inferior a cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

### Sostenibilidad financiera

La experiencia regional reciente ha puesto en evidencia que, a corto y mediano plazo, el financiamiento de la transición de una reforma estructural (que cambia el régimen de reparto por uno de capitalización en cuentas individuales), sumado a los altos déficit acumulados por sistemas de reparto insuficientemente financiados y la presencia de regímenes especiales de alto costo, hace peligrar la trayectoria financiera de las reformas previsionales y puede amenazar la protección de los adultos mayores que la propia reforma busca garantizar. Argentina revirtió su reforma estructural nacionalizando el fondo capitalizado por los afiliados para administrarlo por reparto, El Salvador acumula una deuda previsional creciente que no es capaz de amortizar, y Chile introdujo un pilar solidario de pensiones o aportes no contributivos y se propone volver a revisar el sistema.

---

<sup>13</sup> Otorgadas por las leyes N°s 8.056 (gracia), 19.123 y 19.980 (Rettig), 19.234 (exonerados) y 19.992 (Valech).

El costo fiscal de transición de un régimen de reparto a uno de cuentas individuales suele descomponerse en dos partidas básicas:

- El déficit operativo del sistema público de pensiones,
- Los aportes pasados de los trabajadores que se trasladan al sistema de capitalización.
- La garantía del nuevo sistema en términos de pensiones solidarias.

En contraste, las reformas que sólo cambian los parámetros a los regímenes de reparto, (la edad de jubilación, la tasa de cotización con que aporta el afiliado parte de su ingreso y tasa de reemplazo que establece que porcentaje de sus últimos salarios repondrá la pensión), al no interrumpir el contrato inter-generacional, permiten mejorar la situación financiera de los sistemas públicos sin el costo fiscal de transición de las reformas estructurales. No obstante, estas reformas deben enfrentar notables presiones políticas para su aprobación legislativa, dado que los cambios paramétricos suelen acarrear consecuencias impopulares. Por otra parte, sigue existiendo la posibilidad de establecer regímenes especiales, cuyos efectos no se limitan al tema de la viabilidad financiera sino que también influyen en la equidad del sistema.

## **Agenda de reformas**

Los países de la región enfrentan el doble desafío de expandir la cobertura previsional a toda su población de adultos mayores y garantizar la sostenibilidad financiera, a corto y largo plazo, del sistema en su conjunto. El tipo de reforma dependerá, entre otros factores, de la situación inicial de sus sistemas de pensiones, su capacidad de financiamiento público, el nivel de los pasivos previsionales contingentes y de las preferencias propias de la sociedad en materia de eficiencia y solidaridad.

## **Cobertura y solidaridad**

Una expansión de la cobertura previsional en la región es un mandato constitucional basado en los derechos ciudadanos y pasa necesariamente, al menos a corto y mediano plazo, por establecer o consolidar esquemas no contributivos que brinden, independientemente del historial de aportes al régimen contributivo, pensiones básicas a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia. Estos programas deben entenderse como parte constitutiva de un sistema integrado de protección social. Será necesario crear mecanismos de solidaridad orientados a los aportantes de menores ingresos; propiciar la participación contributiva de

los trabajadores con cierta capacidad de ahorro; y velar por una adecuada interacción entre los modelos contributivos y no contributivos de pensiones.

### **Incentivos a la participación en los regímenes contributivos**

Si bien los esfuerzos por incentivar la cotización no han resuelto el problema de cobertura previsional a nivel agregado, una estructura adecuada de incentivos puede tener efectos positivos en el aporte contributivo de ciertos segmentos de la población y reducir los problemas de sub-declaración.

### **Integración de componentes contributivos y no contributivos**

En la medida en que se integran componentes contributivos y no contributivos resulta esencial evitar que las reglas de compatibilidad entre pensiones de ambos tipos y los mecanismos de focalización de las pensiones no contributivas creen incentivos perversos a excluirse de la cobertura contributiva formal. Para ello, es necesario que el diseño del sistema de pensiones incluya los siguientes elementos:

- i) las pensiones no contributivas deben ser compatibles con pensiones contributivas, esto es, una persona debe poder recibir simultáneamente beneficios de ambos regímenes, y
- ii) la focalización no puede ser muy generosa y debe incrementarse gradualmente. De lo contrario genera incentivos adversos al trabajo y al ahorro. Los incentivos contra los esfuerzos por trabajar y ahorrar constituyen el precio por el cual es necesario focalizar los beneficios en forma acotada entre los más necesitados – la equidad vertical mediante pruebas de medios para identificar beneficiarios – esta inherentemente en conflicto con los incentivos al trabajo y al ahorro.

### **Viabilidad financiera**

Actualmente, la mayoría de los países de la región registran dificultades para cubrir los requerimientos financieros previsionales de su población. A esto se suman las exigencias futuras derivadas del proceso de envejecimiento. Es por ello que la sostenibilidad financiera integral de los sistemas de pensiones es un elemento fundamental de cualquier proceso de reforma. Dado que los sistemas de pensiones en la región deben incorporar componentes contributivos y no contributivos, la viabilidad financiera del proceso depende tanto de la trayectoria fiscal como de la solvencia a largo plazo de los sistemas contributivos (equilibrio actuarial que considera los cambios esperados en la demografía y en la economía).

## A modo de síntesis

Las tendencias en materia de reformas a los sistemas de protección social en pensiones, se manifiestan con diferentes énfasis y modelos en los países de la región, en innovaciones en el diseño del financiamiento de las pensiones. En particular intentan, entre otros objetivos:

- Reducir la pobreza en la vejez y suavizar el consumo a lo largo del ciclo de vida, en particular ante eventos de vejez, invalidez y sobre vivencia.
- Orientar la administración de las cuotas de ahorro de los afiliados desde una concepción de impuesto a otra de ahorro.
  - Establecer con claridad la forma como se vincularán los aportes con los beneficios, entre un continuo que va desde beneficios definidos a contribuciones definidas ;
  - Evitando que los instrumentos de financiamiento (en particular los seguros) operen bajo una lógica de equivalencia seleccionando riesgos y dejando fuera del sistema a los más riesgosos y pobres, y los mecanismos de ahorro entren en conflicto de intereses con otros objetivos de sus administradores.
- Transformando a las instancias de administración aseguradoras en buenos gestores financieros de los recursos, utilizando diferentes modalidades para contabilizar su crecimiento en el tiempo...
- Implementando mecanismos de solidaridad en beneficios de los más vulnerables que no desincentiven sus esfuerzos por trabajar y ahorrar.
- Creando mecanismos de ajuste para dar cuenta del impacto del envejecimiento.

Gráfico 4



El gráfico 4 ilustra estas tendencias, destacando la opción de combinar recursos contributivos (las alícuotas del sistema público de pensiones) con recursos no contributivos del presupuesto de la Nación y/o una cuota de solidaridad según la capacidad de pago del afiliado. Para evitar la exclusión se observan ya sea subsidios a la alícuota (Colombia, México), o al beneficio (Brasil, Chile, Bolivia) que permiten acceso al sistema.

Estos recursos alimentan tanto un Fondo Solidario como la Cuenta Individual del Afiliado. Los asegurados se espera reciban un beneficio que resulta de su propio esfuerzo de trabajo y ahorro y, en caso de vulnerabilidad, del apoyo del Fondo Solidario.

## Conclusiones

América latina constituye una región donde se han practicado diversas alternativas y es posible sacar lecciones de buenas y malas prácticas.

- a. El diseño del financiamiento ha sido fundamental distinguiéndose el reconocimiento de la necesidad de integrar las diferentes formas de financiamiento mediante una estructura de incentivos apropiada.
- b. El diseño de instrumentos de aseguramiento y la forma de implementarlos ha sido esencial para facilitar o no un acceso asequible a la protección social para todos.
- c. En el debate de los objetivos por los cuales se reforma un sistema deben primar aquellos de la protección social, por sobre otros de naturaleza financiera u otra.
- d. La participación del mercado y la iniciativa privada adolece de problemas que aún no han sido resueltos completamente en países más desarrollados y es más compleja en ALC debido:
  - i. a la falta de regulación y supervisión apropiada,
  - ii. a las políticas de fijación de precios que se han utilizado,
  - iii. a la dificultad de incorporar la solidaridad en los contratos individuales.
- e. La necesidad de un pacto social y fiscal es fundamental y debe girar en torno a tres ejes:
  - i. Establecer reglas que respeten los equilibrios macroeconómicos fundamentales:
  - ii. Dentro de esas reglas incorporar como objetivos de la política fiscal el financiamiento estable de la política de protección social:
  - iii. Resguardar el desarrollo institucional apropiado para el buen funcionamiento del sistema (personal, instituciones, capacitación).

## Referencias

- Barr, N. (2003), "Economic theory: state intervention", *The Economics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- Barr, N.; Diamond, P. 2008. *Reforming Pensions: Principles and Policy Choices* (Oxford, Oxford University Press).
- Bertranou, Fabio M. (2013) RESTRICTIONS, PROBLEMS AND DILEMMAS OF SOCIAL PROVISION IN LATIN AMERICA: FACING CHALLENGES FROM AGING AND INCOME INEQUALITY WELL-BEING AND SOCIAL POLICY VOL 1, NUM. 1, pp.33-54 International Labour Office, Chile bertranou@ilo.org
- Bertranou, Fabio y Fernando Grafe (2007) LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES EN BRASIL: ASPECTOS FISCALES E INSTITUCIONALES Banco Interamericano de Desarrollo RG-P1126 Departamento de Países del Cono Sur (CSC) Mayo 2007.
- Calvo, E.; Bertranou, F.; Betranou, E. 2010. «Are Old-age Pension System Reforms Moving Away from Individual Retirement Accounts in Latin America?», in *Journal of Social Policy*, 39/2, pp. 223-234.
- CELADE (2011) Estimaciones y proyecciones demográficas. CEPAL, Santiago Chile
- Cepal, (2006) La Protección Social de cara al Futuro. Acceso Financiamiento y Solidaridad. CEPAL, Período de Sesiones en Montevideo 2006. Castro, R. y F. Bahamondes (2008), "Fallo Isapres: ¿Es posible en Chile descorrer el velo a la colusión?", *Anuario de derecho constitucional latinoamericano*, Buenos Aires, Fundación Konrad-Adenauer Stiftung.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- Cid, C. y L. Prieto (2011), "Inequidad en el financiamiento de la salud y su impacto en la distribución del ingreso en Chile", presentación en las XXXI Jornadas de Economía de la Salud, Palmas de Mallorca, España.
- Enthoven, A.C. y W.P.M.M. Van de Ven (2007), "Going Dutch - managed-competition health insurance in the Netherlands", *The New England Journal of Medicine*, vol. 357, N° 4, diciembre.
- Erazo, A. (2011), "La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 208 (LC/L.3348), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Holzmann Robert, Edward Palmer y Andras Uthoff (editores) (2008) "Fortalecer los sistema de pensiones latinoamericanos. Cuentas Individuales de Reparto". CEPAL, Forsakringskassan, Banco Mundial, Editorial Mayol.

- Larrañaga, O. (1997) “Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 49 (LC/L.1030), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lorenz, M. (1905), “Methods of measuring the concentration of wealth”, *Publications of the American Statistical Association*, vol. 9, N° 70, American Statistical Association.
- Maarse, H. y Aggie Paulus (2011), “The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6, N° 1, Cambridge, Cambridge University Press.
- Martínez, A. y E. León (2011), “Estructura y comportamiento del sistema de salud en Chile” [en línea] [http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-leon\\_v/pdfAmont/ec-leon\\_v.pdf](http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-leon_v/pdfAmont/ec-leon_v.pdf).
- Schut, F. y W.P.M.M. Van de Ven (2011a), “Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6, N° 1, Cambridge, Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_ (2011b), “Managed competition in the Dutch Health system: is there a realistic alternative?”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6, N° 1, Cambridge, Cambridge University Press.
- Sojo, A. (2006), “La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio”, *serie Estudios y perspectivas*, N° 44 (LC/MEX/L.708), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.
- Superintendencia de Salud (2011), *Análisis de los planes de salud del sistema ISAPRE. Enero de 2011*, Santiago de Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Titelman, D. (2000), “Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 104 (LC/L.1425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.99.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile”, *Revista de la CEPAL*, N° 69 (LC/G.2067-P), Santiago de Chile.
- Titelman, D. y A. Uthoff (2000), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Cultura Económica.
- Tokman, M., C. Marshall y C. Espinoza (2007), “Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 199 (LC/L.2851-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.175.

**Uthoff, Andras y Alfredo H. Conte-Grand (2008)** Índice de Desarrollo de la Seguridad Social, Segunda Semana de la Seguridad Social, Cartagena de Indias.

Uthoff, A. (2010), “Transferencias intergeneracionales en América Latina: Su importancia en el diseño de los sistemas de protección social” (LC/W.336), Santiago de Chile.

Van de Ven, W.P.M.M. y F. Schut (2011), “Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets”, *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press.

\_\_\_\_\_ (2009), “Managed competition in the Netherlands: still work in progress”, *Health Economics*, vol. 18, N° 3, John Wiley & Sons.

\_\_\_\_\_ (2008), “Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United states?”, *Health Affairs*, vol. 27, N° 3.

Van de Ven, W.P.M.M. y otros (2007), “Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later”, *Health Policy*, vol. 83, N° 2-3, Amsterdam, Elsevier.

\_\_\_\_\_ (2003), “Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries”, *Health Policy*, vol. 65, N° 1, Amsterdam, Elsevier.

Wilkinson, W. (2006), “Health Care Fantasia”, 19 de marzo [en línea] <http://willwilkinson.net/flybottle/2006/03/19/health-care-fantasia/>.