



Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud

Ernesto Báscolo,¹ Natalia Houghton¹ y Amalia Del Riego¹

Forma de citar

Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar los procesos de reforma del sistema de salud implementados en ocho países de América Latina y evaluar sus resultados en las condiciones de acceso y cobertura de salud.

Métodos. Se combina una caracterización de los procesos de transformación de los sistemas de salud de Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay con la evaluación de sus condiciones de acceso y cobertura, mediante el uso de encuestas nacionales de hogares representativos de los países estudiados.

Resultados. Cinco países introdujeron cambios para ampliar la cobertura financiera, con perspectivas de atención primaria limitadas a la expansión de paquetes de servicios de salud, mientras que tres países priorizaron cambios en la organización de los servicios de salud, con una perspectiva más integral de la atención primaria de salud. Los países ubicados en el primer grupo aumentan la cobertura del seguro pero sin mejoras en el acceso a los servicios de salud. En el segundo grupo de países, aunque ha mostrado mejoras, persisten altos niveles de barreras de acceso.

Conclusiones. Las reformas de los sistemas de salud pueden caracterizarse en función del tipo de transformaciones promovidas. Las reformas centradas en expandir la cobertura de seguros mejoran la cobertura financiera, aunque no se traducen en cambios positivos en el acceso. Las reformas que priorizan la transformación en la organización de los servicios de salud logran avances en el acceso, pero aún persisten altos niveles de la población que reportan barreras de acceso en esos países. Las condiciones socioeconómicas de la población y la inestabilidad de las políticas son obstáculos para lograr avances más significativos.

Palabras clave

Reforma de la atención de salud; cobertura de los servicios de salud; accesibilidad a los servicios de salud; atención primaria de salud.

La Declaración de Alma-Ata asumió a la salud como un derecho humano fundamental y propuso un modelo de

atención en salud integral basado en la atención primaria de salud (APS), que involucra la promoción de la salud, la participación social y la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (1). Esta declaración fue impulsada por las diferentes agencias de las Naciones Unidas,

gobiernos nacionales y una variedad de organizaciones de la sociedad civil, quienes reconocieron el acceso universal a los servicios de salud como un derecho humano fundamental (1, 2).

En las décadas siguientes a Alma-Ata, muchos países de la región experimentaron reformas orientadas a mejorar el

¹ Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América. Enviar correspondencia a Ernesto Báscolo, ebascolo@gmail.com

acceso a la salud y la protección financiera, incrementar la eficiencia de los servicios de salud y reducir las inequidades (3, 4). Las estrategias escogidas para lograr estas metas fueron diversas—tanto entre países como en diferentes momentos dentro de un mismo país—y abarcan desde un incremento del papel del Estado hasta una ampliación de la competencia de mercado y complejos enfoques mixtos, con mayores o menores resultados para fortalecer los sistemas de salud y alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud (4-6).

En respuesta a los desafíos pendientes (7), los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la resolución CD53/5. R14 “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (8), en la cual se definen líneas estratégicas de políticas de transformación o fortalecimiento de los sistemas de salud. (8). Recientemente, la publicación de la OPS, *Salud de las Américas del 2017* (4), distingue dos lógicas de procesos de transformación de los sistemas de salud en función de los cambios de la gobernanza promovidos: aquellas basadas en cambios en el aseguramiento en salud, para aumentar la cobertura financiera de la población, y aquellas transformaciones basadas en cambios del modelo de organización de los servicios de salud, en procura de mejoras en las condiciones de acceso a los servicios de salud (4). Sin embargo, no existen estudios sistemáticos que permitan caracterizar estas lógicas de transformación y sus correspondientes resultados en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud.

Examinar las fortalezas y los desafíos de los diferentes tipos de lógicas de transformación de los sistemas de salud es un desafío indispensable para contribuir a la formulación de políticas de salud alineadas con el acceso y la cobertura universal de salud. Para apoyar esta causa, este artículo tiene el objetivo de caracterizar las lógicas de transformación de los sistemas de salud, según y cómo fueron definidas previamente (4), en ocho países de América Latina y revisar sus resultados en términos de condiciones de acceso y cobertura de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un abordaje descriptivo para caracterizar los procesos de transformación de los sistemas de salud de Chile,

Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay con la medición de sus condiciones de acceso y cobertura en los últimos cinco años. Estos países fueron seleccionados por contar con procesos de reforma a partir de la década de 1990 (1993 a 2015), en busca de la ampliación de las condiciones de acceso y la cobertura y disponer de datos abiertos de encuestas poblacionales pertinentes para el estudio.

Caracterización de los procesos de transformación

Los procesos de transformación fueron caracterizados según las lógicas de transformación identificadas en la publicación de la OPS (4). En esta publicación, se distinguen dos tipos de reformas de los sistemas de salud clasificadas en cambios motorizados por la demanda o por la oferta de los servicios de salud.

Las transformaciones centradas en cambios de la oferta se reconocen por la presencia de innovaciones en las estructuras organizacionales de gestión de la red de los servicios de salud. Estas transformaciones están enfocadas en cambios del modelo de atención y producción de servicios de salud. Las transformaciones de los sistemas de salud basadas en una lógica de la demanda se reconocen por la introducción de incentivos económicos en los arreglos institucionales que regulan el aseguramiento y promueven la competencia como factores dinamizadores de transformaciones en el resto del sistema de salud (4).

Para caracterizar estas lógicas en los países estudiados, se consideraron las siguientes dimensiones: los objetivos definidos, el abordaje y alcance asumido a la APS, y el tipo de innovaciones propuestas en la gobernanza de los sistemas de salud. La gobernanza se refiere a los arreglos institucionales que regulan los recursos críticos de los sistemas de salud. El abordaje de APS se analizó mediante la clasificación de APS como un paquete de servicios, como primer nivel de atención o como estrategia de transformación del sistema de servicios de salud.

Este análisis se basó en una revisión de fuentes de información secundarias, incluyendo publicaciones indexadas y estudios de informes de agencias de desarrollo y agencias de las Naciones Unidas. Se incluyeron también documentos políticos y legislativos relevantes de cada país. La recolección y análisis de

la información fue realizada a partir de una matriz común para todos los países organizada en función de las dimensiones utilizadas en la caracterización de los procesos de transformación de los sistemas de salud. La búsqueda de información se realizó en las siguientes bases de datos: Scielo, LILACS, SicenseDirect, Elsevier, Google Scholar, Medline y PubMed. Se utilizaron los términos: APS O atención primaria en salud O sistemas de salud, Región de las Américas O América Latina, reforma en salud O reforma de la atención de salud O reforma sanitaria O política nacional de salud. El análisis de la literatura fue realizado por dos autores de forma independiente. Se consideraron solo artículos en inglés y español.

Se utilizaron datos del Banco Mundial y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para explorar el producto interno bruto (PIB) y el índice de desarrollo humano (IDH) en los países estudiados.

Medición de acceso a servicios de salud y cobertura del aseguramiento

Las condiciones de acceso a servicios de salud y cobertura del aseguramiento se analizaron a partir de datos transversales de encuestas de hogares representativas a nivel nacional (cuadro 1). Para evaluar las tendencias en el tiempo, se analizaron los datos de al menos dos años diferentes para cada país entre 2010 y 2016. Para garantizar una mejor homogeneidad entre los países seleccionados en el estudio, se revisaron y seleccionaron con cuidado las variables de todas las encuestas que se utilizaron en este estudio (cuadro 2).

Siguiendo el modelo de Andersen (9-13) la medición del acceso en este estudio se basó en la capacidad de obtener servicios de salud cuando fueron necesarios. Aquellos individuos que tuvieron un problema de salud y respondieron de forma afirmativa que fueron vistos en un establecimiento de salud, por un profesional de la salud o ambos, representaban la población con acceso a los servicios de salud. Aquellos que respondieron de forma negativa, fueron considerados como individuos sin acceso.

Las diferentes razones por las cuales los individuos no accedieron a los servicios de salud se agruparon en siete categorías basadas en las dimensiones de

CUADRO 1. Encuestas utilizadas para la evaluación de acceso y cobertura en países seleccionados de América Latina.

País	Base de datos	Años	Muestra de la encuesta	
			Hogares	Individuos
Chile	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)	2013	66 725	218 491
		2015	83 887	266 968
Colombia	Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECD)	2010	14 268	53 453
		2016	22 454	74 349
El Salvador	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)	2011	5 716	10 029
		2016	20 609	70 948
Guatemala	Encuesta Nacional sobre condiciones de vida (ENCOVI)	2011	13 482	66 523
		2014	11 536	54 822
México	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)	2012	9 002	33 726
		2014	19 479	73 592
Paraguay	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	2012	5 288	21 151
		2016	10 219	37 814
Perú	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2010	21 496	88 055
		2016	35 785	131 280
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares (ECH)	2012	43 839	120 462
		2016	45 158	118 591

CUADRO 2. Variables utilizadas para medir acceso y niveles de cobertura del aseguramiento en países seleccionados de la Región de las Américas

Variable	Encuestas de país	Tipo de variable
Acceso a servicios de salud	Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú ^a	Catagórica: Acceso = si tuvo alguna enfermedad o accidente y se atendió en un servicio médico y/o consultó con un médico y/o profesional de salud; Sin acceso = si tuvo alguna enfermedad y no tuvo ninguna consulta.
	Uruguay ^a	Catagórica: Acceso = si logra atenderse en el centro médico del seguro de salud al que pertenece; Sin acceso = no logra atenderse en el centro médico del seguro de salud al que pertenece.
Cobertura del aseguramiento	Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay	Catagórica: Sí = si tiene seguro; No = si no tiene seguro

^a El período recordatorio para Chile y Paraguay es tres meses. El período recordatorio para Colombia, El Salvador, Guatemala y Perú es un mes. La encuesta de El Salvador es solo para la población en el sistema de salud público. Las encuestas de México y Uruguay no tienen período recordatorio.

acceso definidas por Penchansky y Thomas (14): aceptabilidad (percepción negativa sobre la calidad de la atención y trato del personal), tiempo de espera (demoras en el centro de atención o tiempo de espera para obtener cita), conveniencia (falta de tiempo), disponibilidad (falta de medicamentos o personal de salud), distancia geográfica (falta de atención cercana); económica (incapacidad en el pago por los servicios), culturales (falta de confianza en los médicos, idioma, preferencia por medicina indígena, homeopática o alternativa, o impedimento por parte de un integrante del hogar).

La medición de los niveles de cobertura de aseguramiento se basó en preguntas relacionadas con la afiliación a un

esquema de protección financiera o seguro de salud. Se utilizaron variables del estado socioeconómico disponible en las encuestas nacionales para calcular las condiciones de acceso y cobertura del aseguramiento en los segmentos más pobres y más ricos de la población. El ingreso familiar fue un *proxy* para el estatus socioeconómico, excepto en Perú, que utilizó los gastos del hogar.

Resultados

La caracterización de las transformaciones de los sistemas de salud se presenta en el cuadro 3. Cinco países (Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay) tienen reformas caracterizadas por la introducción

de incentivos económicos como estrategia de cambio del aseguramiento en salud, en general con incumbencias centradas en la seguridad social. El objetivo central de estas reformas fue expandir la cobertura explícita de los servicios de salud y su protección financiera. Bajo esta lógica, las innovaciones de gobernanza se han centrado en cambiar los mecanismos de regulación del modelo de financiamiento (en especial en el aseguramiento de los servicios de salud), con la introducción de incentivos de mercado y mecanismos de competencia (entre administradores de recursos, proveedores de servicios y empresas farmacéuticas).

En este tipo de transformaciones también surgen nuevas agencias de regulación y fiscalización, en general con incumbencias centradas en la seguridad social, incluidas superintendencias con funciones de regulación de las organizaciones responsables del financiamiento de los servicios de salud (p. ej., superintendencias de Chile y Colombia), en otros casos a través de una mayor injerencia del Ministerio de Salud con funciones de regulación y gestión del aseguramiento de fuentes contributivas (p. ej., Junta Nacional de la Salud, JUNASA, de Uruguay), o a través del rol de las agencias responsables del aseguramiento público (p. ej., Fondo Nacional de Salud, FONASA, de Chile). Con excepción de México, las reformas de estos países buscaron un sendero de convergencia en los mecanismos de aseguramiento entre el sector público y la seguridad social (cuadro 3).

Los otros tres países (Guatemala, Paraguay y Salvador) tienen políticas de transformación de sus sistemas de salud, cuyo objetivo principal ha sido la ampliación de las condiciones de acceso a través de la introducción de cambios en sus modelos de organización, gestión y atención de la salud. Los cambios de gobernanza en estos países se caracterizaron por el fortalecimiento de la organización y coordinación de los servicios de salud. El abordaje intersectorial ha sido un atributo incorporado en el modelo de atención promovido por este tipo de reformas. El Salvador introdujo la APS integral a través de equipos comunitarios de salud familiar, con base territorial y articulación con la red de servicios, orientado a los grupos de más bajos ingresos. Paraguay fortaleció el desarrollo del modelo de atención con enfoque en el fortalecimiento del primer nivel de

CUADRO 3. Elementos de los procesos de reforma, países seleccionados de América Latina.

País	Fecha	Política	Objetivos	Ámbito de aplicación ^a	Innovaciones en la gobernanza	Abordaje de APS	Referencias
Chile	2005, 2013	Ley N° 19.996 que establece el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Garantizar derechos exigibles a los servicios de salud para un número de enfermedades predefinidas	Sector público y social/sector privado	Garantía del cumplimiento de una cobertura regulada de los servicios de salud, con regulación de las condiciones de calidad y acceso a los servicios	Las reformas del AUGE asumen una APS como primer nivel de atención, enmarcadas en las redes de servicios de salud (en el sector público)	4, 18-23
Colombia	1993, 2012, 2015	Ley N° 100 de 1993, Unificación del Plan de Beneficios de Salud, Ley Estatutaria de la Salud, 2015	Expandir la cobertura, convergencia de los sistemas contributivo y subsidiado con la unificación de los beneficios cubiertos; mejorar las condiciones de una cobertura integral	Seguridad social y sector público	Creación de un sistema de competencia regulada con la introducción de administradores privados de los recursos de la seguridad social. Eliminación del criterio de cobertura de servicios incluidos y paso a un régimen de beneficios basado en exclusiones	La APS tiene dos expresiones: durante la primera etapa como paquete de servicios y en la última etapa como fortalecimiento del primer nivel de atención	4, 18, 23, 24
El Salvador	2009	Construyendo la Esperanza	Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población rural	Sector público	Cambios en la organización de los servicios de salud (equipos comunitarios de salud familiar y equipos especializados), con base territorial y articulación intersectorial y participación social	APS como estrategia de transformación del sistema de salud	4
Guatemala	1997, 2001, 2011	Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (1997), Ley de Desarrollo Social (2001) Modelo Incluyente de Salud (2011)	Aumentar el acceso equitativo a servicios de APS de la población rural e indígena con dificultades para recibir atención y sin capacidad de pago	Sector público	Creación del Sistema Integral de Atención en Salud, con base en el establecimiento de contratos con la sociedad civil para la prestación de servicios de salud a la población sin acceso a establecimientos públicos, en especial a las comunidades indígenas de zonas rurales	En la primera etapa como desarrollo de un primer nivel de atención a través de organizaciones de la sociedad civil (OSC) con poca capacidad resolutiva. En 2001, el MIS promovió el fortalecimiento del primer nivel de atención, aunque los alcances han sido limitados	4, 25-27
México	2003	Ley General de Salud que establece Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)	Incrementar el financiamiento público para garantizar la cobertura universal de servicios de salud	Sector público	Ampliación del financiamiento público, con nuevos mecanismos de asignación de recursos federales a las provincias y nuevas formas de contratación a los proveedores	APS concebida como prestaciones de servicios ambulatorios y fortalecimiento del primer nivel de atención con equipos móviles de salud, con promotores de salud, y los coordinadores comunitarios de salud proporcionan servicios de extensión	18, 28
Perú	2002, 2009	Seguro Integral de Salud, Ley Marco de Seguro de Salud Universal (2009)	Expansión gradual del seguro de salud integral para todos los ciudadanos	Sector público y seguridad social	Expansión gradual del SIS (seguro integral de salud) con subsidios del gobierno. Regulaciones de un plan mínimo de seguro para los ciudadanos inscritos en los sistemas de seguro social y privado (2010).	APS como paquete de servicios en la definición y expansión del SIS, y primer nivel de atención en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC)	4, 18, 29
Paraguay	1996, 2008-2013	Ley 1032/96 que creó el Sistema Nacional de Salud; Propuesta para el cambio 2008-2013	Reducir la inequidad en el acceso a través de la conformación de las unidades de atención primaria de salud	Sector público	Fortalecimiento del primer nivel de atención, con equipos de medicina familiar y eliminación de copagos	Creación de Unidades de Atención de la Familia como estrategia para fortalecer el primer nivel de atención	30.
Uruguay	2007 hasta la actualidad	Ley N° 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud	Mejorar la cobertura y equidad con ampliación del aseguramiento de la seguridad social y ampliación del financiamiento público	Seguridad social y sector público	Cambio del modelo de financiamiento (mayor financiamiento público y equidad de aseguramiento), con creación de un fondo de salud público y que promueve un sistema integrado de prestación de atención de la salud.	Fortalecimiento del primer nivel de atención en la promoción de redes de servicios de salud	4, 18, 23

^a Se consideran del ámbito del sector público aquellas reformas que tienen influencia sobre el financiamiento y la provisión de servicios públicos de salud gestionados por el ministerio de salud (o autoridad nacional correspondiente). En el caso de Chile, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) pueden ser caracterizadas como parte de la seguridad social, si se considera que reciben recursos de contribuciones obligatorias, pero al mismo tiempo pueden ser consideradas como parte del sector privado, por su capacidad de definir primas y cobertura de planes de salud individuales, sin mecanismos solidarios en el aseguramiento de esta población, cubierta. APS: atención primaria de salud; MIS, ministerio de salud.

atención. Guatemala también impulsó mejoras en el primer nivel de atención, aunque con escasa capacidad resolutoria e integración al resto del sistema de servicios de salud. Estas iniciativas estuvieron limitadas al sector público (cuadro 3).

Resultados en condiciones de acceso y cobertura del aseguramiento

Con excepción de Guatemala y Paraguay, el resto de los países experimentaron un aumento de la cobertura del aseguramiento, mientras que solo El Salvador, Paraguay, Perú y Uruguay muestran una reducción en las barreras de acceso a los servicios de salud (cuadro 4). Según los últimos datos disponibles, los niveles de cobertura del aseguramiento varían desde 98% en Chile y Uruguay, a 96% en Colombia, 80% en México y 73% en Perú. En tanto, los niveles de cobertura del aseguramiento son muchos más bajos en Paraguay (24%), El Salvador (24%) y Guatemala (11%). Con la excepción de Chile, Perú y Uruguay, los niveles de cobertura del aseguramiento son más bajos en los hogares 20% más pobres (cuadro 4).

Los altos niveles de cobertura del aseguramiento no siempre están acompañados

con mayor accesibilidad a los servicios de salud (cuadro 4). Con excepción de Chile (7%) y Uruguay (5%), el porcentaje de la población que enfrenta barreras de acceso es elevado en los países estudiados: 66% en Perú, 47% en Guatemala, 41% en El Salvador, 26% en Colombia, 25% en Paraguay y 20% en México. Más aun, las barreras de acceso disminuyen con lentitud, con resultados heterogéneos entre los países. Mientras los casos de Uruguay y Chile muestran un comportamiento estable, los casos de Colombia y México muestran aumentos en las barreras de acceso a los servicios de salud, tanto para el promedio nacional como para el segmento de la población más pobre. Por último, los hogares más pobres tienen mayor probabilidad de reportar barreras de acceso en todos los países estudiados, con la excepción de Chile y Uruguay (cuadro 4).

Dentro de las razones por las cuales las personas no buscaron servicios de salud se destacan las razones culturales, el tiempo de espera y barreras económicas (cuadro 5). Las barreras culturales son particularmente importantes en Chile (24%) y Perú (19%), mientras que el tiempo de espera es una barrera de acceso importante en Colombia (19%) y Perú (10%). Las barreras de tipo económico son más reportadas en Guatemala (36%), Colombia (10%), y Perú (8%). Todos los

tipos de barreras fueron más comunes en el 20% más pobre de las personas que el 20% de los más ricos (cuadro 5).

Discusión

Los valores de equidad, tales como alcanzar la salud para todos y especialmente la población en niveles de mayor pobreza, y la introducción de la APS, han sido pilares fundamentales de los procesos de transformación de los sistemas de salud de la región de las Américas en las últimas décadas (3, 4). En efecto, los principales mensajes de la Declaración de Alma-Ata estuvieron presentes en las políticas de transformación de los sistemas de salud de los países estudiados. Sin embargo, la caracterización de los procesos de transformación de estos países permite reconocer dos lógicas de transformación, con diferentes tipos de intervenciones asumidas como motores de los procesos de cambio de los sistemas de salud y con potenciales resultados en términos de acceso y cobertura.

Un primer grupo de cinco países (Colombia [1993, 2012], Chile [2005, 2013], México [2003], Perú [2002, 2009] y Uruguay [2007]) ha promovido reformas centradas en innovaciones de los modelos de aseguramiento, como una estrategia para transformar el sistema de salud y ampliar la cobertura nominal de la

CUADRO 4. Variables de acceso y cobertura de salud, gasto en salud y PIB per cápita, países seleccionados, primer y último año disponible.

País	Año	Población sin acceso a servicios			Cobertura del aseguramiento			PIB per cápita (US\$ a precios actuales) ^a	Índice de desarrollo humano ^b
		Media (%)	20% más pobre (%)	20% más rico (%)	Media	20% más pobre (%)	20% más rico (%)		
Chile	2013	7	7	6	95	96	95	13 792,9	0, 847
	2015	7	7	6	98	98	98		
Colombia	2010	21	26	14	89	85	95	5 805,6	0, 727
	2016	26	32	19	96	94	97		
El Salvador	2011	43	46	43	17	5	36	4 223,6	0, 680
	2016	41	42	37	24	7	43		
Guatemala	2011	46	52	37	11	4	20	4 146,7	0, 640
	2014	47	56	39	11	2	27		
México	2012	12	15	8	76	76	77	8 208,6	0, 762
	2014	20	25	14	80	78	81		
Paraguay	2012	32	43	24	24	3	58	4 077,7	0, 693
	2016	25	27	22	24	3	58		
Perú	2010	68	76	62	63	72	61	6 049,2	0, 740
	2016	66	69	61	76	82	74		
Uruguay	2012	7	9	6	97	96	98	15 220,6	0, 795
	2016	5	8	5	98	97	99		

PIB, producto interno bruto.

Fuente: 31, 32

^a Datos del año 2016.

^b Datos del año 2015.

CUADRO 5. Tipos de barreras de acceso a los servicios de salud, países seleccionados, 2016 (o último año disponible).

País	Aceptabilidad			Tiempo de espera			Conveniencia			Disponibilidad			Distancia geográfica			Económica			Culturales		
	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5	Media	Q1	Q5
Chile	ND	ND	ND	1%	2%	1%	4%	4%	5%	ND	ND	ND	2%	3%	0%	4%	4%	3%	24%	27%	15%
Colombia	2%	2%	2%	18%	19%	15%	6%	2%	9%	ND	ND	ND	5%	10%	2%	8%	12%	2%	2%	4%	0%
El Salvador	6%	2%	8%	ND	ND	ND	3%	1%	4%	20%	25%	13%	2%	4%	0%	2%	3%	0%	2%	4%	1%
Guatemala	ND	ND	ND	2%	1%	4%	4%	2%	6%	4%	9%	1%	3%	7%	1%	36%	40%	18%	2%	2%	4%
México	0%	1%	0%	2%	2%	2%	3%	2%	3%	1%	3%	0%	2%	3%	0%	6%	10%	1%	1%	1%	0%
Paraguay	1%	1%	0%	ND	ND	ND	3%	2%	2%	ND	ND	ND	1%	1%	0%	1%	1%	2%	ND	ND	ND
Perú	1%	2%	1%	12%	10%	9%	18%	13%	18%	ND	ND	ND	5%	13%	2%	9%	14%	5%	18%	33%	11%
Uruguay	ND	ND	ND	2%	2%	2%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1%	1%	1%	1%	1%	3%	ND	ND	ND

Q1, 20% más pobre de la población; Q5, 20% más rico de la población; ND, no disponible en la encuesta.

población con protección financiera (4, 18). Aunque en algunos casos se incorporaron iniciativas que promueven un nuevo modelo de atención para la población en condiciones de exclusión social, prevalecen concepciones de APS que se restringen a la definición de un paquete de servicios limitado (23). Un segundo grupo de países (Paraguay [2008, 2013], El Salvador [2009] y Guatemala [2011]) centraron sus intervenciones a partir del fortalecimiento y transformación del modelo de atención y organización de los servicios de salud para abordar la fragmentación estructural de los sistemas de salud. Los cambios de la gobernanza de los servicios de salud de estos países persiguieron un modelo de APS con una perspectiva integral, a través del desarrollo de un primer nivel de atención integral que incorpora intervenciones de salud pública con un enfoque basado de derechos humanos, la participación social, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial (27, 30, 35). En El Salvador, los cambios de gobernanza de los servicios también integran nuevas formas regulatorias en la coordinación de las organizaciones prestadoras de los servicios de salud para la construcción de redes integradas de estos (35).

Sin embargo, estos dos grupos de países no deberían ser considerados homogéneos. La forma que han sido abordados los problemas de segmentación y fragmentación permite reconocer algunas características específicas.

Aunque la mayoría de los países que promovieron cambios del aseguramiento tuvieron un alcance más allá del sector público (con excepción de México), persisten limitaciones para alcanzar una convergencia entre los diferentes subsistemas, tanto en términos de recursos invertidos por persona como en la

homogenización del conjunto de servicios cubiertos. Solo en Colombia y Uruguay existieron intervenciones para reducir las brechas en términos de cobertura en la seguridad social y sector público (36, 37).

Dentro del grupo de países que centraron sus esfuerzos en cambios del modelo de atención y organización de servicios, solo el caso de El Salvador permite reconocer logros explícitos para la conformación de redes de servicios de salud. Mientras que en Paraguay los logros se han observado en el fortalecimiento del primer nivel de atención, en Guatemala, los avances han sido aún más limitados. La inestabilidad de estas políticas y la relevancia de las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social de una gran parte de la población de estos países han limitado los avances de estas reformas (25-27).

El análisis de las condiciones de acceso y cobertura de los servicios de salud permite identificar resultados potenciales de cada tipo de reformas, que deberían ser profundizados en estudios de casos por cada país. Los últimos datos disponibles muestran que todos los países centrados en cambios del modelo de aseguramiento, han alcanzado altos niveles de cobertura del aseguramiento, entre 80% a 98% de la población, tanto para toda la población general como para el 20% más pobre (cuadro 4). A pesar del aumento en la cobertura financiera, las mejoras en las condiciones de acceso a los servicios de salud son más limitadas. Excepto por Chile y Uruguay que cuentan con niveles bajos en las barreras de acceso (7% y 5%, respectivamente), los casos de Colombia y México muestra que el 26% y 20% de la población aún enfrenta barreras de acceso a los servicios de salud, siendo aún más alta para el segmento de la población más pobre (cuadro 4). Por último, en

Perú las barreras de acceso se mantienen en niveles altos (66%). La debilidad de iniciativas en relación al fortalecimiento y cambio del modelo de atención y organización de los servicios de salud, con una perspectiva de APS integral, podría ser la explicación para estas limitaciones (23, 24).

Considerando los países centrados en el fortalecimiento de la organización de los servicios de salud, con la excepción de Guatemala, se registran mejoras de las condiciones de acceso del grupo de población de mayor pobreza (cuadro 4). Una concepción de APS integral (El Salvador) y el sostenimiento en el tiempo de esfuerzos para fortalecer el primer nivel de atención (Paraguay) podrían haber sido factores facilitadores de las mejoras en las condiciones de acceso (30, 34). En cambio, en este grupo de países, la cobertura del aseguramiento no presenta cambios importantes. Sin embargo, un logro manifiesto es, que tanto Paraguay como El Salvador, han reducido el gasto de bolsillo en los servicios de primer nivel de atención, con bajos niveles de población que reporta problemas de acceso por razones económicas (cuadro 4). El desarrollo de equipos de salud y nuevos servicios de salud en las regiones con mayores necesidades de salud han servido para lograr estos resultados (4, 30).

Es posible reconocer algunos desafíos futuros para profundizar el análisis de estos procesos de transformación. En primer lugar, los cambios institucionales de las diferentes lógicas de reforma de los sistemas de salud son producidos por procesos políticos, liderados por la acción del Estado, y acompañados por una acción colectiva integrada por diferentes actores sociales. La caracterización de las estructuras y agencias del Estado responsables de la formulación e

implementación de estas iniciativas, junto con la identificación de los actores sociales involucrados son ingredientes fundamentales para caracterizar la rectoría y la gobernanza de los procesos de transformación de los sistemas de salud (4, 5).

En segundo lugar, el análisis de los resultados de los procesos de reforma, medidos en términos de condiciones de acceso a los servicios de salud, debe considerar factores condicionantes relacionados con el contexto económico y social de cada país, tanto sobre la disponibilidad de recursos públicos invertidos, como sobre las condiciones materiales de vida de la población. Si bien los datos de IDH y PIB per cápita permiten ver claras diferencias económicas y sociales entre los países estudiados (cuadro 4), es necesario profundizar un abordaje multidimensional de las condiciones de pobreza y desigualdad de la población en la Región.

Por último, los procesos de transformación de los sistemas de salud que pretenden transformaciones institucionales y

estructurales de los sistemas de salud no deberían ser concebidos como iniciativas discretas y acotadas en cortos períodos. Los procesos de transformación deben ser interpretados como trayectorias que abarcan períodos largos. También es importante advertir que, si bien las dos lógicas de procesos de cambio suelen caracterizar diferentes tipos de reformas de sistemas de salud, también es posible reconocer la presencia de ambos procesos en forma simultánea en algunos países (4).

Aunque este tipo de estudio ofrece un análisis de barreras de acceso como fuente para corregir la formulación de políticas (15-17), se observan varias limitaciones. En primer lugar, la falta de información de línea de base limita el diseño del estudio al uso de información transversal, lo cual reduce la capacidad de inferir causalidad dado la distancia entre la fecha del inicio de reforma y la primera medición que se usa. Incluso, las variables de acceso y cobertura no necesariamente comparten la misma temporalidad con los procesos de reforma de

los países estudiados. Asimismo, la información disponible limitó, en algunos casos (Chile, Guatemala y México), la comparación entre tan solo dos o tres años, lo cual impide captar cambios sustantivos en los resultados. Por último, si bien el presente estudio presenta una aproximación a los resultados en equidad, es necesario explorar estudios más robustos para sistematizar el monitoreo de los procesos de cambio de los sistemas de salud y su impacto sobre la equidad en las condiciones de acceso y cobertura de salud.

Agradecimientos Los autores agradecen a Ricardo Sánchez por sus contribuciones a este artículo.

Conflicto de intereses Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR. Geneva: WHO; 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acceso el 12 de diciembre de 2017.
- Puras D. Universal health coverage: a return to Alma-Ata and Ottawa. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):7-10.
- Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. En: *Salud en las Américas 2017*. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_es&p=309&lang=es. Acceso el 20 de mayo de 2018.
- Báscolo EP, Yavich N, Denis JL. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Family Practice*. 2016;33(3):207-18.
- Dmytraczenko T, Almeida G. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. Washington, DC: World Bank; 2015. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22026> License: CC BY 3.0 IGO Acceso el 10 de diciembre de 2017.
- World Health Assembly (WHO). Sustainable health financing structures and universal coverage. Geneva: WHO, 2011. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_R8-en.pdf Acceso el 8 de diciembre del 2017.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Resolución CD53/5.R2. Washington, D.C.: OPS; 2014.
- Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*. 2005;83(4). doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(S2):S190-8.
- Gulliford M, Figueroa-Monhoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does "access to health care" mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186-8.
- Sanchez M, Ciconelli RM. The concepts of health access. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19(2):127-40.
- Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research*. 2011;11:181. doi:10.1186/1472-6963-11-181.
- McCutcheon AL. *Latent class analysis*. Beverly Hills and London: Sage Publications; 1987.
- Hagenaars JA, Halman LC. Searching for ideal types: the potentialities of latent class analysis. *Eur Sociol Rev*. 1989;5(1):81-96.
- Ferreiro Yazigi A, Sierra LA. El papel de las superintendencias en la regulación de seguros de salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- Sojo A. Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasi-market restructuring at the beginning of the Millennium. *Estudios y perspectivas series*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2006. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/25601/P25601.xml&xsl=/mexico/tpl-i/p9f.xsl&base=/tpl-i/top-bottom.xslt>. Acceso el 12 de diciembre de 2017.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Gobierno de Chile. Normativas del AUGE (Acceso Universal Garantías Explícitas) 2013. Santiago de Chile: MINSAL; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/>

- AUGE_NORMATIVA Acceso el 5 de diciembre de 2017.
21. Bitran R. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE benefits package. Universal Health Coverage Series; UNICO Studies Series No 21. Washington, D.C.: The World Bank, 2015. Disponible en: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/02/01/000356161_20130201171654/Rendered/PDF/749580NWP0CHIL00Box374316B00PUBLIC0.pdf Acceso el 12 de enero de 2018.
 22. Gobierno de Chile. Ley N° 19.966 Régimen de Garantías en Salud. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2004. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0> Acceso el 12 de enero de 2018.
 23. Giovanella L. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud/ Unión de Naciones Suramericanas; 2015.
 24. Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):107–15.
 25. Becerril-Montekio V, López-Dávila L. El sistema de salud de Guatemala. *Salud Publica Mex*. 2011;53(S2):s197–208.
 26. Cardelle, Alberto José Frick. Health care reform in Central America: NGO-government collaboration in Guatemala and El Salvador. Miami: North-South Center Press at the University of Miami; 2003.
 27. Feo O, Tovar K. Informe de evaluación del modelo incluyente de salud MIS Guatemala. Disponible en: <http://saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/informes/Informe%20Evaluacion%20MIS.pdf>
 28. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barafsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9549):828–41.
 29. Levino A, Carvalho EF. Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(5):490–500.
 30. Dullak R, Rodríguez-Riveros MI, Bursztyń I, Cabral-Bejarano MS, Ruoti M, Paredes ME, et al. Atención primaria en salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2865–75.
 31. Datos del Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial, Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>. Acceso el 5 de enero de 2018.
 32. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama General: Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Nueva York, NY: PNUD; 2016. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf. Acceso el 5 de enero de 2018.
 33. Pan American Health Organization (PAHO). Health in the Americas 2012: Uruguay. Washington, D.C.: PAHO; 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25190&Itemid= Acceso el 5 de enero de 2018.
 34. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: logros y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=1482-el-salvador-en-el-camino-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-logros-y-desafios&Itemid=364 Acceso el 3 de enero de 2018.
 35. Ministerio de Salud de El Salvador. La reforma de salud en el Salvador. San Salvador: Ministerio de Salud; 2009. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1047-reforma-de-salud-1&Itemid=364 Acceso el 24 de mayo de 2018.
 36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 0064111. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%206411%20de%202016.pdf Acceso el 24 de mayo de 2018.
 37. World Health Organization (WHO). Uruguay: building up the national integrated health system. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/187934/WHO_HIS_HGF_CaseStudy_15.10_eng.pdf?jsessionid=6D74CF075AC558A356096FE8E97E035E?sequence=1 Acceso el 24 de mayo de 2018.

Manuscrito recibido el 18 de enero de 2018. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 31 de mayo de 2018.

Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage

ABSTRACT

Objective. Characterize health system reform processes implemented in eight Latin American countries and evaluate their results in terms of health access and coverage conditions.

Methods. Data from nationally representative household surveys were used to characterize health system reform processes in Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Mexico, Paraguay, Peru, and Uruguay and to assess resulting conditions governing health care access and coverage.

Results. Five countries introduced changes to expand financial coverage, with a perspective on primary health care limited to the expansion of health service packages, while three countries prioritized changes in health service organization based on a more comprehensive approach to primary health care. Countries in the first group increased insurance coverage but saw no improvement in access to health services. In the second group of countries, important barriers to access continue to exist despite improvements.

Conclusions. Health system reforms can be described in terms of the type of transformations promoted. Reforms that focus on expanding insurance coverage improve financial protection but do not result in positive changes in access. Reforms that prioritize transformations in the organization of health services lead to improved access, yet a large proportion of the population continues to report barriers to access in the countries studied. The socioeconomic conditions of the population and unstable policies stand in the way of achieving more significant progress.

Keywords

Health care reform; health services coverage; health services accessibility; primary health care.

Lógica da transformação dos sistemas de saúde na América Latina e resultados no acesso e cobertura de saúde

RESUMO

Objetivo. Caracterizar os processos de reforma do sistema de saúde implementados em oito países da América Latina e avaliar os resultados obtidos quanto ao acesso e cobertura de saúde.

Métodos. Foi realizada uma caracterização combinada dos processos de transformação dos sistemas de saúde do Chile, Colômbia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai com a avaliação da situação de acesso e cobertura de saúde a partir de dados obtidos em pesquisas nacionais de domicílios representativas dos países estudados.

Resultados. Cinco países empreenderam mudanças para ampliar a cobertura financeira, com uma perspectiva de atenção primária limitada à ampliação dos pacotes de serviços de saúde, e três países priorizaram mudanças na organização dos serviços de saúde, com uma perspectiva mais abrangente à atenção primária à saúde. Nos países do primeiro grupo, ocorreu a ampliação da cobertura do seguro de saúde, porém sem melhoria do acesso aos serviços. Nos países do segundo grupo, houve melhorias, mas continuam existindo grandes barreiras de acesso.

Conclusões. As reformas do sistema de saúde podem ser caracterizadas pelo tipo de transformação ocorrida. Reformas direcionadas a ampliar a cobertura do seguro de saúde aumentam a cobertura financeira, porém não resultam em mudanças favorecendo o acesso. As reformas que priorizam mudanças na organização dos serviços de saúde resultam em melhorias de acesso, porém persistem as barreiras de acesso a uma grande parcela da população nesses países. A condição socioeconômica da população e a instabilidade das políticas impedem alcançar um progresso mais significativo.

Palavras-chave

Reforma dos serviços de saúde; cobertura de serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; atenção primária à saúde.