

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INFORME SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA 2009

**Evaluación
en los Sistemas
de Seguridad Social**



D.R. © 2008. Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Calle San Ramón s/n • Col. San Jerónimo Lídice

C.P. 10100 México, D.F.

Tel: (5255) 53774700

Fax: (5255) 53774703

ciss@ciss.org.mx

<http://www.ciss.org.mx>

ISBN-13: 978-970-9880-08-3

Primera Edición: octubre de 2008

Diseño y Formación: Lucero Durán

Impreso en México por

GARTEX Imagen & Publicidad

Ixcateopan No. 295

Col. Letrán Valle C. P. 05600 México, D. F.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) es un organismo internacional técnico y especializado, de carácter permanente, constituido en 1942 por los dirigentes de la seguridad social del Continente Americano, reunidos en Santiago de Chile.

La CISS tiene como objetivo el desarrollo de la seguridad social en los países de América, por lo cual fomenta la difusión de los avances de la seguridad social y la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones y administraciones de seguridad social.

Por medio de sus publicaciones, la CISS recopila y difunde los avances de la seguridad social en América y a su vez formula recomendaciones para que se consideren en las políticas y programas de planificación de los países.

CONFERÊNCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDADE SOCIAL

Presidente

Juan Molinar Horcasitas
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Vices-presidentes

Helmut Schwarzer
Ministério da Previdência Social, Brasil (2008)

Álvaro H. Vélez
Instituto de Seguros Sociales, Colômbia (2009)

Rogelio Gómez
Social Security Administration, Estados Unidos da América (2010)

Auditor Fiscal

Lennox Tim
National Insurance Scheme, São Vicente e Granadinas

Secretário-Geral

Gabriel Martínez

Diretor do CIESS

Miguel Ángel Fernández Pastor

Coordenadores das Sub-regiões

I. Andina

Juan Carlos Cortés
Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social, Colômbia

II. Centro Americana

Elsebir Ducreux de Castillero
Caja de Seguro Social, Panamá

III. Cone Sul

Mónica Cabañas Guimaraes
Ministério da Previdência Social, Brasil

IV. América do Norte e Caribe Anglo

Reginald Thomas
National Insurance Scheme, São Vicente e Granadinas

V. México e Caribe Latino

Pedro Morales Somohano
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León, México

Presidentes de las Comisiones Americanas de Seguridad Social

Actuaría y Financiamiento (CAAF)

Eusebio Pérez

Caja de Compensación de los Andes, Chile

Adultos Mayores (CADAM)

Jorge D'Angelo

Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos
para la Tercera Edad, Argentina

Jurídico Social (CAJS)

Edna Barba y Lara

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado, México

Médico Social (CAMS)

Santiago Echevarria Zuno

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Organización y Sistemas Administrativos (CAOSA)

Rogelio Gómez

Social Security Administration, Estados Unidos

Prevención de Riesgos en el Trabajo (CAPRT)

Juan Horacio González Gaviola

Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Argentina

Representantes de las Subregiones ante el Comité Permanente

I. Andina

Romel Yuri Rivero Herbas

Instituto Nacional de Seguros de Salud, Bolivia

II. Centroamericana

Alefredo R. del Cid Pinillos

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala

III. Cono Sur

Mario Ossandón Cañas

Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Chile

IV. Norteamérica y el Caribe Anglo

Reginald Thomas

National Insurance Scheme, San Vicente y las Granadinas

V. México y el Caribe Latino

Marta Elena Feitó Cabrera

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Cuba

JUNTA DIRECTIVA DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Presidente

Juan Molinar Horcasitas

Director

Miguel Ángel Fernández Pastor

Representantes de las Subregiones

I. Andina

Pío Fernando Barrios Ipenza

Seguro Social de Salud, Perú

II. Centroamericana

Eduardo Doryan Garrón

Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica

III. Cono Sur

Amado Gill Pessagno

Instituto de Previsión Social, Paraguay

IV. Norteamérica y el Caribe Anglo

Sephlin Lawrence

Social Security Board, San Kitts y Nevis

V. México y el Caribe Latino

Sabino Báez García

Instituto Dominicano de Seguros Sociales, República Dominicana

Representante de los Miembros Asociados

Eusebio Pérez

Caja de Compensación Los Andes, Chile

Índice

Página

Presentación	xv
I. Introducción.....	1
II. Visiones y Perspectivas sobre la Medición y la Gestión de la Seguridad Social.....	7
II.1 Definiendo una Visión de Programas, Agencias y Sistemas.....	9
II.2 Enfoques: Social y Económico, Investigación de Operaciones, Administrativo, Fiscal, Actuarial.....	11
II.2.1 El Enfoque Económico.....	13
II.2.2 Enfoque Actuarial.....	14
II.2.3 Enfoque Fiscal.....	15
II.2.4 Investigación de Operaciones.....	15
II.3 Enfoques Administrativos.....	17
II.3.1 El Movimiento por la Calidad.....	19
II.3.2 El Enfoque Six-Sigma.....	21
II.3.3 Marcador Balanceado.....	23
II.3.4 Enfoques Financieros.....	24
II.3.5 Retos Jurídicos y Tecnológicos.....	24
II.4 Ventajas Comparativas de los Enfoques.....	26
II.5 Enfoques de las Principales Organizaciones Internacionales.....	26
III. Evaluación de los Sistemas y Programas de Pensiones.....	31
III.1 Introducción.....	33
III.2 Enfoque Actuarial: Proyecciones Financieras.....	34
III.2.1 Valuaciones Actuariales.....	35
III.2.2 Práctica Actuarial en ALC.....	35
III.2.3 Recomendaciones.....	35
III.3 Enfoque Fiscal: Solvencia de los Sistemas de Pensiones.....	36
III.3.1 El Gasto del Gobierno.....	36
III.3.2 Las Mejores Prácticas en el Manejo del Gasto del Gobierno.....	38
III.3.3 Recomendaciones.....	40
III.4 Enfoque Legal: Regulación y Supervisión de Pensiones.....	40
III.4.1 Comparación Institucional de las Comisiones Reguladoras.....	41
III.4.2 Fragmentación de Agencias Reguladoras y Rendición de Cuentas.....	42
III.4.3 Preguntas Sobre las Comisiones Reguladoras.....	43
III.4.4 Mecanismos de Protección al Consumidor.....	44
III.4.5 Elección de los Trabajadores.....	44
III.4.6 Política de la Competencia.....	46
III.4.7 Recomendaciones.....	47
III.5 Enfoque Social: Cobertura y Beneficios Adecuados.....	47
III.5.1 Indicadores de Cobertura y Beneficios.....	49
III.5.2 Recomendaciones.....	53
III.6 Enfoque Económico: Efectos de las Pensiones.....	53
III.6.1 Efectos de las Pensiones en los Resultados del Mercado Laboral.....	53
III.6.2 Efectos Micro y Macroeconómicos de las Pensiones en el Ahorro.....	54
III.6.3 Recomendaciones.....	55
IV. Evaluación de las Agencias y Programas del Seguro de Salud.....	57
IV.1 Introducción.....	59
IV.2 Marco de Evaluación en Salud.....	60
IV.2.1 Marcos para Organizar la Información.....	62
IV.2.2 Indicadores de Desempeño en Salud.....	63
IV.2.3 Fuentes de Información.....	70
IV.3 Evaluación.....	72
IV.4 Gobierno Corporativo de la Evaluación en Salud.....	78
IV.5 Conclusiones.....	82

V. Evaluación de los Programas de Cuidado de Niños y de Cuidados de Largo Plazo	83
V.1 Introducción.....	85
V.2 Evaluación de Programas de Cuidado Infantil.....	86
V.2.1 Objetivos del Programa.....	86
V.2.2 Demanda para el Cuidado de Niños.....	87
V.2.3 Oferta de Cuidado de Niños.....	87
V.2.4 Regulación.....	94
V.2.5 Evaluación de Cuidado de Niños.....	94
V.3 Evaluación de los Programas de Cuidado de Largo Plazo.....	96
V.3.1 Objetivos del Programa.....	96
V.3.2 Demanda de Cuidados de Largo Plazo.....	96
V.3.3 Oferta de Cuidados de Largo Plazo.....	97
V.3.4 Evaluación de los Cuidados de Largo Plazo.....	98
V.4 Conclusiones.....	102
VI. Conclusiones	103
Referencias Bibliográficas	109



Cuadros

II.1 Conceptos Clave de Enfoques de Evaluación	12
II.2 Debilidades y Fortalezas de los Enfoques de Evaluación.....	27
III.1 Estimaciones y Proyecciones del Costo Fiscal en Seis Países, Antes o Después de la Reforma, en Comparación con las Estimaciones y Proyecciones del Banco Mundial en 2003.....	38
III.2 Indicadores de Sustentabilidad Financiera, 2000-2002.....	40
III.3 Temas Principales en Multifondos.....	48
III.4 Cobertura y Beneficios de Pensiones de la Seguridad Social, Países Seleccionados: 2004-2006.....	51
III.5 Pensión Mensual Promedio de Vejez, Países Seleccionados: 2004-2007.....	52
III.6 Pensión Mensual Promedio de Discapacidad, Países Seleccionados: 2004-2007.....	52
IV.1 Ejemplos de Indicadores Simples Para Seguir Objetivos del Servicio de Salud.....	65
IV.2 Ejemplos de Indicadores Complejos para Seguir Objetivos de Servicio de Salud.....	67
IV.3 Principales Áreas de Regulación.....	78

Gráficas

II.1 Modelos Six Sigma: DMAIC y DMEDI.....	22
II.2 DMAIC: Fase de Definición.....	22
III.1 Cobertura en Pensiones de la PEA en Países de AL, 1990s y 2000s.....	49
III.2 Cobertura de Pensiones de Vejez (Régimen Contributivo y No Contributivo) de la Población 60+ en Países Seleccionados en ALC.....	51

Recuadros

II.1 ¿Por Qué la Forma Habitual para Medir Puede Ser Engañosa?.....	17
II.2 Minería de Datos.....	25
IV.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Salud.....	73
IV.2 Comparando Servicios de Salud: Kaiser Permanente y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.....	74
V.1 Tasas de Rendimiento de la Inversión en Capital Humano.....	92

Acrónimos y Abreviaturas

AARP	Asociación Americana de Personas Jubiladas (American Association of Retired People)
AC	Administración de la cuenta
AF	Asignaciones familiares
AFJP	Administradora de Fondos y Jubilaciones de Pensiones
AFP	Administradoras de fondos de pensiones
AL	América Latina
ALC	América Latina y el Caribe
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
AS	Asistencia social
AU	Atención al usuario
AVD	Actividades de la vida diaria
BD	Beneficio definido
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BSC	Marcador balanceado (balanced scorecard)
CEN	Centros de educación nutricional
CINAI	Centros infantiles de atención integral
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CLP	Cuidados de largo plazo
CMS	Centros para servicios de Medicare y Medicaid (centers for Medicare and Medicaid services)
DEA	Análisis de la envolvente de los datos (data envelopment analysis)
EAP	Programa de Asistencia al Empleo (Employee Assistance Program)
ECG	Grupo de Cooperación y Evaluación (Evaluation and Cooperation Group)
EE.UU.	Estados Unidos de América
EITC	Crédito fiscal al ingreso devengado (earned income tax credit)
EMA	Entidad Mexicana de Acreditación A.C.
EMS	Sistemas de gestión del medio ambiente (environmental management systems)
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
HCB	Hogares comunitarios de bienestar
HEDIS	Datos de Efectividad del Cuidado de Salud e Información (Healthcare Effectiveness Data and Information Set)
HHA	Agencias de salud en el hogar (home health agencies)
HRQOL	Calidad de vida relacionada a la salud (health related quality of life)
IAF	Foro Internacional de Acreditación (International Accreditation Forum)
IAOB	Consejo Internacional de Supervisión Automotriz (International Automotive Oversight Bureau)

ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEG	Grupo de Evaluación Independiente (Independent Evaluation Group)
IHEA	Instituto de Ingeniería Hospitalaria de Australia (Institute of Hospital Engineering Australia)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INN	Instituto Nacional de Normalización
INSS	Instituto Nicaraguense de Seguridad Social
IO	Investigación de operaciones
IRS	Servicio Interno de Impuestos (Internal Revenue Service)
ISO	Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization)
KP	Kaiser Permanente
LAC	Latinoamérica y el Caribe
NCB	Beneficio nacional de niños (national child benefit)
NCQA	Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee of Quality Assurance)
NH	Hogares para el cuidado (nursing homes)
NHS	Servicio Nacional de Salud (National Health Service)
OAA	Organismo Argentino de Acreditación
OACS	Organización y administración del cuidado de la salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSCAR	Cuidado y recreación (out-of-school care and recreation)
OSFI	Oficina Federal del Superintendente de Instituciones Financieras (Office of the Superintendent of Financial Institutions)
OVE	Oficina de Evaluación y Supervisión (Office of Evaluation and Oversight)
PBGC	Corporación de Garantía de Beneficios de Pensiones (Pension Benefit Guaranty Corporation)
PEA	Población económicamente activa
PIB	Producto interno bruto
PWBA	Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (Pension and Welfare Benefits Administration)
QALY	Años de vida ajustados por la calidad (quality adjusted life years)

QM	Gestión de calidad (quality management)
QMI	Instituto de la Gestión de Calidad (Quality Management Institute)
QMS	Sistemas de gestión de calidad (quality management systems)
SCC	Consejo de Normas de Canadá (Standards Council of Canada)
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SNBF	Sistema Nacional de Bienestar Familiar
SSA	Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos (Social Security Administration)
TI	Tecnologías de información
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UNEG	Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (United Nations Evaluation Group)

EQUIPO DE TRABAJO Y AGRADECIMIENTOS

La elaboración del Informe sobre la Seguridad Social en América 2009 fue posible gracias a la colaboración de investigadores de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Este es un esfuerzo conjunto de su Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social y de la Secretaría General. El Informe 2009 fue dirigido por Gabriel Martínez (Secretario General), Nelly Aguilera (Coordinadora de Investigación), Martha Miranda (Coordinadora de Publicaciones) y Liliana Charles (Coordinadora General). Para la elaboración del texto han sido de gran valor las opiniones y revisiones de Miguel Ángel Fernández Pastor, director del CIESS. El equipo de investigadores incluyó a Silke Fontanot, Brenda Pequeño, Ángel Andrés Sánchez, Mónica Morales, Guillermo Garnica y María Quintana. Finalmente, Silke Fontanot llevó a cabo un trabajo excepcional de edición de este Informe.

PRESENTACIÓN

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) prepara anualmente el Informe sobre la Seguridad Social en América. El objetivo de esta publicación es que sea una herramienta para mejorar la comprensión de la situación de los programas de seguridad social en el Continente, a través de la evaluación de temas que la Asamblea General elige cada año. Está dirigido a la comunidad de seguridad social, incluidos los gobiernos, agencias, grupos sociales, empresarios, usuarios y cualquier persona interesada en la mejora de la protección social en la sociedad contemporánea.

Este Informe de 2009 sobre la *Evaluación en los Sistemas de Seguridad Social* tiene un vínculo natural con el tema del año pasado. En esa ocasión tratamos el tema *Innovando los Modelos de Aseguramiento Social*, un campo en el que la administración y la organización son palabras clave. Ahora, nos ocupamos de la evaluación, lo cual es una forma de medir y administrar actividades, resultados y expectativas.

Las mejores prácticas contemporáneas en materia de administración consideran a la evaluación y la gestión como parte de una misma actividad integrada. Históricamente, la evaluación ha sido a menudo considerada como un extra, como una acción adicional que los organismos de seguridad social o los gobiernos pueden realizar para mejorar la comunicación, corregir desviaciones y obtener el apoyo para las agencias o para un proceso de reforma. Un principio básico del enfoque de este Informe es que una buena administración no se puede separar de una evaluación efectiva. Esta última retroalimenta a la administración y a la formulación de políticas. Si bien esto puede haber sido cierto y reconocido siempre en casos bien diseñados y bien administrados, el cambio tecnológico ha determinado que el círculo gire a una velocidad mucho mayor.

Al igual que en años anteriores, este Informe pretende ofrecer un mapa equilibrado del campo. Cada gobierno y agencia deberá encontrar el enfoque más adecuado para la evaluación, dependiendo de su capital humano, recursos, visión y objetivos. Sin embargo, nos gustaría hacer énfasis en una característica que sale a la superficie en varias ocasiones en éste y en el Informe del año pasado: la administración y la evaluación han evolucionado hacia un enfoque centrado en el individuo. Las tecnologías actuales permiten un nivel de atención personalizado que era imposible lograr en décadas pasadas: a los trabajadores, a los ancianos, a niños, a las personas con discapacidad, a los empleadores, y en general para cada individuo que recibe beneficios o realiza aportes a la seguridad social. Este Informe se basa en esta idea.

Esperamos que este Informe pueda ayudar a aquellos interesados en la región como un apoyo para la evaluación de la protección social y los programas de seguridad social.

Gabriel Martínez
Secretario General

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Un sistema nacional de seguridad social es por excepción un conjunto claramente ordenado de agencias y programas. Con frecuencia, es el resultado de un largo proceso que ha tomado décadas en la búsqueda de modelos, de competencia política entre puntos de vista acerca de lo que la seguridad social debería ser y de circunstancias históricas que a menudo se salen del control de las sociedades nacionales, como la recesión económica e incluso la guerra. Por lo tanto, sería ingenuo esperar un punto de vista puramente tecnocrático o esquemático para definir un buen enfoque para evaluación. La principal tarea parece ser comprender los diferentes enfoques y herramientas, por qué existen, y qué preguntas intentan responder.

Este Informe presenta lo que consideramos son los enfoques más aplicables a la evaluación de la seguridad social. En nuestra opinión hay básicamente cuatro aspectos que deben ser considerados en una evaluación exhaustiva de la seguridad social. En primer lugar, la evaluación debe responder a las preocupaciones de distintos puntos de vista: económico, actuarial, administrativo, fiscal y de investigación de operaciones. Todos son diferentes en tanto que el objetivo de la evaluación, incluyendo indicadores y metas, pueden diferir en cada enfoque. Cada uno de los puntos de vista representa las preocupaciones de distintos grupos de interés.

Cualquier evaluación de programas sociales que considere opiniones de manera aislada puede fallar como una herramienta para la mejora potencial de los programas.

En segundo lugar, debe basarse en los bien conocidos pasos para el diseño de seguimiento y evaluación: la participación de los grupos clave interesados, el diseño del marco para el seguimiento y la evaluación, la determinación de indicadores y la fijación de objetivos, la definición de las fuentes de información, el desarrollo de los elementos para la evaluación y el diseño de políticas de divulgación de los resultados. Todos los pasos son importantes para el éxito de la evaluación y el orden no es inocuo para obtener el mayor provecho de la herramienta.

En tercer lugar, argumentamos que la evaluación debe realizarse para sistemas, agencias y programas. Conceptualizamos que los programas son administrados por agencias y que los sistemas son el conjunto de agencias y programas. Además, insistimos en que se debe reconocer que en una agencia muchos procesos se llevan a cabo y que el sistema de evaluación debe desarrollarse acorde a esto.

En cuarto lugar, la evaluación debe tener como objeto de análisis el ciudadano, es decir, el uso de microdatos debe ser la norma y todos los contactos del individuo con las agencias y programas deben registrarse en forma consolidada.

En resumen, creemos que el éxito de una estrategia de evaluación debe ser integral en el sentido que debería reconocer que, si bien los diferentes grupos de interés en general tienen prisa por conocer cierta información del sistema, sólo una estrategia bien estructurada, que incorpore todos los puntos de vista de las entidades y procesos implicados será un instrumento que pueda mejorar con éxito las agencias y programas y, por tanto, el rendimiento del sistema. Por otra parte, argumentamos que un sistema bien diseñado que aprovecha todas las capacidades de las tecnologías de información (TI) debe estar en condiciones de ofrecer datos a corto y largo plazo, así como información urgente y estratégica.

Este Informe puede ser visto como un paso natural en la agenda de la CISS. En el Informe anterior argumentamos que "algunos de los principales problemas de los sistemas de seguridad social serán resueltos sólo hasta que se dé un enfoque adecuado a los temas administrativos y organizacionales" (CISS 2007 p. 3). En esta edición alentamos a los encargados de formular políticas y a los administradores a implementar un sistema global de evaluación, no sólo de metas principales y de los aspectos fiscales de los que los agentes públicos están siempre preocupados, sino también sobre las operaciones diarias realizadas en todos los procesos que ejecutan las diferentes agencias. Debe lograrse un equilibrio entre las diferentes opiniones de los distintos grupos de interés si las agencias, programas y por ende sistemas han de mejorarse en forma significativa.

Conviene reconocer que por lo general los administradores de agencias y programas tienen incentivos para cumplir justamente con lo que está establecido en las leyes y reglamentos. Después de todo, ellos son evaluados con relación a aspectos fiscales y el alcance de las estrategias a largo plazo suele estar más allá del período para el cual son designados. Por ello, la implementación de un sistema

global de evaluación, que además es costosa y puede evidenciar deficiencias y áreas de oportunidad, está en ocasiones hasta abajo de la agenda. Por lo tanto, una estrategia de evaluación adecuada requiere no sólo de altos directivos comprometidos, sino también que otras esferas del gobierno, tales como los ministerios de finanzas y el congreso, actores principales en la evaluación de las agencias públicas, abran su enfoque de evaluación, abandonen el punto de vista fiscal y abarquen un planteamiento global, puesto que después de todo, todos los puntos de vista tienen un valor intrínseco.

El Informe está organizado de la siguiente manera. El Capítulo II tiene por objeto proporcionar un mapa de los principales enfoques analíticos para la evaluación de la seguridad social, mapa que también establece la metodología para capítulos posteriores. Este muestra una combinación de enfoques específicos, tales como el actuarial, la investigación de operaciones y el económico y otros que son más orientados a la operación, como el fiscal y el administrativo. Se comienza por plantear la necesidad de distinguir entre la evaluación de agencias, programas y sistemas. Para las agencias de seguridad social es de especial interés conocer sobre los enfoques administrativos para la evaluación. Estos son generalmente una combinación no sólo de técnicas, sino también un resultado del empate entre las tecnologías disponibles y el perfil del capital humano de los directivos. En la variedad de aplicaciones disponibles para la evaluación administrativa, el capítulo pone en perspectiva tres movimientos que están teniendo un impacto significativo sobre la administración de las agencias de seguridad social: el movimiento por la calidad, el marcador balanceado (*balanced scorecard*) y el enfoque *six-sigma*.¹ El Capítulo II termina con una descripción de los enfoques de evaluación de los grandes organismos internacionales.

¹ Este Informe en especial mantiene algunos términos del inglés, por ser éstos de uso común. Estos se indican a lo largo del texto con letra cursiva. En casos de documentos originales u organismos, si éstos contienen traducciones, los hemos utilizado.

El Capítulo III examina la evaluación de los programas de pensiones y los sistemas desde la perspectiva de las distintas opiniones expuestas en el Capítulo II. La mayor parte de la atención se concentra en el análisis de la situación financiera en los estudios actuariales de los programas de pensiones, el análisis de cómo los gobiernos enfrentan pasivos de pensiones utilizando fondos públicos en estudios fiscales; la regulación y vigilancia de los programas de pensiones desde un punto de vista jurídico; y la adecuación de las pensiones medida en términos de cobertura de seguridad social y beneficios, lo cual se considera una evaluación desde una perspectiva social.

El Capítulo IV explica la evaluación en salud. Se organiza a lo largo de los pasos para la implementación de una estrategia de evaluación: la participación de los principales grupos de interés, el diseño del marco de seguimiento y evaluación, la identificación de indicadores, y la fijación de objetivos, la definición de fuentes de información, el desarrollo de elementos para la evaluación y el diseño de políticas de divulgación o resultados. También describe lo que la evaluación de los distintos enfoques, económica, actuarial, administrativa, fiscal y de investigación de operaciones significa en salud. Por último, se describe el gobierno corporativo de la evaluación en salud, es decir, qué se evalúa y quién lo supervisa.

El Capítulo V analiza las cuestiones que rodean la evaluación de programas de cuidados de largo plazo y de los programas de cuidado infantil. Para ello, los objetivos de los programas existentes son expuestos, así como un breve análisis de los determinantes de la oferta y la demanda de servicios. Por último, el capítulo se refiere a algunos aspectos que están siendo considerados para evaluar tales programas; ya que la atención en el hogar es muy importante para ambos, se presta especial atención a la importancia de proporcionar entrenamiento a proveedores potenciales de cuidados.

El Capítulo VI concluye analizando cuatro temas importantes. En primer lugar, sostiene que aunque hay muchos obstáculos internos y externos a las agencias y programas, debe adoptarse una estrategia de evaluación. La implementación de herramientas de forma aislada puede ayudar a identificar algunas cuestiones pero no significará un compromiso creíble de mejora. En segundo lugar, en vista de que los sistemas son el conjunto de agencias y programas, cualquier objetivo fijado a nivel del sistema debe estar acompañado de metas acordes a nivel de las instituciones y de los programas, y la estrategia de evaluación debe reconocer que las medidas a nivel del sistema son sólo la agregación de medidas en las agencias y programas. En tercer lugar, se destaca el hecho de que la evaluación debe centrarse en el ciudadano, lo que significa que todos los contactos de la persona con cualquiera de las instituciones y programas, sean ellos de salud, pensiones o servicios sociales, deben registrarse en forma consolidada. Por último, aunque hay importantes argumentos en favor de revelar toda la información, también existen preocupaciones válidas con respecto a la privacidad. El nivel de transparencia debe equilibrar la necesidad de información para la mejora, las capacidades de agencias y programas para usarla y responder y las preocupaciones sobre privacidad.

El movimiento para fortalecer la evaluación no es algo nuevo. Ha sido la respuesta a situaciones financieras difíciles y a las exigencias de transparencia por parte de los ciudadanos. Sin embargo, todavía hay un largo camino por recorrer. Los nuevos esfuerzos de evaluación deben ser amplios reconociendo que todos los enfoques y herramientas se complementan y también se debe tener en cuenta que las preocupaciones de todos los grupos interesados (directivos, trabajadores, usuarios, funcionarios gubernamentales, políticos y ciudadanos) deben ser respondidas con prontitud y de forma creíble.

Esperamos que este Informe aliente a los encargados de formular políticas, administradores y funcionarios públicos para priorizar en la agenda la estrategia de evaluación, y proporcione información clave a las personas interesadas en poner en marcha una estrategia de evaluación integral.

CAPÍTULO II
VISIONES Y PERSPECTIVAS SOBRE LA MEDICIÓN
Y LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO II

VISIONES Y PERSPECTIVAS SOBRE LA MEDICIÓN Y LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

II.1 Definiendo una Visión de Programas, Agencias y Sistemas

Un primer paso para definir una adecuada estrategia de evaluación es reconocer los principios básicos y los objetivos de los programas. Las sociedades contemporáneas debaten sobre la seguridad social con entusiasmo y raramente se alcanzan acuerdos sobre todos los puntos. Sin embargo, la persistencia y la fuerza de los programas de seguridad social también confirma que existe un amplio consenso sobre la necesidad de lograr una protección social básica sobre la seguridad en el ingreso y el acceso a los servicios de salud, sobre los cuidados de largo plazo y los cuidados para niños, y sobre las demás cuestiones usualmente cubiertas. Este es el motivo por el cual el título de este capítulo utiliza el término "visiones". Creemos que hay valores compartidos entre las naciones que nos permiten comparar constructivamente sus sistemas de protección social.

Nos referimos también a las "perspectivas", porque hay formas alternativas para medir y evaluar: económica, actuarial, administrativa, fiscal, política, y aún otras, y porque la forma en que estos instrumentos se aplican es altamente dependiente del contexto. Los estudios actuariales pueden ser útiles para evaluar un sistema de pensiones colectivo, tales como el plan de la Administración de la Seguridad Social de Estados Unidos (SSA) o el plan nicaragüense administrado por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). También

pueden ser útiles para evaluar la opción capitalizada tal como el sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) chileno, o un sistema mixto como el segmento de la Administración Nacional de Seguridad Social-Administradoras de Fondos y Jubilaciones de Pensiones (ANSES-AFJP). Sin embargo, cada estudio actuarial tendrá elementos idiosincrásicos. Ninguno de estos enfoques es mejor que los otros, cada uno de ellos sirve un propósito y el reto es establecer un equilibrio entre ellos que sea de utilidad para el conjunto heterogéneo de actores que participan en los sistemas.

La seguridad social es un concepto amplio y también es funcional distinguir entre los programas, las agencias y los sistemas. En lo que sigue, todas las discusiones deben entenderse para referir el entorno de la seguridad social, que incluye los tres conceptos. Sin embargo, las aplicaciones pueden variar significativamente dependiendo de si se va a evaluar una agencia, un programa o un sistema. Para nuestros propósitos, un "programa" es el conjunto de normas y reglamentos creados para gestionar un riesgo social, con inclusión de asignaciones presupuestales. Tenemos programas de seguro de salud, programas de jubilación, programas generales de invalidez y así sucesivamente. También tenemos "agencias" o "instituciones", que son las administraciones encargadas de los programas. Por último, tenemos "sistemas", los cuales son el conjunto de programas y agencias. Sólo por excepción hay un conjunto claramente ordenado de programas al interior de las

agencias y sistemas. Por lo general, los programas y agencias son el resultado de procesos históricos salpicados con las presiones de acontecimientos políticos, iniciativas privadas y comunitarias, períodos de auge y de depresión y de procesos de reforma para centralizar o descentralizar, privatizar o nacionalizar, fusionar o separar y otros objetivos que pueden ser contradictorios con el tiempo o a través de programas contemporáneos. De este modo, los ciudadanos de la mayor parte de los países invocan un fenómeno de excepcionalismo como un atributo de sus sistemas de seguridad social y el escenario institucional es muy diferente entre las naciones.

Por otra parte, la seguridad social experimenta una notable coherencia en todo el mundo en términos de los objetivos básicos y las herramientas empleadas en diferentes latitudes. Mulligan y Sala-i-Martin (1999), han afirmado estos elementos comunes en el ámbito de los programas de pensiones: "Por lo menos 166 países tienen programas de pensiones para la vejez. En algunos países, las pensiones públicas para la vejez pueden remontarse por lo menos a un centenar de años. Aunque cada uno de los programas es único en muchos aspectos, también tienden a tener muchas características en común" (Mulligan y Sala-i-Martin 1999, pp. 3). Del mismo modo, Chernichovsky (1995a y 1995b) ha señalado la fuerte correspondencia en las funciones básicas llevadas a cabo entre países en el ámbito del seguro de salud.

Para poder explorar estas similitudes, en general es útil pensar en los programas como algo proveniente de una pieza de legislación específica, y vincularla con las agencias que están a cargo. Una agencia a menudo está a cargo de varios programas. Sin embargo, a nivel de los sistemas nacionales la condición más común es tener una multiplicidad de programas y agencias que influyen en la administración de un riesgo social. A veces, un país tendrá una estrategia amplia e idealmente coherente para definir el modelo de funcionamiento del sistema, mientras que en otros lugares el sistema será el resultado de la acción de una multiplicidad de actores.

En principio, estas cuestiones estructurales no son en sí mismas favorables o perjudiciales. Es decir, no podemos afirmar que la seguridad social funcione de mejor forma si sigue un plan centralizado, porque es claro que las soluciones descentralizadas con frecuencia producen resultados deseables. Por el contrario, no puede haber una opinión crítica *per se* de las soluciones centralizadas, cuando es evidente que un número de programas funcionan bien bajo este enfoque. Al tratar el tema de evaluación tenemos que preocuparnos por los resultados reales del aseguramiento social. Además de evitar prejuicios es necesario permitir comparaciones entre programas, agencias y sistemas.

El Informe de la CISS 2009 organiza a los programas de seguro social en tres grandes grupos: pensiones, salud y servicios sociales, separando entre los últimos el cuidado de largo plazo y los programas de cuidado infantil. La "visión" de la seguridad social de la mayoría de los países sigue esta clasificación, pero cada clase tiene complejidades internas. Como sabemos, un sistema de pensiones es en realidad una mezcla de jubilación, invalidez general y de programas de compensación de los trabajadores; y un sistema de salud es también una combinación de programas para trabajadores activos, jubilados, niños, personas con discapacidad y otros grupos. Los programas de cuidados de largo plazo reúnen elementos de las pensiones y de sistemas de salud, mientras que en el cuidado para niños se mezcla la financiación proveniente de la seguridad social con las características del sistema general educativo. Con frecuencia, los programas tienen traslape operativo y son complementarios.

Cada uno de los tres capítulos posteriores tratará en detalle las visiones de pensiones, salud y sistemas de servicios sociales. El siguiente es un resumen:

- Los "sistemas de pensiones" tienen por objeto prevenir la pobreza en la vejez y proporcionar a las familias después de la jubilación o invalidez

un nivel de vida similar a la que han experimentado cuando están activos en la fuerza de trabajo.

- Los "sistemas de salud" tienen por objeto proporcionar a las familias acceso a los servicios de salud de manera completa, integral y equitativa.
- Los "sistemas de cuidados de niños" tienen por objeto evitar que las familias enfrenten limitaciones para participar en el trabajo forzado por falta de recursos para el cuidado de niños pequeños.
- Los "sistemas de cuidados de largo plazo" tienen como objeto proporcionar a los individuos y sus familias los recursos económicos y sociales para hacer frente a las discapacidades permanentes que hacen necesario recibir apoyo para llevar a cabo actividades vitales.

El Informe intenta encontrar un terreno común entre países e instituciones en los principios y objetivos de los programas para buscar enfoques que puedan utilizarse para propósitos alternos. Dada la gran diversidad institucional hemos comenzado a definir "programas", "agencias" e incluso "sistemas". Ahora buscamos la manera de definir el enfoque adecuado para cada concepto.

Por ejemplo, una evaluación de la adecuación de los niveles de pensiones proporcionada por el sistema de pensiones en un país debe en gran medida independizarse del modelo financiero seguido en cada uno de ellos, y es, sin duda, uno de los principales indicadores de evaluación que se pueden encontrar para un sistema de pensiones. Sin embargo, las agencias y programas dentro de un sistema de pensiones deben cubrir las necesidades de diferentes poblaciones y sus objetivos sin duda deben mantener una relación con el sistema global, pero no tienen que ser los mismos. Además, hay un giro adicional: la evaluación puede tener metas políticas, administrativas, de control y otras. Una agencia debe cuidar especialmente la evaluación de la gestión del programa, mientras que el Congreso o un ministerio financiero deben preocuparse principalmente por las

políticas orientadas a la evaluación. No es posible definir un modelo único para adaptarse a todos los propósitos. En este sentido, el enfoque seguido en el anterior informe de la CISS muestra una ventaja, porque permite la separación de los componentes de la seguridad social y la reconstrucción de aplicaciones para casos concretos.

En esta época y circunstancia, los programas de protección social suelen ser resultado de largos procesos históricos que han dejado legados nacionales. De este modo, cada "sistema" (por ejemplo, salud, pensiones) normalmente mezcla una variedad de programas y agencias, probablemente con visiones compartidas sobre objetivos básicos (como proveer ingreso para el retiro), pero también con modelos organizacionales variados que no pueden ser fácilmente comparados en dimensiones significativas, tales como el costo de suministro, el significado de las mediciones de cobertura, o el riesgo que cada modelo transfiere a la población o al presupuesto nacional. Por lo tanto, será útil identificar las bases comunes para medir el desempeño de las diferentes agencias y programas y hacerlo con un punto de vista sistemático.

II.2 Enfoques: Social y Económico, Investigación de Operaciones, Administrativo, Fiscal, Actuarial

Es normal y muy conveniente contar con enfoques alternativos, procedentes de actuarios, administradores, auditores, economistas, investigadores de operaciones y otros agentes implicados en la evaluación. Es útil para dibujar un mapa de los enfoques alternativos encontrar los vínculos entre ellos y desarrollar puentes útiles que permitirán comparaciones significativas. El uso de cada enfoque varía entre los programas de acuerdo con su naturaleza. Por ejemplo, los estudios actuariales se utilizan con mayor frecuencia para evaluar programas de pensiones que para evaluar programas de salud, mientras que para la provisión de los servicios de salud y de seguro hay una

creciente importancia de las aplicaciones que provienen de los enfoques de investigación de operaciones.

Del mismo modo la evaluación tiene que considerar las necesidades de los diferentes agentes sociales. Por ejemplo, las administraciones están muy interesadas en un enfoque que les proporcione elementos para tomar decisiones sobre las operaciones diarias y centrarse en el logro de las metas encomendadas por sus estatutos. Por otra parte, un ministerio involucrado en la elaboración de política pública, o una instancia académica pueden estar interesados en una evaluación del programa y de la institución operadora teniendo en cuenta los efectos sobre la sociedad, el mercado laboral, el presupuesto nacional y en otras variables que pueden

no ser directamente de interés para el funcionamiento de la agencia.

Cada capítulo especializado se refiere al conocimiento existente en lo que respecta a los diferentes enfoques, señalando la forma en que puedan aplicarse en distintos contextos institucionales. El Cuadro II.1 resume los principales conceptos aplicados en los diferentes enfoques de evaluación.

Debe quedar claro que no hay un punto de vista preferido. Dependiendo de la aplicación, el usuario, el programa o la agencia de evaluación, cada enfoque puede añadir valor a un ejercicio de evaluación. Esto se señala en el Cuadro II.2, enumerando las debilidades y fortalezas de cada enfoque. En las siguientes subsecciones ilustramos esto con ejemplos.

Cuadro II.1
Conceptos Clave de Enfoques de Evaluación

Económico	Concepto clave: causalidad. Los economistas utilizan modelos de comportamiento para identificar la forma en que el medio ambiente o una intervención afecta a una variable. Por ejemplo, un modelo económico puede evaluar si un incremento en los beneficios económicos en la vejez reduce la edad promedio de retiro, o si un cambio en una fórmula para financiar la atención de la salud incrementa la utilización de los servicios.
Actuarial	Concepto clave: equilibrio actuarial. Los actuarios utilizan modelos numéricos para modelar la evolución de un sistema a lo largo del tiempo, dadas las normas y supuestos sobre el comportamiento. Por lo tanto, se obtienen predicciones sobre lo demográfico y financiero, y los sistemas se evalúan en términos de su equilibrio financiero a través del tiempo.
Administrativo	Concepto clave: satisfacción del cliente, la eficacia de las operaciones, las finanzas coherentes y la gestión eficaz del personal. En comparación con los otros enfoques listados en este cuadro, los enfoques administrativos no se refieren en gran medida a una disciplina académica. Los enfoques administrativos son altamente influenciados por el entrenamiento de los administradores y por los productos ofrecidos por los proveedores para la evaluación (es decir, las soluciones de <i>software</i>).
Fiscal	Concepto clave: solvencia. Los gobiernos están interesados en la viabilidad de programas de seguridad social y de combinar modelos actuariales y otros modelos estadísticos para evaluar el impacto de los programas en el gasto público y el déficit.
Investigación de operaciones (IO)	Concepto clave: optimización de un sistema complejo. Los ingenieros que participan en IO utilizan estadísticas, optimización, elementos estocásticos, la teoría de colas, teoría de juegos, teoría de gráficos, análisis de decisión, y la simulación para medir la eficiencia de un sistema, las fuentes de ineficiencia, y recomiendan los caminos a seguir para encontrar soluciones óptimas.

Fuente: elaboración propia.

II.2.1 El Enfoque Económico

El enfoque económico pretende seguir un método científico. Los modelos económicos proponen modelos de relación causa-efecto. Por lo tanto, consideran a los programas como "intervenciones" que afectan el comportamiento de las personas, y miden cómo y en qué magnitud la mayoría de los programas afectan tales comportamientos. Además, pueden pretender estudiar cómo las operaciones de un programa se retroalimentan hacia el diseño del programa.

Un arquetipo de evaluación económica de la seguridad social relaciona el comportamiento de los trabajadores con los incentivos ofrecidos por un programa de pensiones. En este caso, los economistas modelan la decisión de los trabajadores sobre la oferta de horas a lo largo de su vida con relación a los salarios que encuentran disponibles en el mercado, teniendo en cuenta sus ahorros y opciones de ocio. Un programa de pensiones afecta esta decisión por lo general haciéndolo más costoso para que la persona continúe trabajando una vez que tenga derecho para beneficiarse de la pensión. Del mismo modo un programa obligatorio de pensiones reduce los incentivos de ahorro privado. Una evaluación económica generalmente intenta medir la reducción de horas trabajadas y el ahorro como consecuencia de los beneficios recibidos por la seguridad social. Algunas referencias recientes a esta aplicación están contenidas en Gruber y Wise (2007).

Muchos modelos económicos que evalúan los programas sociales tienen a la teoría del capital humano como un componente básico. Esto supone que el tiempo de las personas tiene un valor y que esa valoración influye en sus decisiones. Una vez que este concepto se adoptó el enfoque comenzó a ser aplicado a casi cualquier decisión relacionada con el trabajo, la educación y la participación en los programas sociales. En los programas de cuidados de niños, los economistas estudian la valoración del tiempo de trabajo de las madres en relación con el tiempo de cuidado de los niños. Esto hace que sea posible estudiar el impacto de los subsidios en

efectivo o de un beneficio en especie sobre la decisión de una madre de utilizar servicios de cuidados de niños mientras trabaja y sobre su decisión de trabajar. Del mismo modo, los modelos económicos se utilizan para estudiar la decisión de las familias a participar en la economía formal y de obtener seguro de salud, contra la opción de permanecer en puestos de trabajo sin tal protección y pagar los servicios de salud de su bolsillo.

El enfoque de capital humano no es el único modelo utilizado en el enfoque económico. Los modelos sobre el comportamiento de las organizaciones también son importantes para la seguridad social. Ejemplos importantes son los estudios que vinculan la financiación de la seguridad social con los servicios de salud y examinan la operación de estos servicios. Por ejemplo, la seguridad social financia algunas veces los servicios de salud a través de reembolsos o de presupuestos "de línea". Esto significa que los proveedores de servicios toman decisiones sobre los insumos y su costo y luego transfieren la factura a un fondo financiero que paga.

Por otra parte, algunos programas de seguro de salud se han movido a algún tipo de "pago prospectivo", lo que significa que el fondo financiero paga a los proveedores siguiendo una norma de "costos esperados" que transfiere el riesgo de desviaciones en el costo hacia los proveedores de servicios. Un ejemplo de ello son "los presupuestos capitados" y los "pagos por diagnóstico". Los presupuestos capitados ofrecen a los proveedores de servicios de salud un presupuesto basado en el número de personas cubiertas y su riesgo actuarial, quedando el proveedor como responsable de la prestación de servicios y de los costos excedentes a los previstos. Del mismo modo los pagos por diagnóstico compensan a los proveedores sobre la base de un promedio de costos de atender un diagnóstico y los ahorros de costo o los costos excedentes son asumidos por el proveedor. Los fondos del seguro de salud de la seguridad social se

dirigen hacia este tipo de normas destinadas a favorecer el control de costo y el ahorro entre proveedores. De este modo, un modelo económico puede tratar de evaluar el impacto del cambio en las reglas sobre el comportamiento de los proveedores. Por ejemplo, se ha observado que los pagos de diagnóstico reducen la duración de estancia en el hospital y reducen la mortalidad hospitalaria, mientras que los presupuestos capitados incentivan a los proveedores para reducir el número de consultas de alto costo y refuerzan los controles para el acceso de las personas a las costosas camas de hospital. En el estudio realizado por David Cutler (1995), se encontró que después de que el programa Medicare de los Estados Unidos adoptó pagos prospectivos hubo cambios en la temporalidad de las muertes y en la tasa de readmisión a los hospitales. La razón es que cuando los hospitales ven cambios en los incentivos financieros para gastar un extra en un determinado par diagnóstico-paciente, pueden tomar la determinación de modificar la forma en que clasifican los pacientes: por ejemplo, un caso complejo puede ser "dividido" en dos diagnósticos, generando un pago adicional proveniente del fondo del seguro social y un evento estadístico adicional de readmisión hospitalaria. Este tipo de respuestas de comportamiento a los programas puede ser modelado con un enfoque económico.

Si bien la promesa de modelos económicos incluye un sólido entendimiento del comportamiento de los individuos y organizaciones, se enfrentan a grandes retos. Estos se definen por la falta de teorías sobre fenómenos importantes y la escasez de buenos datos para aplicar las teorías existentes. Al igual que en cualquier campo, en el mundo académico los economistas suelen estudiar las cosas que mejor comprenden y resolver los problemas que pueden. Sería ideal que todas las políticas y las decisiones administrativas se basaran en firmes resultados académicos. Sin embargo, el mundo real no siempre puede esperar las soluciones de la investigación y tiene que recurrir a otras perspectivas.

Cabe mencionar que las grandes instituciones financieras internacionales están dominadas por economistas y, por tanto, sus evaluaciones de programas son generalmente sesgadas hacia enfoques económicos.

II.2.2 Enfoque Actuarial

El enfoque actuarial tiene una fuerte tradición en la seguridad social, en particular en el ámbito de pensiones. La mayoría de los programas nacionales de pensiones se fundaron siguiendo estudios actuariales que calculaban los impuestos y los beneficios que podrían sustentarse y las políticas de inversión que debían seguirse. La ciencia actuarial ha venido experimentando un período de incremento de la demanda para sus servicios como consecuencia del desarrollo de tecnologías de información, las cuales han hecho posible el uso de sus métodos en una gama más amplia de aplicaciones. La profesión actuarial está sujeta a regulaciones que normalizan su práctica y permiten comparaciones de estudios a través del tiempo y a través de las organizaciones. Los estudios actuariales con frecuencia son un componente de la información financiera de empresas públicas y privadas. El uso de métodos numéricos bien establecidos y el uso intensivo de muestras estadísticas permiten a los actuarios modelar el comportamiento regular de los sistemas.

Para la seguridad social, el arquetipo de aplicación es la evaluación de un plan de pensiones. Un estudio actuarial utiliza micro-datos demográficos y tablas biométricas que proporcionan información sobre las probabilidades de fertilidad y mortalidad, información sobre contribuciones y beneficios, hipótesis sobre el comportamiento esperado de variables externas (como los intereses financieros y las tasas de inflación). Los productos son proyecciones sobre ingresos, gastos y déficit en el tiempo, medidos en flujos de efectivo y otras métricas contables (tales como los pasivos de pensiones medidos en diferentes momentos).

En la medida en que las hipótesis utilizadas en un modelo actuarial sean precisas, las proyecciones tienden a ser correctas. En un plan de pensiones privado, en el que el asegurador pueda controlar el ingreso de las personas, el precio cobrado, el costo administrativo y otras variables, los estudios pueden ser muy precisos. Del mismo modo, vamos a obtener un estudio actuarial bastante preciso para un plan de pensiones nacional en un país con estabilidad en las variables demográficas, inflación baja y predecible, estabilidad financiera y una cobertura cercana a la universal. Por otra parte, es posible encontrar que los estudios actuariales en los planes nacionales de pensiones pueden llegar a producir grandes errores de proyección en un país que experimenta grandes transformaciones demográficas, una incierta relación entre los salarios e inflación, y una gran economía informal que puede agotar el crecimiento de los programas de seguridad social.

En el área de seguro de salud, los estudios actuariales han ido creciendo en tamaño y complejidad, porque los gastos de salud también han registrado un crecimiento exponencial. Estos estudios pueden hacer uso de información muy detallada sobre diagnósticos y costos unitarios que pueden ser producidos por los sistemas de información contemporáneos utilizados en los hospitales y los fondos de salud. El principal desafío enfrentado por el enfoque actuarial ha sido que los costos de tratamiento pueden cambiar mucho debido a la introducción de nuevos medicamentos y tratamientos, y el comportamiento de los individuos y los proveedores de servicios de salud también puede cambiar sustancialmente en períodos relativamente cortos de tiempo.

¿Existe una norma sobre la cual podamos utilizar estudios actuariales? En cierto sentido la respuesta es simplemente que siempre podemos hacerlo, y las grandes bases de datos producidas por las administraciones de la seguridad social contemporánea y de los proveedores de salud deben utilizarse intensivamente. No obstante, debemos tener cuidado en la interpretación de los resultados

siempre que podamos esperar cambios importantes en el comportamiento debido a nuevas condiciones, como nuevas normas para participar en los programas, una transformación de las reglas para la financiación de proveedores, una gran inestabilidad económica y otros acontecimientos que pueden alterar el comportamiento (como los grandes aumentos en el precio de los medicamentos).

II.2.3 Enfoque Fiscal

El enfoque fiscal es relativamente simple: se mide el flujo en efectivo producido por los programas sobre el presupuesto gubernamental y la deuda pública. Para ello, se hace uso de los modelos actuariales y económicos. En ese sentido, puede ser visto como una aplicación especializada de estos dos enfoques.

Es útil examinar en particular el modo en que los países evalúan los impactos fiscales de la seguridad social. Este no es el único criterio que utilizan los gobiernos para tomar decisiones, pero es muy importante. Las principales referencias de comparación internacional al enfoque fiscal son la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y las organizaciones financieras internacionales. Estos producen informes sobre el tema y cada vez más se han preocupado por el impacto de la seguridad social en las finanzas públicas. En los capítulos especializados examinaremos los principales informes existentes. Vamos a ver que el mayor interés se ha centrado en el papel de los planes de pensiones, pero que existe una conciencia de la posibilidad de que un seguro de salud pueda tornarse en una preocupación aún mayor para las finanzas nacionales.

II.2.4 Investigación de Operaciones

La investigación de operaciones es un campo de ingeniería. Éste modela procesos administrativos en detalle, mide sus costos y tiene como objetivo rediseñarlos de una forma óptima. En la medida en que tales procesos puedan ser adecuadamente modelados y la contabilidad financiera de las agencias

permita la medición de gastos, la investigación de operaciones puede proporcionar información interesante para mejorar la gestión de las agencias.

Las principales aplicaciones de interés para la seguridad social se encuentran en el ámbito de prestación de servicios. Podemos considerar un ejemplo para ilustrar las aplicaciones. Vamos a considerar dos hospitales. El Hospital A está situado en una ciudad, región poblada por familias de bajos ingresos, y el otro (Hospital B) se encuentra en un entorno de clase media. Uno tiene más médicos, pero el otro tiene más camas. Uno tiene un mayor presupuesto por usuario que el otro. ¿Cómo podemos medir y comparar su eficiencia? ¿Medimos el número de cirugías por cama? ¿Utilizamos preferiblemente el número de cirugías por médico? ¿Queremos medir el número de consultas por persona cubierta? Una respuesta es que todos estos indicadores pueden proporcionar apreciaciones sobre las operaciones de los hospitales, pero puede ser muy difícil o incluso imposible llegar a conclusiones útiles para la toma de decisiones. ¿Deberían los recursos del presupuesto adicional ser asignados a uno de estos hospitales? ¿Está uno de ellos derrochando recursos? ¿Tienen demasiados médicos? El Recuadro II.1 trata este punto.

La investigación de operaciones (IO) ofrece soluciones sistemáticas a estas preguntas. Mediante el modelado de todo el proceso de prestación de servicios, la IO permite hacer comparaciones entre diferentes hospitales en la eficiencia en el uso de los recursos. También permite medir el grado de ineficiencia, y la vinculación de la medida de ineficiencia con recursos de insumos. Por ejemplo, un enfoque de IO puede rendir informes como el siguiente: "El Hospital A es 10% más eficiente que el Hospital B, y dos terceras

partes de esa diferencia proviene del exceso de consumo de medicamentos y el resto proviene de la ineficiencia en el uso del tiempo médico". Afirmaciones como esta pueden ser muy útiles para una administración, pero pueden ser difíciles de alcanzar en la ausencia de un enfoque bien definido de medición de las operaciones.

El enfoque de la IO requiere información detallada sobre los procesos que producen el servicio, el costo de los insumos y la medición de los resultados. En el ejemplo del hospital podríamos vernos obligados a definir como resultados el número de consultas y el número de cirugías, porque ésta es la única información proporcionada por las bases de datos existentes; sin embargo, probablemente preferiríamos utilizar la salud de la población como resultado, pero es posible que no podamos medir esa variable o que no sea fácil vincularla con la información disponible sobre los insumos (medicamentos, camas y horas de trabajo por médico).

Sin embargo, no debemos descartar el enfoque debido a la dificultad señalada en el ejemplo que acabamos de formular. Las administraciones de la seguridad social pueden obtener ganancias de desarrollar una estrategia de IO. Por ejemplo una agencia puede identificar en una forma muy detallada y precisa el proceso seguido para pagar las pensiones. Luego puede evaluar la eficiencia de cada una de sus propias oficinas o la de sus intermediarios (como los bancos) que pagan las pensiones, que pueden ser miles en un país grande, lo cual es muy difícil de comparar con otros métodos. Incluso en los casos más difíciles los métodos de IO serán útiles en la organización y comprensión de la información.

Recuadro II.1 ¿Por Qué la Forma Habitual para Medir Puede Ser Engañosa?

Tal vez la forma más común de evaluación de muchos programas de seguro social es a través del uso de listas de indicadores. Para el enfoque de investigación de operaciones éstos son "indicadores de cociente", que plantean un problema fundamental. El término de indicadores de cociente proviene de la forma en que se calculan los indicadores, como la proporción de dos variables: las cirugías por quirófano, el tiempo necesario para tramitar una reclamación de incapacidad y la lista de espera con relación al número de servicios prestados.

La lista de indicadores de cociente podría llenar un denso libro, lo cual plantea un gran reto. Para ver el problema a través de un ejemplo, supongamos que tenemos dos hospitales. Ambas unidades hacen muchas de las mismas intervenciones y se evalúan a través de una lista de decenas o incluso cientos de indicadores (como es el caso en la mayoría de los países). Sin embargo, uno de ellos es grande y está situado en una ciudad grande y el otro es pequeño y sirve a una pequeña ciudad. No sería sorprendente que uno informara constantemente mejores resultados para algunos indicadores y constantemente peores resultados para los demás. Por ejemplo, los hospitales de grandes ciudades con frecuencia tienen más ocupadas las salas de emergencia y tienen excesos de costo por atender más enfermedades complejas; por el otro lado, tienen costos unitarios más bajos y mayores tasas de ocupación. Ante estas contradicciones sistemáticas, necesitamos una metodología para ponderar los resultados de acuerdo con el medio ambiente de cada hospital.

Pero hay más. Digamos que hay un tercer hospital que también es el mejor en algunos indicadores y el peor en otros. Se puede demostrar que aún cuando este hospital sea el menos eficiente de los tres, aparecerá como mejor que los otros cuando se utiliza una estrategia de indicadores de cociente.

Afortunadamente, hay técnicas para hacer frente a estas cuestiones. Una defendida por ingenieros y economistas se denomina "análisis de la envolvente de los datos" o *DEA (data envelopment analysis)*. El artículo por Charnes, Cooper y Rhodes (1978) es considerado seminal, y Ramanathan (2003) es una referencia útil para los profesionales. A través de esto es posible alcanzar la coherencia de la evaluación de las unidades operativas (hospitales y clínicas, oficinas de servicio al cliente, y otros). El *DEA* también permite medir el grado de ineficiencia y vincula la medida general de la ineficiencia con el uso de determinados insumos.

Al igual que con cualquier estrategia de evaluación, las aplicaciones necesitan una comprensión de la gestión de las posibilidades y limitaciones, para poder interactuar con los expertos. Al igual que con otras técnicas contemporáneas, se trata de un compromiso por parte de la administración para invertir en el desarrollo de bases de datos y en el uso de las herramientas. Sin embargo, cualquier administrador de una gran agencia que se ha enfrentado con una de esas interminables reuniones para evaluar los indicadores que parecen ser contradictorios podrían apreciar la posibilidad de desarrollar formas coherentes para medir los resultados.

Fuente: elaboración propia.

II.3 Enfoques Administrativos

No hay tal cosa como una teoría de administración para guiar esta sección. En los otros enfoques hay un conjunto de conocimientos y una comunidad de profesionales que siguen una teoría para definir la manera de evaluar. Si bien es claro que hay escuelas de administración, no hay una teoría de la

administración que defina hipótesis y métodos acerca de cómo gestionar.

El objetivo de una administración se define por su visión. Posteriormente las organizaciones definen estrategias, procedimientos, incentivos y esquemas de pago, y lo que sea necesario para lograr sus metas. La evaluación de la gestión sigue naturalmente esas

definiciones. Algunas veces, en el sector privado una empresa muy competitiva puede decidir que su único criterio de evaluación son los beneficios económicos. La mayoría de las veces la realidad es más compleja, e incluso las firmas con fines de lucro requieren de la evaluación de operaciones y metas.

Para las organizaciones sin fines de lucro, como es el caso habitual de las instituciones de seguridad social, la evaluación administrativa nunca puede enfocarse en las utilidades económicas. Por otra parte, la visión de la agencia se establece usualmente por mandato de ley, e incluso los procedimientos administrativos son a menudo definidos en la legislación o en normas definidas por una autoridad distinta a la propia institución. Debido a que usualmente una agencia tiene que operar un programa definido por ley, no siempre se ve obligada a combinar criterios de eficiencia, servicio al cliente, confiabilidad, rendición de cuentas y otros. Estas agencias pueden ser públicas o privadas, sin fines de lucro o con fines de lucro, pueden ser nacionales o regionales, pueden integrar aspectos de la provisión financiera y de la provisión de servicios o pueden especializarse, y pueden manejar un único programa o integrar varios de ellos.

Para la mayoría de los países la evaluación final de las agencias de seguridad social no se lleva a cabo por el propio organismo, a menudo ni siquiera por el gobierno, sino a través de elecciones de funcionarios ejecutivos (presidentes y primeros ministros), y los cuerpos legislativos realizan las decisiones finales sobre el valor de los programas y las formas en que deben ser reformadas. Sin embargo, al igual que el beneficio puro es rara vez el único criterio para evaluar a una empresa privada, en particular cuando el objetivo es gestionarla, una agencia de seguridad social no puede esperar a las decisiones políticas para orientar sus operaciones diarias. Por lo tanto, los enfoques administrativos deben ser definidos de acuerdo con la visión de la agencia a cargo. Ellos están fuertemente definidos por las prácticas administrativas y de organización, y esto a su vez depende de las habilidades y los conocimientos del

personal directivo, así como de las tecnologías disponibles en el mercado.

¿Qué pueden hacer las empresas y las agencias para evaluar las operaciones y resultados y ser mejor administradas? ¿Existe un catálogo de opciones, un conjunto de decisiones contenidas en un menú para escoger las mejores alternativas? La respuesta corta a la segunda pregunta es no. Por el contrario, la mejor forma de gestionar es usualmente resultado de una combinación única de habilidades de gestión, del capital humano del personal, de la herencia dejada por administraciones anteriores en los sistemas de información y activos fijos, de la capacidad para financiar los ajustes a la administración, de la presión procedente de las operaciones diarias, y de otros factores que hacen única cada organización, tales como su tamaño e incluso su suerte en un punto dado en el tiempo.

La diversidad de enfoques que pueden seguirse no contradice que existan principios de gestión y técnicas que han pasado a ser generalmente aceptadas y tienden a ser utilizadas con más frecuencia. Las tasas de éxito deben mejorar para las instituciones dispuestas a disciplinar su administración a través de una combinación adecuada de estas técnicas. Tal vez el principio que resume estos enfoques es el que establece la necesidad para medir las actividades y los resultados de gestión. "Si no se puede medir, no se puede administrar", es el *cliché* pertinente. Pero entonces, medir exige una definición de los objetos a ser medidos, de las métricas para hacerlo, y de una estrategia sobre la manera de resolver los problemas.

Uno de los pioneros de la tendencia hacia la evaluación de la administración fue Edwards Deming, quien proporcionó la siguiente visión sobre la evaluación: "Las medidas de productividad son como las estadísticas sobre accidentes: dicen todo acerca del número de accidentes en el hogar, en la carretera y en el lugar de trabajo, pero no indican cómo reducir la frecuencia de accidentes" (1982, pp. 15). Con los años, las corporaciones y las escuelas de

administración han definido metodologías mejoradas para definir qué medir y cómo hacerlo. En las siguientes subsecciones discutimos tres enfoques que han tenido un impacto significativo sobre la administración de las agencias de seguridad social: el movimiento de calidad, el marcador balanceado y el *six-sigma*. Estos términos no se refieren a teorías o hipótesis, y éstas no siempre se consideran, o sólo se toman en cuenta como técnicas de evaluación. Por el contrario, cuando una organización cuenta con una de estas técnicas la utiliza para definir los procesos de operación, de recursos humanos y financieros, y la evaluación es un resultado natural.

Lo ideal sería que una organización realizara su evaluación en una forma totalmente integrada con sus acciones de funcionamiento. Por ejemplo, los datos utilizados para la información son idealmente los mismos que se utilizan para tomar decisiones diarias. Las nuevas tecnologías están haciendo estos enfoques cada vez más valiosos. En el pasado el caso habitual era que la información para la toma de decisiones ejecutivas se diera en forma estadística y con retrasos significativos con respecto a las operaciones reales. Hoy en día, muchas organizaciones han sido capaces de "eliminar las costuras", y pueden utilizar la información para todos los niveles de gestión, básicamente en línea y bajo-demanda.

II.3.1 El Movimiento por la Calidad

Tal vez el enfoque de gestión con mayor penetración en las agencias de seguridad social es el que gira en torno al concepto de calidad. Esto se define por la adopción de normas y el cumplimiento de las mismas. Si bien el término "calidad" es muy general y puede emplearse en otros contextos interesantes, en esta sección nos referimos al enfoque específico basado en la normalización y medición del cumplimiento con el estándar.

El enfoque de calidad comenzó a ser aplicado con éxito en la industria manufacturera. La medición de la calidad con relación al número de productos elaborados con defectos es un concepto bastante

sencillo. Sin embargo, los productores se dieron cuenta que para conseguir calidad de los bienes finales era necesario impregnar todo el proceso de producción con un enfoque de calidad, para reducir errores de logística, en líneas de producción, en transacciones financieras, en respuesta a las preguntas del cliente, y así sucesivamente. Las normas para promover el control de calidad fueron de gran utilidad desde el advenimiento de la manufactura moderna. Sin embargo, no hay duda de que fue por los años ochenta que el enfoque comenzó a ganar la gran fuerza que tiene ahora, cuando se fusionó con los criterios de gestión que hacen hincapié en la medición de las operaciones y resultados como fundamentales para el éxito de una organización.

A partir de las aplicaciones en fábricas el enfoque empezó a extenderse a otros campos, y hoy se utiliza en forma importante en las industrias de servicios, en particular en el gobierno, la atención de la salud y las finanzas. Entre las aplicaciones más relevantes para la seguridad social están las relacionadas con los fondos de pensiones, incluyendo la inversión de fondos, las operaciones del sistema de pensiones, tales como el pago de beneficios, determinación de la condición de discapacidad y el registro de empleadores y trabajadores; la atención de la salud, tanto a nivel de prestación y gestión de riesgos; la seguridad e higiene, a nivel de un fondo que gestiona los riesgos y al nivel de un empleador. De acuerdo con el *Quality Management Institute (QMI—proveedor de servicios de registro para normas de calidad; www.qmi.com—)*, un enfoque de calidad proporciona las siguientes ventajas: la racionalización de los procesos, la reducción de desperdicios y de trabajo duplicado, la mejora de la productividad, la reducción de costos, la capacidad de ampliación de producción, la reducción de tiempo del ciclo, el logro de mayores estándares de calidad de las partes, extendiendo la capacidad del proceso, y el aumento de la flexibilidad del proceso, la preparación para la producción de nuevos productos y la mejoría en las relaciones intergrupales.

El movimiento por la calidad con frecuencia emplea normas elaboradas por la Organización Internacional de Normalización (*International Standards Organization ISO*), una organización no gubernamental en el marco de las Naciones Unidas, cuyos miembros son las autoridades nacionales de estándares. La *ISO* trabaja en muchas cuestiones diferentes de la gestión de calidad (*quality management QM*), porque los estándares tienen otros usos importantes, como la seguridad y la información. Por otra parte, mientras que la *ISO* es un actor global, muchas industrias han especializado los órganos de regulación, y la *ISO* no tiene autoridad para hacer cumplir las reglas. Para el caso del *QM*, *ISO* emite los estándares, los órganos nacionales de acreditación regulan a las agencias de certificación, y éstas últimas certifican a las empresas, las agencias gubernamentales y a otras organizaciones dispuestas a adoptar una norma *ISO*.

¿Quién acredita? ¿Quién certifica? En los grandes países con una demanda importante para el enfoque de calidad se ha desarrollado un órgano nacional encargado de la acreditación para los sistemas de gestión. En las Américas, éstos son los siguientes: la *ANSI-ASQ* Junta Nacional de Acreditación en los Estados Unidos, el Consejo de Normas de Canadá (*SCC*), la Entidad Mexicana de Acreditación A.C. (*EMA*), el Consejo Internacional de Supervisión Automotriz (*IAOB*), el Organismo Argentino de Acreditación (*OAA*), la Coordinación General Brasileña para la Acreditación *CGCRE*, del Instituto Nacional de Metrología, Estandarización y Calidad Industrial (*INMETRO*), y el Instituto Nacional de Normalización (*INN*) de Chile. Estos consejos nacionales proporcionan acreditación a los órganos certificadores. A su vez, las agencias de certificación son empresas que apoyan a las organizaciones interesadas en la adopción de un estándar y el registro del mismo.

A nivel mundial, el Foro Internacional de Acreditación (*International Accreditation Forum IAF*) y los acuerdos de cooperación multilateral coordinan los sistemas de gestión de calidad (*quality*

management system QMS) y las actividades de acreditación de los sistemas de gestión del medio ambiente (*environmental management system EMS*). Si bien puede haber varios estándares relevantes de *ISO* para las agencias de seguridad social en función del alcance de sus operaciones, la más comúnmente utilizada es la *ISO-9001*, que trata el tema del *QMS*. Típicamente, una organización dispuesta a pasar por un proceso de registro seguirá el siguiente ciclo: 1) hacer una propuesta a un organismo de certificación, el cual es un tipo de consultor certificado por una junta nacional; 2) el organismo de certificación acepta la solicitud y asigna un auditor; 3) la documentación se revisa; 4) dependiendo del estándar, puede haber una etapa de evaluación previa; 5) se lleva a cabo una auditoría formal; 6) la organización tiene que corregir la faltas encontradas; 7) el organismo de certificación registra y emite un certificado, y la organización puede declarar que está certificada por *ISO*; 8) el organismo de certificación llevará a cabo auditorías de vigilancia; y, 9) habrá auditorías para volver a certificar.

El enfoque de calidad es ampliamente reconocido por su capacidad de proporcionar una metodología amplia y eficaz para la gestión de calidad, guiar a la agencia a lo largo del proceso de mejora, y transmitir a sus clientes y proveedores lo que se debe esperar de la organización. Por ejemplo, un instituto de certificación puede ayudar a una agencia de servicios de seguridad social a mejorar la gestión del proceso del pago de beneficios, y puede ayudar a una agencia de salud a garantizar a sus beneficiarios que los procedimientos de reembolso en los gastos de salud o la admisión de pacientes al tratamiento se apliquen equitativa y coherentemente.

Hay dos críticas principales en la utilización de los estándares *ISO*. Una se refiere al costo de aplicación y las demás a la posibilidad de su uso indebido. Sobre el costo de aplicación, esto no es realmente una deficiencia del enfoque de calidad. Ciertamente, hay costos de entrenamiento y de obtención de la certificación, pero cada organización

tiene que tomar una decisión acerca de esto sobre la base de criterios claros: ¿Esperamos que las ganancias esperadas en costos operativos y en la calidad de los servicios que proveemos supere el costo de adaptar y certificar el estándar? La crítica sobre el mal uso del proceso puede ser válida en algunos casos, pero no está claro que esta forma de abuso sea muy grande. La cuestión es que una organización puede obtener la certificación, principalmente con fines de mercadotecnia sin hacer un esfuerzo por mejorar. Es decir, se puede certificar un procedimiento defectuoso y no trabajar en la mejora del mismo. Si bien es probable que unas pocas organizaciones puedan intentarlo, a mediano plazo esta forma de abuso no puede ser importante. Las razones son que el proceso de certificación implica costos que no serán justificados si no se consiguen mejoras, y los agentes externos (clientes y proveedores) finalmente se darán cuenta de que la organización no está proporcionando ningún beneficio real del proceso de certificación. Por otra parte, parece ser legítima la pregunta sobre si este tipo de abuso puede ser más común en los monopolios y las agencias públicas que no se enfrentan a la disciplina de la competencia.

II.3.2 El Enfoque *Six-Sigma*

El enfoque *six-sigma* ha sido considerado un gran éxito en ayudar a las organizaciones para lograr una calidad muy alta en sus operaciones y en el suministro de bienes y servicios. Permite la definición de los procesos administrativos e incorpora internamente su medición. Para ser aplicado, requiere algo más que un compromiso de gestión para seguirlo; básicamente, exige que toda la administración sea rediseñada siguiendo los principios de gestión.

La etiqueta que se aplica a la técnica proviene de la letra griega *sigma* (σ), que es empleada por los estadísticos para denotar un cierto grado de desviación de una variable con respecto a su promedio o valor esperado. De este modo, una administración capaz de definir adecuadamente un

proceso o un resultado puede medir y calcular que tan lejos se desvía éste del valor esperado por medio de una medición denominada por dicho símbolo. El *six* en *six-sigma* significa que se buscan niveles muy bajos de error; se pueden permitir otros valores, pero el que se utiliza originalmente en las aplicaciones denota un gran compromiso con la calidad. Por ejemplo, una agencia a cargo de un plan de pensiones puede decir algo como esto: "tenemos que pagar las pensiones el primer día del mes y vamos a medir la cantidad de días de retraso que tenemos en promedio. Para ello vamos a medir estadísticamente los errores y vamos a disminuirlos a cierto nivel".

El *six-sigma* sigue una estrategia bien conocida en el mundo empresarial. *Six-sigma* utiliza datos y análisis estadísticos para medir y mejorar el rendimiento operativo de una empresa. Las descripciones habituales se refieren a las aplicaciones para el desarrollo de productos y las aplicaciones para mejorar los procesos existentes. Las Gráficas II.1 y II.2 resumen estos dos enfoques. "DMAIC" es un acrónimo que representa las cinco fases de la metodología de mejora de *six sigma*: Definir la medida, Mejorar, Analizar y Controlar, perspectiva que se utiliza para la mejora del proceso o del producto. "DMEDI" es un acrónimo que representa las cinco fases para el desarrollo de productos: Definir, Medir, Estudiar, Desarrollar e Implementar. DMEDI está diseñado para asegurar que tanto el objetivo operativo como el resultado financiero final se cumplan. No estamos interesados aquí en explicar estas técnicas en detalle (Islam 2006 puede servir como introducción). Por el contrario, queremos apuntar a *six-sigma* como una de las estrategias exitosas fomentadas en algunas industrias en los últimos tiempos.

Después de la sección anterior referente al movimiento por la calidad, es evidente que la estandarización de las operaciones puede ser útil para medir los errores y, por tanto, para aplicar una estrategia *six-sigma*. Sin embargo, también debe quedar claro que este enfoque no requiere del uso

de los estándares de ISO; lo que se necesita para aplicar una estrategia *six-sigma* es un compromiso de toda la organización para trabajar en hacer que

funcione. Esto involucra importantes niveles de entrenamiento y coherencia en la aplicación para que sea efectiva.

Gráfica II.1
Modelos Six Sigma: DMAIC y DMEDI

DMAIC: Mejorar el (los) proceso (s) existente (s)



DMEDI: Diseñar nuevo (s) producto (s) o proceso (s)



Fuente: Tomado de Islam 2006, p.24.

Gráfica II.2
DMAIC: Fase de Definición



Objetivo	Actividades	Herramientas	Entregables
<ul style="list-style-type: none"> Entender el problema Desarrollar un cuadro de problemas Identificar temas críticos para la calidad (CTQs) Desarrollar un plan para administrar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un caso de negocio Desarrollar una declaración de oportunidades Desarrollar la declaración de metas Identificar el alcance del proyecto Desarrollar el plan del proyecto Mapear el Proceso 	<ul style="list-style-type: none"> Forma de análisis de los accionistas Formato para cuadros Diagrama de afinidades Mapas de proceso 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro del proyecto Declaración de metas Definición del alcance Mapas de proceso Equipo Crítico para la calidad Definir puertos de entrada

Fuente: Tomado de Islam 2006, p.25.

II.3.3 Marcador Balanceado¹

El marcador balanceado (*BSC*) es una metodología que se ha vuelto popular para organizar los grandes flujos y acervos de información disponible para las organizaciones contemporáneas. Al igual que ocurre con los planteamientos más teóricos (económicos, actuariales o investigación de operaciones), la explosión en el tamaño de las bases de datos y en la capacidad de cálculo ha hecho que sea factible adoptar modelos de una sofisticación que era inalcanzable hace unos años. El progreso esperado en esas variables es aún muy amplio, y la capacidad para desarrollar estos modelos se incrementará también en un alto porcentaje por lo menos durante algunas décadas.

Antes de explicar el enfoque de *BSC*, podemos señalar unos cuantos ejemplos sobre el volumen de información que puede estar disponible para una organización de seguridad social:

- Información en línea sobre aplicaciones de beneficios por discapacidad. Un organismo de seguridad social puede saber quién está solicitando un beneficio, por qué motivo, y exactamente al momento en que la solicitud se presenta.
- Un fondo de seguro de salud puede conocer el nivel de ocupación de cada tipo de cama de hospital entre miles que utilizan su financiación. Aún más, es posible saber quién es el paciente de la cama, y qué diagnóstico se está proporcionando por los médicos.
- Un sistema de cuidado infantil puede proporcionar a los padres acceso inmediato a la información sobre lugares disponibles en los centros de cuidado de niños, a través de internet o de un número de teléfono gratuito. Este contacto puede incluir información sobre la elegibilidad de la familia a subsidios, a los

servicios prestados por el centro y sobre el estado de un niño en un punto dado en el tiempo.

Los ejemplos pueden multiplicarse, pero un reto para cualquier directivo encargado de recibir toda esta información es cómo organizar todos esos datos de manera significativa. El marcador balanceado es un intento para hacerlo. Es utilizado por la mayoría de los grandes paquetes de *software* para permitir a todos los que componen la organización participar en la gestión estratégica y acceder a información actualizada sobre las actividades cotidianas para contribuir al éxito organizacional.

Una ventaja del *BSC* es que las revisiones de rendimiento pueden hacerse más fáciles y coherentes para todos los niveles y departamentos en una organización. La estrategia del *BSC* no puede considerarse únicamente como una forma de gestionar y organizar los datos. En lugar de ello, adopta una "visión de causalidad", e intenta organizar la información de manera tal que señale por qué las cosas están funcionando o no. El enfoque *BSC* también utiliza planteamientos psicológicos para lograr la mejor interfaz posible entre los modelos estadísticos y la comprensión humana. Por lo tanto, una de sus características es lograr una estructura de información que permita a cada individuo en la organización acceder fácilmente a la evaluación de la información que sea relevante para él mismo. El *BSC* es a veces ilustrado por medio de un modelo gráfico con cuatro "paredes", cada una de ellas dedicada a una función estratégica: recursos humanos, finanzas, operaciones y servicio al cliente. Esta descripción cambia a través de aplicaciones, las cuales dependen de la organización usuaria. Por ejemplo, una alternativa de visualización lista el servicio al cliente, finanzas, procesos internos, y aprendizaje y crecimiento.

¹ El término *balanced scorecard* ha tenido diversas traducciones al español. Entre ellas tablero de control y tablero de mando. Consideramos que marcador balanceado es una traducción más correcta. De cualquier forma, mantenemos la abreviatura *BSC* por ser ésta de uso común.

De la descripción anterior se puede deducir que una aplicación de *BSC* puede hacer uso intensivo de todas las otras técnicas de evaluación y seguimiento mencionadas en este capítulo. Un buen *BSC* tendrá construidos integralmente modelos econométricos y actuariales para determinar relaciones causa-efecto, medirá la forma en que esté trabajando una estrategia de calidad, empleará investigadores de operaciones de manera intensiva, y así sucesivamente. En el Recuadro II.2 explicamos la "minería de datos", una técnica que ha crecido en popularidad y que es altamente complementaria al enfoque *BSC*.

II.3.4 Enfoques Financieros

En la práctica, parece haber dos "síndromes" que afectan la evaluación de los programas de seguridad social. Algunas veces, la evaluación está sesgada hacia lo financiero, debido al peso político dado al control fiscal. El otro síndrome consiste en centrarse sobre información simple y parcial debido a la falta de información financiera apropiada: algunos programas públicos y de agencias no desarrollan estados financieros adecuados, haciendo muy difícil medir los costos y aplicar las técnicas básicas de gestión, porque incluso cuando los asuntos financieros son sólo una herramienta para proporcionar servicios finales, son necesarios para la buena gestión.

En esta sección no queremos detenernos a explicar la forma en que las evaluaciones financieras se están realizando por las agencias de seguridad social. Sólo queremos señalar que los dos síndromes pueden ser saneados. Un programa que está siendo evaluado en forma predominantemente financiera debe evolucionar a un enfoque más equilibrado. Esto parece ser un caso más común en los programas de pensiones y en las agencias creadas como empresas estatales. Parte de este síndrome es la creciente atención en los enfoques de control interno. En toda la región, la transparencia y las legislaciones de control de presupuesto han creado grandes órganos reguladores encargados de la vigilancia de los

programas de seguridad social y de programas públicos en general. Estas normas se centran principalmente en cuestiones financieras. Por ejemplo, la evaluación del proceso de abastecimiento sigue básicamente el cumplimiento de los procesos establecidos en las leyes sobre adquisición. Ciertamente, el cumplimiento de una ley sobre adquisición de una agencia pública debe ser siempre un tema importante en la agenda, pero no debe hacer olvidar que el objetivo de la agencia es proporcionar los servicios de salud.

El otro síndrome, la falta de información financiera, es común en los programas públicos que han operado en una forma centralizada (esto es, como parte de un departamento gubernamental), y por lo tanto no han desarrollado adecuadamente la contabilidad financiera. Este es el caso de algunos sistemas de salud pública, cuidado de niños y otros programas financiados directamente de presupuestos centrales y, a menudo, también gestionados de forma centralizada. Las finanzas básicamente giran en torno a la información y son mecanismos de señalización que ayudan a organizar las operaciones, los recursos humanos y los servicios suministrados. Por lo tanto, en ausencia de desarrollos básicos, los programas y las agencias se pueden encontrar incapacitados de desarrollar la evaluación básica y estrategias de control.

II.3.5 Retos Jurídicos y Tecnológicos

Las estrategias de evaluación están obligadas a enfrentar los desafíos provenientes de cuestiones de privacidad y otras restricciones legales, y de la rápida innovación en las tecnologías de información. Las tecnologías de información, las capacidades de *software* y las aplicaciones para la evaluación no pueden ir en otra que no sea la dirección que la de hacerse más complejas y valiosas en los años venideros. Si bien la transparencia es un valor en una sociedad democrática, es evidente que no toda la información puede o debe ser pública. Por ejemplo, los ciudadanos tienen derecho a mantener de manera

Recuadro II.2 Minería de Datos

Los administradores con frecuencia se enfrentan con modas administrativas. Éstas llevan nombres peculiares y en ocasiones misteriosos y motivadores. Sin embargo, no siempre es fácil para los no expertos juzgar cuando existe un reclamo legítimo de una innovación. La "minería de datos" es una frase que ha ido ganando popularidad, y explicamos en este recuadro cómo se integra dentro de una estrategia de evaluación integral para una administración de la seguridad social.

La "minería de datos" se define como el proceso de exploración y de análisis por medios automáticos y semi-automáticos de grandes cantidades de datos con el propósito de descubrir reglas y patrones con significado. Hay varios sinónimos para el término minería de datos: aprendizaje de máquina, estadística de aprendizaje, descubrimiento de conocimientos, inteligencia artificial y otros.

La minería de datos es usualmente subdividida en dos grandes conjuntos de aplicaciones. En el aprendizaje supervisado el objetivo es predecir el valor de un resultado sobre la base de un grupo de métricas de insumos. En el aprendizaje no supervisado no existe una medición del producto y el objetivo es describir asociaciones en patrones de medidas de insumos.

Algunos ejemplos arquetípicos de la minería de datos incluyen la predicción del orden de respuesta en una base de datos de transacciones, predecir la falta de pago de un crédito para el consumidor a partir de los datos del acreedor, detectar el fraude de los registros de facturación, predecir la actividad proveniente de una base de datos de transacciones, detectar ataques a una red de tráfico de datos, y detectar *spam* a partir de los patrones de palabras en encabezados y los textos de correo electrónico.

El enfoque más práctico es el aprendizaje supervisado. Esta es la herramienta más desarrollada en las aplicaciones. Aquí es indispensable pensar en las grandes bases de datos que permitirán el uso del paradigma típico de aprendizaje automático. Por lo general, hay una necesidad de muestras muy grandes para el aprendizaje y una o más muestras adicionales para su validación.

No es difícil pensar en aplicaciones que serán de utilidad para la seguridad social. Por ejemplo, una agencia puede estar preocupada por la forma de recuperar trabajadores que han abandonado el sistema y se trasladan a la economía informal. A veces, el análisis es cuantitativo, pero también es posible desarrollar modelos cualitativos más sofisticados para estudiar, por ejemplo, la función de los salarios y de comportamiento de las empresas en la economía regional y otros factores. Por su propia naturaleza, la seguridad social es un programa con bases de datos muy grandes, y dentro de éstos la información sobre las personas y empleadores es también muy abundante. Este enorme volumen fue tecnológicamente intratable en el pasado, pero con la capacidad contemporánea para procesar datos, parece que la minería de datos puede ser altamente rentable para un organismo de seguridad social.

Con respecto a otros enfoques estudiados en este Informe, se puede mencionar que la minería de datos emplea intensivamente a la econometría y a la estadística. En este sentido, esto la hace parte de los enfoques que se explicaron en las secciones anteriores. Buenas aplicaciones de minería de datos pueden ser utilizadas en un enfoque de calidad, en una estrategia *six-sigma*, y alimentar un marcador balanceado.

Para un funcionario de una institución de seguridad social el objetivo no debe ser aprender la técnica de minería de datos. Más bien, el funcionario debe tener una comprensión del tema a un nivel operativo, incluyendo la comprensión de los límites de la minería de datos, las herramientas disponibles, la calidad de la labor llevada a cabo por especialistas, y utilizar el menú de herramientas basadas en menús de datos.

El éxito en una aplicación depende fundamentalmente de la labor de consolidación, limpieza y organización de datos. Los resultados utilizarán en forma fundamental el marcador balanceado. El *software* para la minería de datos se vende comercialmente, y debe ser compatible con la arquitectura de los sistemas de la organización.

Fuente: elaboración propia.

privada la información personal sobre los tratamientos médicos, el estado civil o el ingreso por una pensión.

Incluso la información sobre las actividades de las agencias públicas puede ser materia de uso indebido si se adopta una inadecuada regulación sobre la revelación (por ejemplo, si la información sobre subastas públicas de contratación pueden incrementar indebidamente los costos de la prestación de servicios). Por lo tanto, es necesario identificar y evaluar los principales desafíos legales enfrentados por las estrategias de evaluación a medida que la tecnología permite estrategias más valiosas pero también más complejas.

II.4 Ventajas Comparativas de los Enfoques

Esta sección presenta una comparación de las relativas ventajas y debilidades de cada uno de las perspectivas presentadas. El Cuadro II.2 resume el debate. Los administradores no son usualmente expertos en los enfoques académicos, ni tienen por qué serlo. Por el contrario, el objetivo debe ser que cualquier administrador sea capaz de comprender el poder de los enfoques para aprovecharlos y para interactuar con los expertos.

II.5 Enfoques de las Principales Organizaciones Internacionales

Esta última sección describe brevemente los enfoques de algunas de las principales organizaciones internacionales. Cada una de ellas tiene una visión específica y desarrolla metas en relación a ello. Naturalmente, sus evaluaciones tienden a ser coherentes con sus objetivos. Algunas de estas agencias están especializadas en un subconjunto de riesgos sociales cuyos enfoques a veces son ponderados hacia criterios financieros, fiscales, sociales u otros; las agencias algunas veces son regionales y globales; algunas son públicas, algunas son privadas, otras son organizaciones no gubernamentales (ONG) o híbridos; y así sucesivamente. También es pertinente notar que algunas áreas de

evaluación parecen haber recibido más atención, mientras que con respecto a algunos otros riesgos sociales parece darse una gran brecha en la medición y la comprensión de realidades.

La evaluación de las agencias internacionales a veces se refiere a sus propias operaciones y otras a los programas y agencias de sus países miembros. Por ello, el objetivo de esta sección es proporcionar referencias sobre los esfuerzos de evaluación expuestos por las agencias internacionales, para apoyar su uso sistemático por medio de las agencias de seguridad social.

Banco Mundial

El Banco Mundial realiza evaluaciones tanto de sus operaciones como de eventos sociales con el objetivo de apoyar sus propias operaciones. Las primeras se llevan a cabo por el Grupo de Evaluación Independiente (*Independent Evaluation Group, IEG*), creado *ex profeso* para ese propósito, las segundas son más comúnmente vinculadas a sus operaciones de crédito.

Los miembros del Banco Mundial acordaron en 2002 centrarse en apoyar la capacidad de los países para manejar resultados y dirigir sus operaciones hacia un punto de vista orientado a resultados. Además, acordaron trabajar hacia la armonización de enfoques basados en resultados de todas las agencias de desarrollo. El informe del *IEG* reconoce avances limitados en la estrategia. Las razones se atribuyeron a la falta de una aplicación sistemática de metodologías, específicamente, la falta de capacidad y los costos adicionales para la obtención de datos a nivel del país, los bajos incentivos para la colaboración entre grupos, y a que se presta demasiada atención a establecer metas fáciles para obtener y medir resultados (World Bank 2006).

Con respecto a "las actividades de desarrollo", el Banco Mundial (World Bank 2004) tiene un manual que recomienda la siguiente lista de instrumentos: indicadores de desempeño, el enfoque del marco lógico, la evaluación basada en la teoría, las encuestas

Cuadro II.2
Debilidades y Fortalezas de los Enfoques de Evaluación

	Fortalezas	Debilidades
Económico	<p>Potencial para el análisis de respuestas de conducta.</p> <p>Uso de técnicas (econométricas) más sofisticadas.</p> <p>Capacidad para utilizar las grandes bases de datos disponibles hoy en día.</p>	<p>Teorías de comportamiento no conocidas para casos importantes.</p> <p>Demasiada "fe" en la teoría; mayor riesgo de sesgo político.</p> <p>Requerimiento de información que con frecuencia no está disponible.</p> <p>Falta de estandarización; comparabilidad de estudios que usualmente se producen después de períodos largos de investigación.</p>
Actuarial	<p>Uso de métodos numéricos duros.</p> <p>Uso coherente de métodos y teorías de muestreo.</p> <p>Normas relativas a la profesión e informes para asegurar la coherencia y comparabilidad a través del tiempo y a través de organizaciones.</p> <p>Más fiable en el grado en que la administración tenga el control sobre las normas de acceso al programa, las primas y los beneficios.</p>	<p>Dificultades en modelar programas donde los individuos o familias cambian el comportamiento como consecuencia del programa.</p> <p>Riesgo de asignar un estatus permanente a predicciones basadas en supuestos específicos a un período de tiempo.</p> <p>Los organismos de seguridad social y otros programas sociales pueden tener poco control a mediano plazo sobre el acceso, las tasas y los beneficios, y las respuestas de comportamiento a los programas pueden ser muy grandes y alterar fundamentalmente las hipótesis.</p>
Fiscal	<p>Capacidad para proporcionar al gobierno información sobre la viabilidad de programas públicos.</p> <p>Capacidad para presentar los programas en una forma susceptible de comprensión por los legisladores.</p>	<p>Omisión del bienestar individual para evaluar resultados globales.</p> <p>Énfasis en los flujos de efectivo; contabilidad devengada vista como secundaria.</p>
Investigación operaciones	<p>Modelación cuidadosa del proceso administrativo.</p> <p>Habilidad para evaluar costos de operaciones mediante procesos.</p> <p>Muy útil para procesos repetitivos de alto volumen.</p>	<p>Necesidad de datos en cantidad y calidad y no proporcionados por muchas organizaciones.</p> <p>Supone una definición adecuada de procesos en la organización.</p>
Administrativo	<p>Habilidad para obtener visiones balanceadas.</p> <p>Herramientas útiles para la toma de decisiones diarias.</p> <p>Herramientas diseñadas para evaluar y gestionar.</p> <p>Habilidad para comunicarse con el personal encargado de la institución y del programa.</p>	<p>Riesgo de sesgo debido a "conveniencias" administrativas.</p> <p>Visión de túnel: falta de crítica por desviación de metas sociales.</p> <p>Riesgo de caer en un estado "esquizofrénico" debido a un exceso en el volumen de información y de criterios (muchos indicadores contradictorios).</p>

Fuente: elaboración propia.

oficiales, los métodos de evaluación rápida, los métodos participativos, las encuestas de seguimiento del gasto público, la relación costo-beneficio y el análisis de la relación costo-eficacia, y la evaluación del impacto.

El Banco Interamericano de Desarrollo

También en 2002, los miembros del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) acordaron hacer hincapié en el papel de las estrategias de evaluación centradas en resultados. La Oficina de Evaluación y Supervisión (*Office of Evaluation and Oversight, OVE*) del BID lista las próximas prioridades en su más reciente informe anual: Evaluaciones de Programa de País, Evaluaciones de Política Pública e Instrumentos, Evaluaciones Sectoriales y Temáticas, Evaluaciones *Ex post*, Supervisión de Procesos y Sistemas Bancarios, Desarrollo de la Capacidad de Evaluación y Participación en la Comunidad de Práctica de Desarrollo de la Evaluación. La última prioridad enumerada por el BID se refiere al esfuerzo por vincular a los principales organismos financieros internacionales del mundo, concentrado en el Grupo de Cooperación de Evaluación (IADB 2006).

Grupo de Cooperación de Evaluación

El Grupo de Cooperación de Evaluación (*Evaluation and Cooperation Group, ECG*) tiene como miembros bancos de desarrollo de Asia, África, América y Europa, así como al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional. Fue fundado en 1996 para apoyar un ambiente de aprendizaje a través de estas agencias, que son muy grandes, bien financiadas, y juegan un papel muy importante en la determinación de cómo los países terminan evaluándose a sí mismos. El *ECG* trabaja principalmente la cuestión de la evaluación de operaciones, y tiene documentos relacionados con la forma de evaluar la independencia de un organismo de evaluación, las buenas prácticas para la evaluación de los préstamos y las operaciones del sector público y otros. Quizás su principal innovación es la "revisión por colegas", proceso que

tiene por objeto fortalecer las buenas prácticas en la evaluación de las operaciones de las grandes agencias de desarrollo, incluidas las revisiones cruzadas entre ellos.

Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas

El Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (*United Nations Evaluation Group, UNEG*) se enfrenta a un reto especial, ya que comprende 43 organismos en muy diversos campos. Esta agencia se redefinió en 2000. Originalmente, en 1984, era el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Evaluación. En 2005 publicó un documento sobre Normas y Estándares para la Evaluación (www.uneval.org). Cada organismo de las Naciones Unidas tiene su propia política de evaluación, pero en 2006, el *UNEG* estableció un grupo de trabajo sobre el tema de "Entregando como Uno", que aspira a "Pilotos de la ONU Únicos a nivel de país, Un Programa, Un Presupuesto, y donde sea apropiado, Una Oficina" (*UNEG* 2007). El objetivo es ambicioso y en América hay avance en un caso piloto, en Uruguay (*UNEG* 2008). Es sin duda de gran interés para la comunidad mundial conocer los avances de las Naciones Unidas en la modernización y depuración de la evaluación de y por agencias. Entre los 18 organismos de las Naciones Unidas que participan en el caso piloto de Uruguay están dos estrechamente relacionados con el tema de la protección social, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es del mayor interés de todos apoyar el esfuerzo de Naciones Unidas.

Evaluación del Desarrollo de la OCDE

La OCDE centra sus esfuerzos en la evaluación de la asistencia para el desarrollo. Cuenta con una red de evaluación, que está relacionada con el Comité de Asistencia para el Desarrollo. Los comités de la OCDE y la red tienen como miembros a los delegados de los países, y cuentan con el apoyo de la Secretaría de la OCDE.

La manera de entender este esfuerzo es notando que los miembros de la OCDE son los países relativamente más prósperos de la comunidad internacional. Estas naciones tienen a menudo agencias de ayuda internacional. Así, la red de la OCDE funciona como un centro de intercambio de conocimientos para promover la evaluación, armonizar la práctica de diferentes países y facilitar la coordinación de estudios en todos los países. Se puede encontrar más información en la página web de la OCDE (www.oecd.org).

CAPÍTULO III
EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y
PROGRAMAS DE PENSIONES

CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y PROGRAMAS DE PENSIONES

III.1 Introducción

La evaluación de los programas y de los sistemas de pensiones tiene que ver con el grado de cumplimiento de sus objetivos. El monitoreo ayuda a la evaluación al permitir la revisión de indicadores de seguimiento relacionados con los objetivos perseguidos. Los programas de pensiones tienen como objetivo prevenir que las personas caigan en la pobreza al proveer estándares de vida adecuados en la vejez; en caso de invalidez o fallecimiento también se preocupan por el bienestar de las personas económicamente dependientes.

Un sistema de pensiones puede estar compuesto por uno o varios programas. Al centrarse en un sistema a nivel de país usualmente se hace referencia a las pensiones desde un punto de vista amplio, que incluye a todos los programas existentes. Cuando los sistemas de pensiones están fragmentados como es el caso en varios países en América Latina y el Caribe (ALC) (véase CISS 2004a) generalmente cada programa tiene su propia agencia, con procedimientos financieros y administrativos particulares.¹ Aunque el objetivo de proporcionar protección es el mismo en los sistemas de pensiones, los medios para alcanzar este objetivo pueden ser muy diferentes en términos del diseño de los sistemas.

La literatura sobre el diseño óptimo de los sistemas de pensiones ha sugerido que éstos incluyan al menos tres pilares. El primero es una red de seguridad o pensión mínima para todos los ciudadanos financiado con impuestos generales; el segundo es un sistema de pensiones contributivo (ocupacional) financiado con cargo a los impuestos sobre la nómina; y el tercero se basa en el ahorro voluntario individual (Banco Mundial 1994). Estudios más recientes han redefinido el diseño óptimo para incluir cinco pilares como fuentes deseables de ingresos durante la jubilación (World Bank 2005a, 2005b). Estos son: el pilar "cero" o no contributivo; "uno" el cual es contributivo en función de los ingresos; "dos" el cual es obligatorio y se basa en la creación de cuentas individuales; "tres" que consiste en acuerdos voluntarios flexibles (financiados por el empleador, de tipo contribución definida o beneficio definido); y "cuatro" que consiste en transferencias adicionales en especie o monetarias (inter- o intra-generacionales, incluyendo seguro de salud, transferencias familiares, etc.).

El diseño de los sistemas de pensiones en ALC se ve afectado por la informalidad en los mercados laborales, lo que significa que algunos trabajadores no pagan contribuciones a la seguridad social. Los

¹ La fragmentación de los sistemas de pensiones significa que hay diferentes agencias de seguridad social para los diferentes tipos de trabajadores, tales como los trabajadores del sector público, el sector privado, la industria petrolera, etc.

bajos niveles de recaudación de impuestos aumentan las limitaciones presupuestarias de los gobiernos; esto ha dado lugar a sistemas de pensiones no universales, donde algunos trabajadores no tienen derecho ni a ser titulares de una pensión con base contributiva, ni a una pensión no contributiva. En la actualidad el panorama es que un gran número de adultos mayores viven en la pobreza en la vejez (CISS 2005, CEPAL 2003). Por esta razón, los gobiernos de ALC están evaluando las posibilidades de ampliar la cobertura de pensiones a través de programas de pensiones no contributivos.

Este capítulo tiene como objetivo abordar las siguientes cuestiones relacionadas con la evaluación de los programas y sistemas de pensiones en ALC. ¿Los programas de pensiones han alcanzado los objetivos para los cuales fueron creados? ¿Se conoce con exactitud la situación financiera de los programas de pensiones? ¿Existe una sana política fiscal para hacer frente a los gastos futuros del gobierno en materia de pensiones? ¿Son adecuadas las leyes y reglamentos vigentes para garantizar la operación correcta de los programas de pensiones? ¿Se conocen los efectos de los programas de pensiones en la pobreza, el empleo y el ahorro? ¿Cómo se examina el desempeño de las agencias responsables de los programas de pensiones en la región?

En estas preguntas se centran diversos criterios para la evaluación de los programas de pensiones—fiscal, actuarial, legal, económico, social y administrativo; los cuales han sido identificados en el Capítulo II del presente Informe como los más relevantes para obtener una visión completa de lo que es utilizado por diferentes disciplinas relacionadas con el diseño, la operación y la gestión de los programas de pensiones. Algunos estudios se han centrado en aspectos deseables de los sistemas de pensiones, como equidad, cobertura, nivel de sustitución de ingresos, y sustentabilidad financiera, para examinar su desempeño (Council of the European Union 2003, Aon Consulting 2007). El enfoque equilibrado que aquí se presenta estudia

estos aspectos y además resulta útil para organizar el estudio de la evaluación de los sistemas de pensiones cuando éstos están fragmentados.

Una evaluación creíble de los programas de pensiones requiere que quienes la realicen sean independientes de aquellos que la soliciten (el Congreso, un Ministerio de la Protección Social, la Tesorería, la agencia de seguridad social, etc.) La identificación del propósito de la evaluación (para el control administrativo, para el conocimiento de los desbalances fiscales, para re-examinar cuestiones de diseño tales como la equidad y adecuación de los beneficios, etc.) indica el criterio de evaluación que sería más conveniente de utilizar.

El Capítulo está dividido en seis secciones. Cada una de ellas examina la orientación de los distintos enfoques y presenta recomendaciones que han sido elaboradas sobre ellos. El enfoque actuarial se centra en la situación financiera de un programa de pensiones en la Sección III.2. El enfoque fiscal examina cómo los gobiernos enfrentan los pasivos de pensiones haciendo uso de fondos públicos en la Sección III.3. El enfoque legal se centra en la necesidad de regular los programas de pensiones para promover la transparencia y la competencia económica en la Sección III.4. El enfoque social hace referencia a qué tan adecuadas son las pensiones en relación a los niveles de beneficios y la cobertura del aseguramiento suministrado para la población en la Sección III.5. Finalmente, los efectos de la reglamentación y los beneficios de los esquemas de pensiones en los resultados económicos se consideran en la Sección III.6. El enfoque administrativo, que evalúa el desempeño de las agencias de pensiones, se discute ampliamente en el Capítulo II.

III.2 Enfoque Actuarial: Proyecciones Financieras

¿El programa de pensiones es financieramente viable a corto y largo plazo? ¿Cuáles son los ingresos previstos y los gastos? ¿Deben ajustarse las primas,

cuándo y por cuánto? Los estudios actuariales se utilizan para examinar las situaciones fiscales y financieras de los programas de pensiones. Según ILO (1998) los objetivos principales de los estudios actuariales son: 1) establecer el estado financiero de un esquema de pensiones y su probable desarrollo financiero futuro; 2) evaluar la sustentabilidad financiera de largo plazo del esquema con respecto a las actuales tasas de contribución y el método de financiación elegido; 3) identificar las razones de posibles desequilibrios futuros; 4) asesorar sobre medidas para determinar el equilibrio financiero; 5) asesorar sobre eventuales cambios del método de financiación; y, 6) evaluar la adecuación del nivel de beneficios proporcionados.

III.2.1 Valuaciones Actuariales

Las valuaciones actuariales de los programas de pensiones de beneficio definido (BD) muestran los resultados de las proyecciones sobre los ingresos, gastos y los déficits fiscales; los cuales se presentan como flujos de efectivo y con base en los pasivos (por ejemplo, pasivos adquiridos, proyectados o generados en el año). Para esto, los modelos actuariales requieren como insumos: 1) el conocimiento del marco jurídico que establece qué beneficios serán suministrados en el esquema de pensiones y bajo qué condiciones de elegibilidad; 2) tablas biométricas que proporcionan información sobre mortalidad, discapacidad y tasas de jubilación; y, 3) hipótesis económicas sobre tasas de interés, de inflación y de crecimiento económico.

Los productos comunes en los estudios actuariales y financieros para los propósitos de la evaluación técnica de los programas de pensiones son: 1) proyecciones demográficas de los trabajadores y de los nuevos entrantes, incluyendo la modelación de la mortalidad esperada de los beneficiarios y el cálculo de los índices de dependencia; 2) indicadores de solvencia y sustentabilidad fiscal, como son las tasas de cobertura y el costo financiero en términos del Producto Interno Bruto (PIB) y de la masa salarial; y, 3)

indicadores de la adecuación de beneficios como tasas de reemplazo brutas y netas y el cálculo de la prima necesaria para mantener el nivel de beneficios durante un período de tiempo.

III.2.2 Práctica Actuarial en ALC

Los actuarios deben seguir los principios de contabilidad generalmente aceptados cuando elaboran informes financieros. A pesar de ello, las valuaciones actuariales en ALC parecen variar en cuanto a sus contenidos. Para examinar este tema en detalle la Conferencia Interamericana de Seguridad Social llevó a cabo un estudio comparativo sobre la práctica actuarial en las agencias de seguridad social en América.

El documento (CISS 2004b) identifica los elementos que son comunes en estudios actuariales de varias agencias de seguridad social en Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos, México, Panamá, y los países del Caribe de habla inglesa. Entre los principales temas examinados se encuentran los siguientes: las proyecciones demográficas y económicas, supuestos y metodología, la revisión de la experiencia financiera, los esquemas de beneficios, las cuestiones jurídicas y administrativas, las proyecciones a corto plazo, escenarios alternativos para el análisis de sensibilidad y las proyecciones a largo plazo de ingresos y gastos.

El documento encuentra que muy pocos estudios actuariales cuentan con la mayoría de los aspectos señalados. Los principales temas en los cuales los estudios actuariales de las pensiones de la seguridad social podrían mejorarse son: el análisis de hipótesis económicas alternativas, la clarificación de la metodología que se utiliza y la explicación del papel del gobierno en la reducción del déficit fiscal (véase la Sección III.3).

III.2.3 Recomendaciones

Las valuaciones actuariales de los programas de pensiones deben llevarse a cabo periódicamente, por lo general cada tres años, dependiendo de las legislaciones nacionales, siguiendo los principios

básicos de objetividad, transparencia, rigor científico, claridad, sencillez y consistencia. Directrices útiles de la práctica actuarial en pensiones se pueden encontrar en IAA (2002) e ILO (1998).

Algunas características del enfoque actuarial son las siguientes:

- Las valuaciones actuariales de los planes de pensiones son muy sensibles a los supuestos económicos y demográficos adoptados. Escenarios distintos para el proceso de envejecimiento, las tendencias de la mortalidad, las tasas de interés y las tasas de inflación, pueden conducir a resultados sorprendentemente diferentes. Por esta razón, los estudios actuariales deberían considerar escenarios alternativos con los que se evalúe la sensibilidad de los ingresos y los gastos.
- Los modelos actuariales son más fáciles de utilizar hoy en día. Esto ha sido posible gracias a la creciente disponibilidad de las TI y de bases de datos. Sin embargo, en ocasiones no se encuentran disponibles aún los datos básicos para los modelos actuariales, tales como las tablas biométricas o los registros individuales sobre la historia laboral (salarios, contribuciones, períodos de entrada y salida del mercado laboral, entre otros). Los esfuerzos para recopilar este tipo de datos deben fomentarse para los propósitos de precisión de los modelos.
- Si los cambios en el comportamiento de los individuos afectan los supuestos utilizados en los modelos actuariales—por ejemplo, si hay una reducción en las tasas de participación de la fuerza de trabajo que se debe a cambios en las reglas para recibir los beneficios—los resultados de los estudios actuariales serán erróneos. Esto sugiere la inclusión de modelos de comportamiento en los estudios actuariales, de ser posible.

La objetividad de la evaluación de un programa de pensiones debe ponderarse sobre la base del grado de independencia del actuario que se encarga

de hacer la evaluación con relación a quien la solicita. ¿El actuario es un empleado de la agencia de seguridad social, o un consultor independiente? En la práctica, algunos países enfocan la credibilidad del programa con el trabajo de actuarios independientes que auditan los modelos y los resultados de las agencias. En otros casos, la evaluación llevada a cabo por un órgano legislativo o por una oficina de contabilidad nacional proporciona el nivel de confianza necesario para validar los resultados producidos por los actuarios de la seguridad social.

Para los gobiernos que tienen que evaluar la carga fiscal de los programas de pensiones en sistemas fragmentados una valuación actuarial integrada de todas las agencias sería de utilidad. Sin embargo, estas raras veces son realizadas.

III.3 Enfoque Fiscal: Solvencia de los Sistemas de Pensiones

¿Cómo enfrentan los gobiernos la carga fiscal de los sistemas de pensiones? Esta carga no sólo podría incluir ser un contribuyente para la financiación de los beneficios de pensiones, sino también ser responsable del pago de los costos directos e indirectos de las reformas de las pensiones. Por ejemplo, los gobiernos tienen que financiar la transición de los sistemas de reparto hacia sistemas de cuentas individuales y también tienen que pagar el costo de la estructura regulatoria. La cuestión principal para la evaluación de los sistemas de pensiones desde la perspectiva fiscal es ¿cómo debe manejarse la deuda de pensiones y distribuirse a lo largo del tiempo? Esto es de principal relevancia, ya que tiene efectos inter- e intra-generacionales (véase CISS 2003).

III.3.1 El Gasto del Gobierno

Gastos y Ajustes Fiscales en ALC

En ALC, los períodos de contracción del gasto público han tenido repercusiones para la financiación de los sistemas de pensiones. Braun y Di Gresia (2003) documentan que el gasto público

es pro-cíclico en América Latina (es decir, disminuye en época de recesión)² y, aunque el gasto social como porcentaje del gasto total ha aumentado durante las crisis, la profundidad del ajuste fiscal en tiempos malos se ha traducido en una disminución en el gasto social real. De este modo, los ajustes fiscales en ALC han limitado la eficacia de la política social para proteger a la población vulnerable durante las recesiones económicas.

La transparencia fiscal—definida en términos generales como que el gobierno esté abierto al público en lo referente a su estructura y funciones, intenciones de política fiscal, cuentas del sector público, y proyecciones fiscales—permite una clara evaluación del desempeño fiscal pasado, de la actual situación fiscal, de los riesgos fiscales, y de la futura orientación de la política fiscal (Parry 2007). Esto va más allá de la supervisión interna de las actividades del gobierno ya que la rendición de cuentas puede promover la gestión pública y disminuir la corrupción (Shacter y Shah 2004).

Entre los temas que deberían ser examinados para promover la transparencia fiscal y la rendición de cuentas en ALC, Parry (2007) identifica los siguientes: 1) política fiscal con visión a futuro; 2) la identificación de las vulnerabilidades fiscales; 3) el control de las actividades fiscales; 4) el proceso de descentralización—que es todavía incipiente en muchos países; y, 5) la disponibilidad pública de información—en vista de que gran parte de la información necesaria para que los ciudadanos hagan a los gobiernos responsables de sus políticas en el transcurso de un año presupuestal no está disponible públicamente.

Los esfuerzos para reformar el proceso presupuestario, el mejoramiento de acuerdos fiscales federales y la aplicación creíble y flexible de normas

fiscales requieren de compromisos políticos difíciles en el futuro. Sin embargo, la experiencia reciente con la gestión fiscal en Chile, junto con la aplicación de la Ley de Responsabilidad Fiscal en Brasil, pueden ofrecer esperanza, buenos ejemplos y enseñanzas útiles. Por ejemplo, el gobierno central en Brasil tomó ventaja del poder de negociación ofreciendo asumir las deudas de los estados a cambio de pasar una reforma que parece limitante del gasto y de la deuda sub-nacional (Braun y Di Gresia 2003).

El Gasto en Pensiones Públicas

Palacios y Pallarés-Miralles (2000) han documentado que, en los noventa en ALC, el gasto público en pensiones estuvo relacionado con el tamaño de la población de adultos mayores; además, el gasto público en pensiones como porcentaje del PIB osciló entre el 0.2 y el 15% del PIB en ALC. Para estos años Uruguay, Cuba, Argentina y Chile fueron los países con los más altos niveles de gasto en pensiones.

Un ejercicio interesante es el cálculo de la deuda total implícita de las pensiones para el retiro, en una simulación de una reforma común, con base en una misma metodología para todos los países examinados en CEPAL (1998). Los resultados son los siguientes: un muy alto costo (deuda) en Uruguay, Brasil y Argentina—entre 202 y 305% del PIB; un alto costo en Cuba, Panamá, Chile y Costa Rica—entre 94 y 151%; un bajo costo en Perú, México, Venezuela, Paraguay, Colombia, Venezuela, Nicaragua, Bolivia, Guatemala y la República Dominicana—entre el 22 y el 45%; y un muy bajo costo en Ecuador, Honduras, El Salvador y Haití—entre el 4 y el 19%. La deuda en pensiones depende del tamaño de la población en edad avanzada, la cobertura de la seguridad social y la generosidad de los sistemas de pensiones. Estos resultados no son comparables con los de estudios que utilizan diferentes metodologías para distintos países.

² Braun y Di Gresia (2003) explican que los dos tipos de respuesta del presupuesto ante el ciclo económico, la automática y la discrecional, son más pro-cíclicas en AL que en los países ricos. La respuesta automática es más pro-cíclica porque los gobiernos de América Latina tienen una menor proporción de estabilizadores automáticos, tales como el seguro de desempleo (CISS 2006, Capítulo V). La respuesta discrecional es más pro-cíclica debido a que ahorrar en tiempos difíciles es más complicado debido a la volatilidad, a las restricciones políticas y a la debilidad de las instituciones.

Otros ejemplos más recientes del cálculo del costo fiscal de las pensiones se presentan en el Cuadro III.1 utilizando diferentes metodologías y periodos de proyección.³ Es precisamente debido a discrepancias en los resultados al utilizar distintas metodologías que la Sección III.2 hace referencia a guías para homologar la práctica actuarial en pensiones de la seguridad social. El Cuadro III.2 presenta algunos ejemplos de indicadores de sostenibilidad financiera (tasa de retorno real, gasto en términos del PIB, superávit o déficit del sistema de pensiones en términos del ingreso y del PIB, relación de activos por pensionado) en 2000-2002 en seis países de AL.

III.3.2 Las Mejores Prácticas en el Manejo del Gasto del Gobierno

Controlar y auditar los gastos del gobierno son actividades cruciales para lograr el uso adecuado de los fondos públicos. En el caso de las pensiones y otros programas sociales la cuestión es más delicada ya que hay incertidumbre en torno a los ingresos y obligaciones esperados. Sin embargo, no es fácil

decidir sobre la mejor manera de contabilizar esas obligaciones. ¿Cuál es el momento en que las obligaciones del gobierno deben ser evaluadas en los programas de pensiones? ¿Es a partir del momento en el que los asegurados son elegibles para recibir beneficios (cuando son adultos mayores) y la obligación es explícita, o a partir de una fecha dada (cuando comienzan a trabajar, por ejemplo) en la cual las obligaciones comenzarán a ser implícitas?

Contabilidad Devengada y de Flujo de Efectivo de las Obligaciones por Pensiones

La contabilidad del flujo de efectivo se basa en el valor presente de las sumas de dinero en efectivo (pagado o recibido) en un período de tiempo.⁴ Los estudios actuariales examinados en la Sección III.2 se basan en proyecciones de flujos de efectivo. La contabilidad devengada de los gastos del gobierno difiere del método de flujo de efectivo en cuanto al momento en el que se consideran las transacciones; bajo la contabilidad devengada el gobierno debería registrar las transacciones cuando incurre en la obligación de pagarlas.

Cuadro III.1
Estimaciones y Proyecciones del Costo Fiscal en Seis Países, Antes o Después de la Reforma, en Comparación con las Estimaciones y Proyecciones del Banco Mundial en 2003 (% del PIB)

	Proyecciones iniciales y nacionales				Proyecciones del Banco Mundial		
	Año inicial	2000	2020	2040	2001	2020	2040
Argentina	2.5	1.8	0.3	0.2 ^{4/}			
Argentina	N.D.	3.1 ^{1/}	1.2	0.3	2.5 ^{1/}	2.3	3.6
Bolivia	0.2	2.2	0.9	0.2	3.5 ^{6/}	2.1	1.7
Colombia	0.9	1.5 ^{2/}	2.2	2.0 ^{5/}	1.6	1	3.4
Chile	3.8	6.1 ^{3/}	3.6	3.3	7.2	3.4	0.5
México	0.9	N.D.	1	N.D.	0.5	0.7	0.7
Uruguay	5.1	4.5	3.8	3.6	4	2.1	2.5

N.D. = No Disponible.

Notas: 1/Promedió 4.6% anual en 1995-2001. 2/Un estudio posterior lo estima en 3% en 2000. 3/Promedió 5.7% anual en 1981-2000. 4/Un estudio posterior lo estimo en +1%. 5/Año 2025, la proyección no llega hasta 2040. 6/El Banco también lo estima en 5% en 2001.

Fuente: Mesa Lago (2004).

³ Para más detalles sobre las metodologías utilizadas, véase Mesa-Lago (2004).

⁴ Valor descontado (dinero) en una fecha específica de transacciones monetarias en distintos momentos, utilizando una tasa de interés, y una tasa de descuento.

La contabilidad devengada reconoce los eventos y las transacciones cuando se producen, independientemente de cuándo el efectivo es pagado o recibido. Los ingresos reflejan los montos que se dieron durante el año, sean cobrados o no. Los gastos reflejan la cantidad de bienes y servicios consumidos durante el año, sean o no pagados en ese período. Los costos de los activos se reconocen y se difieren cuando son utilizados para prestar el servicio (IFAC 1991). Una contabilidad devengada es similar a los sistemas de contabilidad para empresas privadas—contabilidad comercial (Schiavo-Campo y Tomassi 1999).

Se ha argumentado que la contabilidad devengada proporciona un marco más conveniente para el registro de los pasivos y los gastos generales del gobierno. En cuanto a los sistemas de pensiones (y otros programas de asistencia social), han tenido lugar grandes debates en los últimos años para encontrar el mejor enfoque contable de estas obligaciones. (IMF 2007, OCDE 2003a, GAO 2007). Esto ha sido especialmente motivado por episodios de planes de pensiones con problemas de baja financiación, por la falta de comparabilidad entre los estudios, y por la creciente necesidad de reconocer los pasivos de pensiones gubernamentales (tales como los bonos de reconocimiento en algunos países). La supervisión, en todos los debates ha sido un componente principal de los cambios propuestos para la contabilidad gubernamental de las pensiones.

Las obligaciones por pensiones en la mayoría de los países sólo se han reconocido como flujos de efectivo cuando las pensiones tienen que ser pagadas (sistema de reparto). Los estudios que comparan los pagos futuros de las pensiones con los ingresos por contribuciones futuras son muy útiles para evaluar si los ingresos de efectivo

esperados serán suficientes para financiar los pagos de las pensiones. Sin embargo, los gobiernos han acumulado obligaciones considerables que tienen que pagar en el futuro. La falta de una adecuada medición de estas obligaciones acumuladas significa que información importante sobre los pasivos corrientes de los gobiernos no es reconocida en los estados financieros tradicionales. Esto debería tenerse en cuenta si los gobiernos quieren controlar sus flujos de recursos en el futuro (Donaghue 2003).

GAO (2007) examina algunos de los retos en el uso de las metodologías de contabilidad devengada para considerar los pasivos por pensiones. En primer lugar, la información que debe incluirse debe ser fiable y estar a tiempo. En segundo lugar, sigue siendo difícil hacer supuestos sobre la inflación, las tasas de interés, y otras variables incluidas en los estudios de proyección. En tercer lugar, aunque la contabilidad devengada puede proporcionar más información sobre las operaciones anuales que requieren recursos de efectivo a futuro, no proporciona información suficiente para comprender ampliamente la sustentabilidad fiscal a largo plazo; un presupuesto devengado no incluye costos relacionados con las futuras obligaciones del gobierno y por lo tanto no ayudaría a reconocer algunos de los desafíos fiscales a largo plazo de la seguridad social. En cuarto lugar, la sustentabilidad financiera de la seguridad social se examina mejor en su interrelación con otros programas del gobierno en una nación. Al parecer, en la actualidad, una combinación de las proyecciones financieras actuariales tradicionales y de las metodologías de la contabilidad devengada sería conveniente para una mejor evaluación de los pasivos del gobierno.⁵

⁵ Ver Diamond y Orzag (2004) para una discusión sobre los pros y los contras de la sustitución de las proyecciones actuariales por métodos contables devengados para evaluar los pasivos de pensiones.

Cuadro III.2
Indicadores de Sustentabilidad Financiera, 2000-2002
 (porcentajes, excepto en la primera y última columna)

Países	Régimen financiero (2003)	Rendimiento de inversión real (%) ^{1/}	Gasto pensiones (% PIB)	Superávit (+) o déficit (-) como %:		Contribución equilibrio (%) ^{2/}	Relación activos por pensionado
				Ingresos	PIB		
Brasil	Reparto	0	10.5	-61.1	-4.4	N.D.	1.7
Cuba	Reparto	0	6.5	-51	-2.2	15 a 20	2.5
Guatemala	CPC	10.4	0.4	+47.2	+0.2	3.9	5.9
Honduras	CPC	6.2	N.D.	+66.1	N.D.	3.5	22
Panamá	CPC	6.2	4.1	+20.8	+1.1	16.2	5.9
Paraguay	CPC	N.D.	0.7	+37.7	+0.4	N.D.	7.5
Venezuela	Reparto	N.D.	0.5	-26.7	-2.4	11	7.5

N.D. = No Disponible. CPC = Capitalización Parcial Colectiva.

Notas: 1/Guatemala 1999-2000, Honduras 1994-2002, Panamá 1997-1999. 2/La metodología y los períodos de proyección son diferentes entre los países estudiados.

Fuente: Mesa-Lago (2004).

III.3.3 Recomendaciones

En cuanto a la cuestión de los pasivos de pensiones devengadas el consenso ha sido el de (tratar de) incluir metodologías de contabilidad devengada, además de las proyecciones tradicionales de flujo de efectivo, para examinar las proyecciones de los gastos en el futuro. La exploración de esta posibilidad es una necesidad evidente en países financieramente vulnerables de ALC.

Esta no será una tarea fácil para los países de ALC; un sector informal en el mercado laboral plantea un reto adicional en términos de considerar los períodos exactos en los que los gobiernos devengan los pasivos de pensiones, los cuales se relacionan con las transiciones de entrada y salida del empleo formal. En este sentido, la recopilación de información adecuada continúa siendo una prioridad.

Entre los indicadores de la posición fiscal sugeridos se encuentran la deuda proyectada en términos del PIB y la construcción de brechas fiscales. Los informes sobre las obligaciones devengadas del gobierno en materia de pensiones deben llevarse a cabo periódicamente y ser parte de la información a disposición de los ciudadanos y de quienes toman las decisiones presupuestales. Debe promoverse la conciencia pública sobre las preocupaciones fiscales.

III.4 Enfoque Legal: Regulación y Supervisión de Pensiones

¿Están preparados para operar el sistema de pensiones los reguladores y los encargados de la supervisión, las prácticas de gobierno, la contabilidad, y la inversión? Una vez que el sistema de pensiones ha sido diseñado y ha entrado en operación es necesario supervisar sus diferentes procesos y resultados. La supervisión y la regulación son actividades para las que se requiere de la recopilación y el procesamiento de información para evaluar el cumplimiento de la ley, en particular con respecto a la inversión de los fondos de pensiones.

En un sistema centralizado, por lo general horizontalmente integrado, se utilizan dos estructuras de control y evaluación del sistema de pensiones. En primer lugar, existen obligaciones de reportar a uno o más ministerios nacionales; estos por lo general son el de finanzas, el del trabajo y protección social, el de salud y el de desarrollo social. Estos ministerios están representados en el consejo de la agencia, con frecuencia en un arreglo tripartito (o incluso una membresía más amplia), pero la agencia suele ser bastante autónoma en sus procesos de toma de decisiones; la evaluación se refiere a cuestiones de política general. Esto no significa que la evaluación

sea laxa, sólo que se hace internamente. El segundo instrumento en este acuerdo es por lo general un conjunto de oficinas de auditoría, interna y externa. El instrumento interno trabaja sobre bases diarias con la agencia, mientras que el externo puede ser un tercero independiente, como una empresa de contabilidad y auditoría, o bien un auditor de alto nivel institucional, como puede ser una oficina de contabilidad general del Congreso.

La coordinación entre agencias en un modelo descentralizado de pensiones se compone de diferentes procesos: la comparación de rendimientos en administradoras de fondos alternativos, la evaluación de costos y beneficios de las políticas para discapacidad ofrecidas por proveedores alternativos y la evaluación de las comisiones que afectan el valor de la pensión. En los modelos centralizados es cada vez más común que las legislaciones nacionales opten por grados alternativos de integración horizontal para diferentes procesos. Por ejemplo, el sistema de afiliación y recaudación pueden estar centralizado, con la participación de proveedores alternativos para el manejo de fondos, cuentas y servicio al cliente. A su vez, las administradoras de fondos pueden subrogar parte de sus procesos a grandes empresas especializadas que manejen los estados de cuenta y otras funciones de servicio al cliente. En estos modelos, se ha hecho necesario desarrollar instrumentos de regulación para controlar las relaciones verticales, tales como la estandarización de flujos de información entre agencias de recaudación y administradoras de fondos de pensiones y el costo al cual tales transacciones se realizan. Las soluciones de descentralización generalmente tienen el objeto de permitir cierta competencia entre los proveedores. Los gobiernos se han interesado en medir comparativamente su desempeño en términos de los costos para los trabajadores, el retorno sobre las inversiones y las soluciones de servicio al cliente.

III.4.1 Comparación Institucional de las Comisiones Reguladoras

Para comprender como operan las agencias de regulación en América, resultan útiles los mapas administrativos desarrollados en el Informe anterior de la CISS (CISS 2007). Uno de ellos es el modelo norteamericano y el otro el modelo latinoamericano reformado. La clave para definir cada uno de ellos es la capacidad del gobierno nacional para gestionar eficientemente el proceso temprano de afiliación y cobranza, lo que a su vez abre la posibilidad de una administración nacional que controle la recaudación, las deducciones de impuestos y el registro de planes de pensiones y ahorros personales. Cuando eso se puede hacer, tenemos el modelo norteamericano. Si tal capacidad no está disponible, los gobiernos optan por soluciones de regulación que hacen hincapié en las cuestiones de gestión de riesgo y emplean a terceros (administradoras de fondos, agencias de cobro) para las funciones necesarias.

Canadá y Estados Unidos tienen niveles muy altos de cumplimiento con las leyes de impuestos. Esto permite a la seguridad social descansar en la administración general de impuestos para apoyar el registro de trabajadores y empleadores. A su vez, la agencia tributaria recibe regularmente información sobre los pagos tanto para las instituciones de seguridad social como para los planes de pensiones privados, ya sean ocupacionales o de cuentas individuales. En el modelo norteamericano las regulaciones de la solvencia de los planes de pensiones han reducido la necesidad de tener comisiones regulatorias especializadas para supervisarlos.

Se puede mencionar, no obstante, una institución especial que existe en América del Norte para garantizar los beneficios de las pensiones. La Corporación de Garantía de Beneficios de Pensiones (*Pension Benefit Guaranty Corporation, PBGC*) en Estados Unidos, y el Fondo de Garantía de Beneficios de Pensiones (*Pension Benefit Guarantee Fund*) en la provincia canadiense de Ontario. En 2005 el

Departamento Federal de Finanzas de Canadá emitió un documento de "Consulta para Fortalecer el Marco Legislativo y Regulatorio para los Planes de Pensiones de Beneficio Definido Registrados bajo la Ley de Normas de Beneficios de Pensiones, 1985".⁶ Este documento considera, entre otras cuestiones, la posibilidad de establecer un programa federal de este tipo. Estas agencias estadounidenses y canadienses cobran una tarifa a los planes privados de beneficio definido y ofrecen seguros contra las pérdidas que afectan los beneficios de los trabajadores.

Para este tipo de agencias, hay tres aspectos importantes de regulación de información que deben ser tomados en cuenta: 1) una adecuada prima del seguro de pensiones, 2) las necesidades de financiación adecuadas, y, 3) la transparencia hacia los participantes del estatus del fondeo del plan. Cabe señalar que estas preocupaciones no son específicas para el modelo norteamericano o para una agencia como la PBGC; también son relevantes para el modelo latinoamericano. Una característica que muestra la relevancia de este tipo de fondos de garantía es que están diseñados para planes de beneficios definidos. Es decir, esa clase de fondos de garantía no son aplicables en un modelo que se basa fundamentalmente en el ahorro individual, como es el caso en varios países de América Latina, y es cada vez más el caso en Norteamérica. Por eso, para otro tipo de fondos de pensiones la regulación no tiene por qué cuidar de la evaluación de la financiación en relación con los pasivos de la misma manera que lo hacen los sistemas de beneficio definido.

El modelo latinoamericano ha tenido que avanzar sin el apoyo de una agencia tributaria capaz de registrar a casi todas las personas en el país. De este modo, los procesos de afiliación y cobranza están totalmente controlados por las agencias de seguridad social. Con las reformas de los años ochenta y noventa, los gobiernos encontraron que necesitaban una agencia de regulación para definir

normas y resolver las controversias entre los participantes. Anteriormente, esto no fue necesario porque las agencias integradas verticalmente resolvían todos los problemas internos. Tras la decisión de crear fondos descentralizados que pueden registrar a trabajadores o empresas, cobrar contribuciones, manejar fondos y pagar beneficios, las comisiones reguladoras definen normas, supervisan su cumplimiento y pueden sancionar a aquellos que las contrarían.

III.4.2 Fragmentación de Agencias Reguladoras y Rendición de Cuentas

Los gobiernos estatales, provinciales, e incluso municipales, pueden intervenir en la regulación de los planes de pensiones. Los fondos de pensiones para los trabajadores estatales y los fondos para los programas de pobreza están a menudo bajo el resguardo regulatorio de los estados; esto ocurre en Brasil, Argentina, México, Canadá y Estados Unidos.

En un caso en Canadá, la Oficina Federal del Superintendente de Instituciones Financieras (*Office of the Superintendent of Financial Institutions, OSFI*) supervisa sólo la parte más pequeña de los planes privados (8% de los planes regulados y el 10% de la membresía). Tener autoridades regionales no es necesariamente costoso y puede facilitar la solución de los problemas de poner precio al riesgo y de suministro de información a los participantes en el plan, los cuales desempeñarán un papel positivo siempre y cuando los reglamentos regionales no impongan barreras a la movilidad de trabajo en los planes.

Algunos países cuentan con instituciones especializadas para la supervisión de fondos de pensiones, mientras que otras asignan la responsabilidad al organismo encargado de la supervisión financiera general (es decir, el mismo que supervisa la banca y los seguros). Algunos países de la OCDE han avanzado hacia un modelo integrado

⁶ http://www.fin.gc.ca/activty/consult/PPBnfts_1e.html

(Noruega, Dinamarca, Suecia y Canadá). La principal motivación detrás de este enfoque es que el mercado financiero está dominado por las empresas que participan en varios de los mercados que suelen estar regulados en una forma independiente. En los Estados Unidos, los planes de pensiones ocupacionales son supervisados por el Departamento de Trabajo a través de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (*Pension and Welfare Benefits Administration, PWBA*), la *PBGC*, y el Servicio Interno de Impuestos (*Internal Revenue Service, IRS*). La *PWBA* se preocupa por la protección de los derechos de los trabajadores, la *PBGC* asegura los planes que deben ser rescatados financieramente, y el *IRS* supervisa y registra las obligaciones de impuestos (OECD 2003b).

III.4.3 Preguntas Sobre las Comisiones Reguladoras

¿Por qué los gobiernos tienen un organismo regulador? Por alguna razón, se llega a considerar que los ministerios del gabinete tradicional no son totalmente adecuados para llevar a cabo ciertas funciones administrativas. Esto lleva a la siguiente pregunta ¿Por qué las agencias reguladoras a veces son vistas como una fuente de nuevos problemas? ¿Cuáles son estas nuevas dificultades y cómo podemos superarlas?

La razón por la que una comisión reguladora puede mejorar las acciones de un ministerio tradicional de gobierno tiene que ver con la información, ya que es costoso cobrar, procesar y analizar datos acerca del comportamiento de los proveedores, consumidores y otros participantes en un sistema de pensiones; una comisión reguladora con personal especializado puede hacer un mejor trabajo que un departamento centralizado. El ministerio del gabinete puede ser objeto de cambios más frecuentes de personal debido a razones políticas y puede tener objetivos que, aún siendo legítimos, pueden estar en conflicto con los mandatos de la ley. Un miembro del gabinete tiene un rol como líder en la identificación de nuevas

necesidades sociales y en la promoción del cambio a través de canales políticos, y eso puede implicar tomar una posición hacia la modificación de las leyes vigentes. Si bien ese papel es muy valioso en una sociedad democrática, también es cierto que los cambios frecuentes de personal y la aplicación discrecional de normas pueden dar como resultado burocracias muy costosas y la aplicación de manera equívoca de la ley. De este modo, las comisiones reguladoras no sólo son especializadas, sino también es común que los funcionarios reciban nombramientos de alto nivel, a veces ratificados por el poder legislativo, que se concedan nombramientos por términos irrevocables de tiempo y planes de carrera que no son comunes en las oficinas del gabinete, y que por lo general esperan tener una carrera política con menor probabilidad.

Los modelos económicos sobre las comisiones reguladoras se explican en Laffont (2005). En su análisis, una comisión reguladora permite al gobierno mejorar el flujo de información disponible para controlar a los agentes que suministran un servicio público, y, por tanto, mejorar el bienestar social. Una comisión regulatoria del sistema de pensiones normalmente trata de medir la solvencia de los fondos de pensiones, su conformidad con criterios libres de riesgo, la calidad y la confiabilidad de la contabilidad y de los sistemas de información, el cumplimiento de los contratos y otros eventos de servicio al cliente. También expide regulaciones que son especializadas y que necesitan de cambios frecuentes debido a los desarrollos tecnológicos o de mercado, aplica inspecciones y lleva a cabo auditorías; y puede imponer sanciones sin previa revisión por parte de un tribunal o un ministerio. Una comisión reguladora puede ser efectiva hasta el punto en que puede obtener y procesar información valiosa para los fondos de pensiones regulados y que dicha información no puede obtenerse fácilmente por el gobierno.

Algunas de las teorías sobre "grupos de interés" han sido desarrolladas por George Stigler (1971), Sam Peltzman (1976) y Gary Becker (1985). De acuerdo con

la teoría de Becker, una comisión reguladora estará sujeta a presiones provenientes de aquéllos dispuestos y capaces de influir en ella. A saber, en la medida en que una comisión reguladora puede ser corrupta, sucederá. De este modo, las leyes deben limitar las relaciones entre los proveedores y funcionarios de la comisión reguladora (por ejemplo, a través de regulaciones de transparencia, la imposición de fuertes sanciones por el mal uso de la información y, desde luego, a través de la adecuada selección de funcionarios).

III.4.4 Mecanismos de Protección al Consumidor

Las cuestiones sobre la protección al consumidor tienen que ver con dos temas principales: que el entorno de información sea propicio para que los trabajadores y los pensionados hagan elecciones adecuadas y la prevención de la conducta arbitraria por parte de los proveedores. Esta última incluye la adopción de mecanismos para la solución de controversias. Una consideración de relevancia en el campo de la protección al consumidor es que, en general, es preferible definir la protección en términos de resultados que en términos de insumos. Al final, el trabajador y el regulador están interesados en el rendimiento neto que obtiene un trabajador en sus ahorros, y no tanto en el funcionamiento interno de un fondo de pensiones.

Las agencias encargadas de la gestión de un plan, sea éste público o privado, siempre son grandes en términos del número de afiliados y de los recursos financieros. Esto aumenta el riesgo del comportamiento arbitrario y del tratamiento de las personas como un pequeño riesgo enfrentado a través de estrategias de minimización de costos. Por ejemplo, en un fondo de pensiones se podría decidir que los errores que afecten a los trabajadores no serán enmendados a menos que la persona obtenga una sentencia de un tribunal, o que una autoridad reguladora emita una orden directa. Para el fondo, esto puede significar la aceptación de unos pocos errores que son pequeños cuando son vistos desde

una perspectiva financiera, pero puede tener efectos muy grandes desde el punto de vista del bienestar de una familia.

Las quejas de los trabajadores y las familias tienen que ser apoyadas por mecanismos de bajo costo para dirimir las controversias entre los fondos y los particulares. Tienen que ser apoyados por una legislación que reconozca plenamente esta asimetría. Por esto la agencia de regulación deberá adoptar normas sobre la información que el fondo de pensiones ofrezca a los trabajadores y los pensionados. Esta información debe ser clara, sencilla de entender y suministrada de manera oportuna. En segundo lugar, las agencias de regulación deben proporcionar, por sí mismas o a través de otros mecanismos del estado, un procedimiento efectivo y de bajo costo para la audiencia y solución de quejas por parte de los trabajadores y de los jubilados. Por último, el Estado debe permitir y, a veces patrocinar, acciones grupales cuando la conducta inadecuada de un proveedor afecte a un grupo grande de trabajadores.

III.4.5 Elección de los Trabajadores

Algunos modelos de reforma más recientes están creando cuentas individuales controladas por una agencia nacional de seguridad social, pero permitiendo a los trabajadores elegir de un menú de fondos de inversión pública y privada. La opinión es que proporcionar a los trabajadores algún grado de elección del proveedor de los fondos de pensiones puede mejorar el bienestar. Las agencias de regulación y los gobiernos en general se han tomado la tarea de evaluar continuamente los resultados de los fondos de pensiones y su relación con las pensiones reales pagadas.

¿Por qué una mayor elección se justifica como una opción de política? La respuesta a esta pregunta está estrechamente vinculada con la evaluación de un sistema de pensiones. En particular, está vinculada al desarrollo de elecciones más flexibles de las inversiones por parte de los trabajadores. Los sistemas de pensiones con un componente de cuenta

individual han avanzado hacia el marco de un "multi-fondo" para canalizar los ahorros de los trabajadores. Esto significa que Chile y los demás países que se trasladaron hacia los sistemas capitalizados están permitiendo a los trabajadores elegir entre varios fondos. En Estados Unidos y Canadá, los trabajadores pueden básicamente dirigir sus ahorros individuales para la jubilación a un gran número de opciones disponibles en el mercado. En los modelos que mantienen la administración de la cuenta en una agencia de seguridad social nacional, pero que permiten el ahorro individual (como el Sueco o el nuevo modelo de Panamá), se permiten varias opciones; de manera similar a los multi-fondos.

El objetivo principal de incrementar el número de opciones en un sistema de pensiones es invertir en aquéllas con mayor rendimiento con la restricción de evitar grandes riesgos que podrían amenazar de manera importante la tasa de reemplazo final. La evidencia es fuerte en el sentido de que la inversión en acciones y bonos diferentes a aquellos en que invierte el gobierno permite a los trabajadores obtener mejores pensiones. La referencia más general es la asociada al trabajo realizado por Mehra y Prescott (1985). De acuerdo con estos autores, el mundo real presenta un fenómeno llamado "paradoja del premio a las acciones" (*equity premium puzzle*). Esta paradoja consiste en lo siguiente: constantemente, a través de toda la historia registrada, la inversión en acciones ha rendido más que la inversión en bonos. Sin embargo, las autoridades han experimentado algunas complejidades derivadas de la inversión en acciones que han motivado la regulación de los multi-fondos. Estas se refieren primero a la posibilidad de errores en la inversión que pueden determinar riesgos de inversión excesivos, y en segundo lugar, a la dificultad de los trabajadores para elegir correctamente los fondos para invertir sus ahorros.

En una regulación típica de multi-fondo, a los trabajadores jóvenes se les permite invertir una mayor proporción en los activos más riesgosos (los fondos de acciones), mientras que esta opción no está disponible para aquellos que estén más cerca de la jubilación, quienes están obligados a invertir sólo en los fondos con bonos a corto plazo que no fluctúan mucho en valor. En Perú, los fondos para los trabajadores de más edad son llamados fondos de mantenimiento de capital y están disponibles para aquellos con 60 años o más; el balance o los fondos mixtos son para personas entre 45 y 60 años de edad, y los fondos de crecimiento sólo están disponibles para la población más joven.⁷

Típicamente, los países que han adoptado la estrategia de multi-fondos permiten cambiar los fondos dentro de una AFP sin que se les cargue ninguna comisión. Los países que regulan un rendimiento mínimo han estado bajo presión para extender la regulación a varios multi-fondos.⁸ Esto se relaciona a cuestiones de comportamiento acerca de cómo los individuos responden a la complejidad de la información que se encuentra detrás de un plan de pensiones. Esta nueva tendencia, que comenzó apenas hace unos pocos años, tiene por objeto adoptar normas que ponen límites a las decisiones que pueden tomar los trabajadores y los jubilados, para reducir la incidencia de errores aparentemente obvios que se hacen sistemáticamente por un gran número de personas. Estas regulaciones incluyen el establecimiento de opciones de default y restricciones sobre las elecciones de inversión de los trabajadores dependiendo de su edad: en general, los trabajadores de más edad se ven obligados a invertir más en activos más seguros, mientras que los trabajadores más jóvenes son inducidos o se les permite invertir en activos más arriesgados con mejores perspectivas de rendimiento a largo plazo.

⁷ <http://www.sbs.gob.pe/portalsbs/spp/Multifondos/multifondos.htm>

⁸ http://www.fiap.cl/prontus_fiap/site/edic/base/port/articulos.html#2007010215434

El Cuadro III.3 resume el uso de estas restricciones en Chile, México y Perú.

También pueden ser importantes los efectos de la forma en la que la información está regulada. Las características del plan tales como la afiliación automática, las distribuciones de efectivo automáticas, reglas de empate de los empleadores, los requisitos de elegibilidad, las opciones de inversión y la educación financiera pueden tener grandes efectos sobre el valor de las pensiones. Thaler (2001) ha estudiado este campo. La investigación señala a una serie de resultados empíricos que influyen en la elección de los fondos de pensiones y sobre las opciones de jubilación. Esto ha dado lugar a propuestas de políticas que tienen como objetivo lograr efectos considerables en el comportamiento a un costo pequeño cuando el gobierno o una agencia de regulación puedan identificar errores sistemáticos cometidos por la población. Estas propuestas se han dado bajo los encabezados de "paternalismo liberal" (Thaler y Sunstein 2003), y de "regulación para conservadores" (Camerer et al. 2003) y otros.

Parece ser que los trabajadores siguen con frecuencia "el camino de menor resistencia" (Choi, et al. 2002). Esto significa que los trabajadores tienden a aceptar las opciones por default definidas por los reguladores o los empleadores (en su papel de gestores de fondos). Otro ejemplo del efecto de la definición de defaults es que las personas tienden a asignar sus ahorros en cualquier forma, incluso entre las opciones. Por lo tanto, si hay N opciones, el trabajador asignar $1/N$ de los recursos a cada una de las opciones (Thaler y Benartí 2001). Esto se ha convertido en un problema para los países donde el ahorro privado es una parte importante de la seguridad social, porque se ha hecho necesario para las agencias de regulación definir éstas elecciones de defaults. Las estrategias como la regulación de "multi-fondos" Chilena se basan en estas hipótesis (véase el Cuadro III.3).

Un aspecto diferente de la literatura sobre psicología y economía se refiere al modo en que las personas definen su propio bienestar. Estos tratan el tema de cómo las personas se relacionan con otras; cuando esto sucede los "errores" en las decisiones limitan a los individuos al definir sus preferencias a futuro: 1) las personas no distinguen correctamente las consecuencias de sus actos y pueden ser algo "miopes", 2) la forma en la que las opciones se presentan ("se enmarcan") afecta fundamentalmente las elecciones tomadas por los individuos, incluso si ninguna modificación se ha hecho sobre las opciones y, 3) las personas pueden enfrentar problemas de auto-control y no ser capaces de comprometerse a un plan de acción a largo plazo (el problema de "procrastinar"). Los temas, presentados en Rabin (1998), han aportado una nueva luz en cuestiones que han parecido ambiguas en la evaluación de los sistemas de pensiones. Por ejemplo, nadie realmente cuestiona que la sociedad no puede aceptar que una gran parte de sus miembros se vuelven pobres en la vejez, pero no estamos seguros acerca de por qué un individuo puede encontrarse en esa situación. No está claro que tan profundamente afectará a la seguridad social la influencia del enfoque psicológico sobre el económico. Ciertamente, parece darse ya un supuesto no expresado en forma explícita en todos los países aduciendo que, de hecho, muchas personas son miopes, cometen errores o se enfrentan a problemas de autocontrol, y la gran pregunta es: ¿cómo puede un diseño de las reglas de seguridad social enfrentar mejor esos problemas?

III.4.6 Política de la Competencia

La política de competencia se ha convertido en un instrumento de acción del Estado en la medida en que los sistemas nacionales de pensiones han sido reformados para permitir un segmento capitalizado administrado en forma privada, y, de manera más general, a partir del crecimiento de las pensiones privadas. La política de competencia evita el uso de restricciones directas sobre el comportamiento o los

proveedores, y tiene por objeto garantizar las condiciones de entrada a los mercados que eliminan la creación y el uso de poder monopólico. A nuestro entender, a la fecha no se ha producido una acción antimonopolio importante en contra de empresas AFP en América. A menudo, los mercados de pensiones son evaluados por las autoridades de competencia en relación con las fusiones de instituciones financieras. Sin embargo, no hemos encontrado un caso antimonopolio significativo que afecte el manejo de los fondos de pensiones como tal.

Sin embargo, quizá la cuestión más discutida después de la reforma a los sistemas de pensiones en América Latina se refiere al nivel de comisiones. Por ejemplo, en 2006 La Comisión Federal de Competencia de México emitió un dictamen al Congreso sobre la necesidad de introducir legislación para promover la competencia (Comisión Federal de Competencia 2006). Una evaluación adecuada de las condiciones de competencia en los sistemas de pensiones parece ser un trabajo que aún no ha terminado.

III.4.7 Recomendaciones

Las agencias de regulación se enfrentan a desafíos "tradicionales" para supervisar la inversión justa y segura de los fondos; y la adecuada aplicación de las leyes sobre contribuciones y beneficios. Sin embargo, hay nuevos desafíos provenientes de la conducta real de los trabajadores. Los trabajadores no son expertos financieros, y sus decisiones están sujetas a sesgos que pueden afectar los objetivos finales del sistema de pensiones. Investigación reciente muestra que la manera en la que se realizan las decisiones afecta la regulación; probablemente más investigaciones tendrán que llevarse a cabo para entender las decisiones de ahorro de los trabajadores y la mejor manera en que las regulaciones puedan apoyar tales decisiones.

III.5 Enfoque Social: Cobertura y Beneficios Adecuados

El análisis sobre los aspectos deseables en los sistemas de pensiones lleva a la pregunta de ¿cómo puede la sociedad evaluar los programas de pensiones? Desde una perspectiva social, los sistemas de pensiones pueden ser examinados en relación al acceso al aseguramiento en pensiones y a qué tan adecuados son los beneficios. Los indicadores de cobertura muestran cuántas personas tienen derecho a recibir los beneficios de las pensiones. Los indicadores de los beneficios permiten evaluar si las personas tienen niveles de vida aceptables, lo que normalmente se mide con respecto a un ingreso de referencia, como los salarios promedio. En ALC es particularmente difícil analizar estos indicadores debido a la fragmentación, ya que puede ser complicado obtener registros unificados de diferentes agencias de seguridad social (véase la Sección IV.2.3, CISS 2007).

La mayoría de los sistemas de pensiones en ALC se originaron como esquemas de reparto, fragmentados para grupos específicos de trabajadores. Gradualmente ampliaron su cobertura durante las últimas décadas con la esperanza de la reducción del número de trabajadores del sector informal y alcanzar la cobertura universal. Sin embargo, la expansión de la cobertura no ha alcanzado los niveles esperados, principalmente debido a la falta de cumplimiento de las leyes fiscales y a la decisión voluntaria de no afiliarse a la seguridad social (CISS 2004a, Banco Mundial 2007a). La mayoría de las reformas de las pensiones implementadas desde los años 80 han tenido como objeto resolver la sustentabilidad financiera de los sistemas, así como aumentar la cobertura alentando a los trabajadores a afiliarse sobre las bases de un vínculo más claro entre las contribuciones y beneficios. Este tipo de reformas en ALC preservan la garantía de ingresos por parte del estado, pero permiten la competencia en la provisión⁹ (Martínez 2006, p.32).

⁹ Rentas vitalicias.

Cuadro III.3
Temas Principales en Multifondos

	Fecha de inicio	Garantía de tasa mínima de retorno	Transferencias de saldos entre fondos	Reglas de elegibilidad para escoger un fondo		Nombre del fondo	Limite de la inversión en acciones		Distribución de la inversión entre fondos (%; a julio 2007)	Distribución de las cuentas de los afiliados (%; a julio 2007)	Reglas por <i>default</i> aplicadas al Nombre del Fondo
				Grupo de edad	Fondo		Superior	Inferior			
Chile	2000. Las AFP ofrecen 2 tipos de fondos. El primero permite la inversión en acciones, el segundo permite únicamente la inversión en bonos. En el 2002, las AFP ofrecen 3 fondos adicionales a los ya existentes.	Sí	Los afiliados podrán transferir sus saldos entre los fondos de una misma AFP no más de dos veces al año sin costo. Si se supera este número, se podrá cobrar comisión.	1) Hombres <= 55 y mujeres <= 50	A, B, C, D o E	A	80	40	22.36	12.03	--
				2) Hombres > 55 y mujeres > 50	B, C, D, o E	B	60	25	23.13	40.24	Hombres y mujeres <= 35
				3) Pensionados	C, D o E	C	40	15	43.10	38.3	Mujeres entre 36 y 50 años;
						D	20	5	10.11	8.85	hombres entre 36 y 55 años
						E	0	0	1.30	0.59	Mujeres >= 51 años; hombres >= 56 años
										--	
								TOTAL: \$110,118 mill dólares americanos ^{3/}	TOTAL: 8.75 mill cuentas ^{2/}		
México	2005. Las AFP ofrecen 2 tipos de fondos: Siefore Básica 1 (SB1) y SB2. A partir del 28 de marzo del 2008, las AFP ofrecen 3 tipos adicionales de fondos.	NO	Los afiliados podrán transferir su saldo entre los fondos de una misma AFP sin ninguna restricción o costo.	Ambos sexos:		SB1	0	--	10.14	38	>= 56 años
				1) >= 56 años	SB1	SB2	15	--	89.86	62	Entre 46 y 55 años
				2) Entre 46 y 55 años	SB1 o SB2	SB3	20	--	--	--	Entre 37 y 45 años
				3) Entre 37 y 45 años	SB1, SB2 o SB3	SB4	25	--	--	--	Entre 27 y 36 años
				4) Entre 27 y 36 años	SB1, SB2, SB3 o SB4	SB5	30	--	--	--	<= 26 años
		5) <= 26 años	Sin restricción								
								TOTAL: \$73,469 mill dólares americanos	TOTAL: 37.53 mill cuentas		
Perú	2005. Las AFP ofrecen 3 tipos de fondos.	Sí ^{1/}	Para afiliados mayores de 60 años o personas que han elegido la opción de retiros programados. <= 60 años	Fondo 1	Fondo tipo 1, fondo de preservación de capital o conservador.		10	--	4.74	N.D.	>= 60 años
				Fondo 2 o 3	Tipo 2, balanceado.		45	--	75.45	N.D.	< 60 años
					Tipo 3, fondo de crecimiento.		80	--	19.81	N.D.	--
								TOTAL: \$19,872 mill dólares americanos	--		

N.D. = No Disponible.

 Notas: 1/La tasa mínima garantizada de retorno fue sustituida por un nuevo sistema basado en indicadores de referencia (*benchmark*). Si la tasa de retorno es inferior a ese punto de referencia, las AFP tienen que cubrir la diferencia con recursos propios. 2/A marzo de 2008. 3/A diciembre de 2007.

Fuente: Elaboración propia basada en FIAP 2007, CONSAR 2008 y CIEDESS 2008.

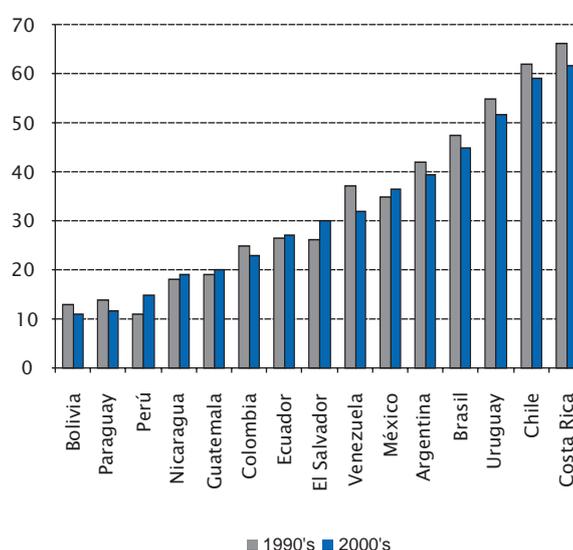
III.5.1 Indicadores de Cobertura y Beneficios

Una forma de medir la cobertura de las pensiones es utilizando encuestas de hogares; estas incluyen datos personales, del mercado laboral y del gasto, los cuales son útiles para analizar la distribución de la cobertura y de los ingresos en poblaciones con características específicas. Las bases de datos en los países de ALC no siempre incluyen variables de ingresos desagregados e historias del mercado laboral de las personas. Con encuestas de hogares, Rofman (2005) y Rofman y Lucchetti (2006) examinan la cobertura por género y zona de residencia rural/urbana en los países de ALC. Estos estudios encontraron menor cobertura entre las mujeres y en las zonas rurales. Otros estudios también han documentado bajos niveles de cobertura (CEPAL 2007, IADB 2004,¹⁰ y CISS 2004a). Rofman y Lucchetti (2006) encontraron variaciones muy pequeñas en la cobertura de los sistemas de pensiones en ALC entre los años 90 y esta década (Gráfica III.1); en los países examinados la cobertura de la PEA en pensiones oscila entre el 12 y el 67%.

Calcular indicadores de los beneficios de las pensiones es difícil si no se cuenta con datos individuales de contribuciones e ingresos. Un cálculo posible es el cociente del beneficio promedio de la pensión mensual sobre el salario promedio; que es la tasa de reemplazo que se presenta a continuación. Se debe hacer notar que los salarios promedio de quienes pagan contribuciones tienden a ser mayores a los salarios promedio de la población económicamente activa—pues los trabajadores del sector formal son una minoría y tienden a proceder de la parte superior de la distribución de los ingresos (Palacios y Pallarés-Miralles 2000).

El Cuadro III.4 muestra algunos indicadores de cobertura y beneficios (tasas de reemplazo) de la seguridad social para 2004-2006 para Brasil, Costa Rica, República Dominicana y México.¹¹ La cobertura de la seguridad social es medida como: 1) el número de afiliados (cotizantes y sus dependientes) en relación al total de la población; 2) el número de cotizantes a la seguridad social con respecto a la

Gráfica III.1
Cobertura en Pensiones de la PEA en Países de AL, 1990s y 2000s



Fuente: Rofman y Lucchetti 2006.

¹⁰ Este estudio se centra en las características de los mercados laborales en América Latina.

¹¹ Utilizando información de instituciones miembro de la CISS.

población económicamente activa (PEA); y, 3) el número de pensionados por vejez con respecto a la población con más de 60 años.

La cobertura es estable en los países examinados entre 2004-2006 bajo las definiciones utilizadas; excepto en la República Dominicana, donde se incrementa de 10% (2004) a 17% (2005) y a 21% (2006) al utilizar la definición 2. Según la definición 1 la columna 1 muestra la cobertura en relación a la población total en el periodo, que representa aproximadamente el 33% en Brasil, el 70% en Costa Rica, el 15% en la República Dominicana, y un 54% en México. Según la definición 2, si la cobertura se mide como el número de cotizantes en relación a la PEA, la columna 2 muestra que para el periodo las tasas de cobertura son de alrededor del 43% en Brasil, 60% en Costa Rica, 10-21% en República Dominicana y 45% en México.

La tercera definición de cobertura, para los adultos mayores, se presenta en la columna 3. En los países con un gran número de pensiones no contributivas como Brasil, la cobertura de las personas de la tercera edad alcanza el 76%. La descomposición de la cobertura de los adultos mayores en términos de la cobertura de la seguridad social y de las pensiones no contributivas se presenta en la Gráfica III.2. México también tiene programas de pensiones no contributivas para las personas mayores, esto no se muestra en la Gráfica porque el aumento en la cobertura de las pensiones no contributivas se espera a partir de 2007.¹²

Tal vez no sea adecuado decir que las agencias de seguridad social que fueron creadas para asegurar a un grupo específico de trabajadores no están obteniendo buenos resultados en términos de cobertura total en un país, ya que estas agencias están proporcionando pensiones a la población que

se supone deben asegurar. Una revisión del diseño de los sistemas fragmentados de pensiones es necesaria para incrementar la cobertura en ALC (Rofman 2005), así como para la integración de programas complementarios de pensiones y para evitar duplicidades e ineficiencias (CISS 2007).

Las Columnas 4 a 8 en el Cuadro III.4 muestran las tasas de reemplazo de las pensiones calculadas con respecto a los salarios promedio de cada país. Las tasas de reemplazo promedio de las pensiones de vejez en 2004-2006 son de alrededor de 84% en Brasil, 59-75% en Costa Rica, y 38% en México (columna 4). Las tasas de reemplazo de las pensiones de invalidez (columna 5) son de alrededor del 57% en Brasil, 42-53% en Costa Rica, 46-94% en la República Dominicana (tal variación debido a las tasas de inflación), y alrededor del 27% en México. Las tasas de reemplazo por riesgos profesionales¹³ (columna 6) son más altas que las de invalidez general; estas son de alrededor del 72% en Brasil y 30% en México. Para algunos de estos países los beneficios para las viudas y los huérfanos también se han reportado en las columnas 7 y 8. En Costa Rica, la República Dominicana y México, las tasas de reemplazo para las viudas son de aproximadamente 25-35% de los salarios de cada país. Las tasas de reemplazo de las pensiones para los huérfanos son inferiores a las de las viudas, generalmente porque un monto estipulado de beneficios se debe dividir entre el número de niños beneficiarios.¹⁴

¹² La mayoría de pensiones de vejez proporcionadas por SEDESOL se iniciaron en 2006. Otro programa en la Ciudad de México se inició poco antes.

¹³ Los beneficios incluidos son no monetarios y de pensiones.

¹⁴ En México las tasas de reemplazo reportadas en la Tabla III.4, columna (8) corresponden al beneficio promedio por cada huérfano.

Cuadro III.4
Cobertura y Beneficios de Pensiones de la Seguridad Social, Países Seleccionados:
2004-2006

	Cobertura ^{1/}			Tasas de reemplazo (pensión promedio/salarios promedio) ^{3/}						
	% población total ^{2/} (1)	% de la PEA (2)	% población adulta mayor (3)	Vejez (4)	Disca- pacidad (5)	Riesgos de trabajo (6)	Sobrevivientes			
							Viudez (7)	Huérfanos (8)	Otros ^{4/} (9)	
Brasil	2004	32	42	76	85	57	72	N.D.	N.D.	N.D.
	2005	33	43	76	84	58	73	N.D.	N.D.	N.D.
	2006	33	44	74	83	59	72	N.D.	N.D.	N.D.
Costa Rica	2004	69	60	27	59	42	N.D.	29	16	20
	2005	71	59	27	75	53	N.D.	36	20	24
	2006	72	63	26	61	42	N.D.	29	16	19
República Dominicana	2004	13	10	N.D.	N.D.	94	N.D.	30	27	--
	2005	15	17	N.D.	N.D.	46	N.D.	25	28	--
	2006	17	21	N.D.	N.D.	51	N.D.	28	28	--
México	2004	52	44	23	35	25	28	28	8	8
	2005	54	45	24	38	27	30	30	9	8
	2006	56	47	25	40	27	31	31	9	8

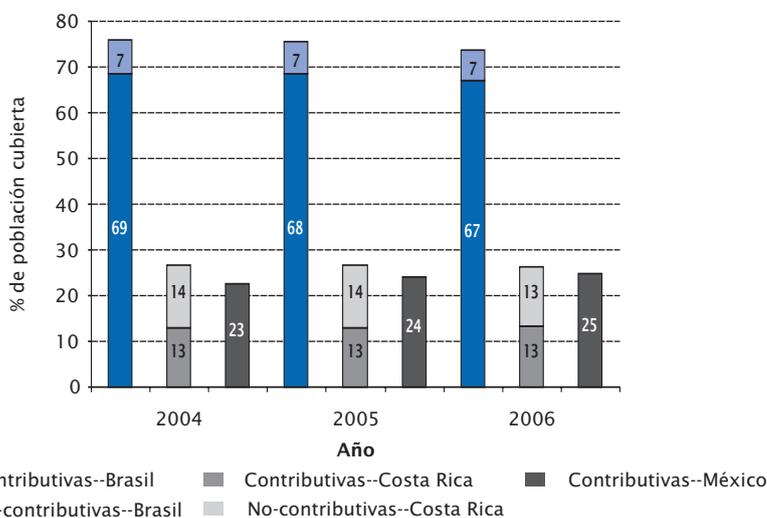
N.D. = no disponible.

Notas: 1/La cobertura en los países corresponde al régimen general; en Brasil incluye a los Regímenes Propios (funcionarios públicos, civiles y militares). 2/Las cifras incluyen a los dependientes de los cotizantes activos, cuando esta información está disponible. 3/Tasas de reemplazo definidas como promedio de pensiones mensuales de los afiliados al régimen general (asalariados) entre el promedio nacional de salarios mensuales. En Costa Rica, es el salario de contribución de la seguridad social para la población entre 15-59 años. 4/En Costa Rica se refiere a padres y hermanos, en México a padres.

Fuente: Elaboración propia utilizando información reunida de las instituciones miembro de la CISS. ILO (2004-2006) para la PEA en Costa Rica. Los datos de población para República Dominicana se obtuvieron de la siguiente fuente:

http://www.one.gob.do/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=5&Itemid=122

Gráfica III.2
Cobertura de Pensiones de Vejez (Régimen Contributivo y
No Contributivo) de la Población 60+ en Países Seleccionados en ALC^{1/}, 2/



Notas: 1/La cobertura contributiva en Brasil incluye los Regímenes Propios (funcionarios públicos, civiles y militares). No incluye la categoría "pensionados", pensión especial (Ley No. 593/48) y los jubilados de la extinta CAPIN, clasificados en la categoría "otros" (Régimen General). Tampoco incluye la categoría "pensiones" (Regímenes Propios). En Costa Rica y México ésta se refiere al régimen general (trabajadores asalariados). 2/ La cobertura no-contributiva en Brasil corresponde al año 2007; en Costa Rica al periodo 2003-2008; en México son proporcionadas por SEDESOL a partir del 2006.

Fuente: Elaboración propia utilizando la información obtenida de los países miembros de la CISS; OIT 2004-2006 para la población de las personas mayores de 60 años en Costa Rica.

Al examinar las pensiones promedio mensuales en relación con los salarios promedio podemos obtener una idea aproximada de lo adecuado que son los beneficios de las pensiones. Estas cifras muestran que no existe un único nivel de pensión adecuado para todos los países; el beneficio depende principalmente del número de contribuciones realizadas, los salarios obtenidos, la forma en que se gravan las pensiones, las tasas de mortalidad, las normas de cálculo de pensiones y los rendimientos a los fondos invertidos. Cabe notar que si los beneficios se examinan nominalmente, en dólares, una

tasa de remplazo relativamente alta del 90% en un país puede ser equivalente a una mucho menor en otro. Para ver esto en detalle, se han examinado los beneficios de pensión por vejez e invalidez considerando las pensiones de los Estados Unidos como referencia, en las filas más bajas de los Cuadros III.5 y III.6. Mientras que Canadá muestra mayores tasas de remplazo que Estados Unidos, el resto de los países muestran menores tasas de remplazo debido a las variaciones en la generosidad de los sistemas de pensiones y los precios.

Cuadro III.5
Pensión Mensual Promedio de Vejez, Países Seleccionados: 2004-2007

Pensión Promedio Mensual (Nominal) en Dólares Americanos					
Año	Estados Unidos	Canadá	México	Brasil	Costa Rica
2004	\$951.25	\$1,260.39	\$134.04	\$195.34	\$249.04
2005	\$998.50	\$1,280.55	\$158.55	\$267.67	\$323.34
2006	\$1,041.05	\$1,303.92	\$166.34	\$309.42	\$290.02
2007	\$1,053.70	\$1,332.15	\$193.77	\$362.54	\$333.97
En Relación a las Pensiones de Vejez de los Estados Unidos (%)					
2004	100	132	14	21	26
2005	100	128	16	27	32
2006	100	125	16	30	28
2007	100	126	18	34	32

Fuente: Elaboración propia utilizando información de instituciones miembros de la CISS, Statistics Canada y SSA 2004-2007.

Cuadro III.6
Pensión Mensual Promedio de Discapacidad, Países Seleccionados: 2004-2007

Pensión Promedio Mensual (Nominal) en Dólares Americanos					
Año	Estados Unidos	Canadá	México	Brasil	Costa Rica
2004	\$883.50	\$994.59	\$96.98	\$130.87	\$178.74
2005	\$928.05	\$1,012.05	\$112.38	\$185.08	\$228.00
2006	\$968.60	\$1,032.91	\$113.67	\$220.96	\$200.59
2007	\$1,021.20	\$1,055.67	\$128.04	\$263.53	\$229.66
En Relación a las Pensiones de Discapacidad de los Estados Unidos (%)					
2004	100	113	11	15	20
2005	100	109	12	20	25
2006	100	107	12	23	21
2007	100	103	13	26	22

Fuente: Elaboración propia utilizando información de instituciones miembros de la CISS, Statistics Canada y SSA 2004-2007.

III.5.2 Recomendaciones

Construir bases de datos con la información necesaria para analizar las tendencias de la cobertura de la seguridad social, especialmente cuando los sistemas de pensiones están fragmentados, pues las cifras de cobertura total pueden ser desconocidas en varios países de ALC.

Analizar si los objetivos del sistema de pensiones se han alcanzado y cuál ha sido el papel de las reformas implementadas en la región para resolver y evaluar propuestas actuales de reforma a los sistemas de pensiones.

La fragmentación y los todavía bajos niveles de cobertura en ALC (el sector informal sigue siendo una preocupación para los sistemas de seguridad social), a pesar de las costosas reformas estructurales, sugieren la necesidad de revisar el diseño de los sistemas de pensiones.

III.6 Enfoque Económico: Efectos de las Pensiones

Una evaluación económica se centra en el impacto de las intervenciones del gobierno, normalmente una reforma al sistema de pensiones, en resultados económicos de interés; por ejemplo, las decisiones laborales (participación en la fuerza laboral, retiro), de consumo y de ahorro; así como los efectos en variables agregadas tales como el empleo, los salarios, las tasas de ahorro, la pobreza, etc.). El enfoque intenta proporcionar perspectivas útiles para desarrollar intervenciones efectivas en el área de las políticas públicas en pensiones. Las metodologías utilizadas para llevar a cabo una evaluación económica de los programas de pensiones están en su mayoría basadas en análisis micro-económicos. Algunas referencias útiles son Angrist (1999), Blundell y Costa-Dias (2002), Heckman y Robb (1985) y Heckman, et al. (1997, 1999).

En el centro de una evaluación económica está la comparación de los resultados de interés entre las personas que han sido "tratadas" en una intervención (un grupo de tratamiento) y las personas que "no han sido tratadas" (un grupo de control); por

ejemplo, los que han sido afectados por un cambio en la reglamentación de un programa de pensiones y los que no. Esta puede no ser una tarea fácil en vista de que para llevar a cabo evaluaciones de impacto usualmente se requiere la recolección de datos específicos para el evento bajo estudio. Cuando es económicamente posible identificar el efecto deseado (por ejemplo, de las pensiones de la seguridad social en el ahorro), por lo general bajo ciertos supuestos, se dice que existe causalidad (en el sentido de que el ahorro se ve afectado por las pensiones de la seguridad social). En esta sección se examina evidencia econométrica sobre el estudio de los sistemas de pensiones en ALC y sus efectos en el mercado laboral y los resultados del ahorro.

III.6.1 Efectos de las Pensiones en los Resultados del Mercado Laboral

¿Tienen las contribuciones a los programas de pensiones efectos significativos en el empleo y los salarios? ¿Afectan las pensiones la decisión de trabajar en el sector formal? ¿Cómo afecta la riqueza acumulada en forma de pensión a la edad en la que las personas se retiran?

Empleo y Salarios

La relación entre la seguridad social, el empleo y los salarios se ha estudiado para evaluar los costos de la regulación. Se ha argumentado que la seguridad social se basa en reglamentaciones laborales estrictas que pueden afectar a los empleadores, mediante el incremento de sus costos de producción. En consecuencia, la hipótesis es que el nivel de empleo y los salarios pagados se reducen debido a las políticas de protección al empleo. Algunas referencias sobre este tema son Heckman y Pagés (2005; y todos los estudios ahí contenidos), Garro y Meléndez (2004), CISS (2003) y Marrufo (2001). El resultado principal de estos estudios para varios países de ALC es que las contribuciones a la seguridad social tienen un efecto negativo sobre los salarios y el empleo, en la medida en la que éstas no son percibidas como beneficios, sino como impuestos.

Retiro

La literatura sobre el retiro en los países desarrollados ha aumentado en las últimas tres décadas ya que estas sociedades perciben las edades de retiro como excesivamente bajas. En la mayoría de los estudios, se entiende por retiro una transición del trabajo de tiempo completo al trabajo de tiempo parcial, o a la inactividad. Se han desarrollado varios modelos teóricos para explicar la decisión de salir del mercado laboral. Los primeros modelos asumen un escenario estático, mercados de capital perfectos e incertidumbre en los ingresos; por ejemplo, Boskin (1977), Boskin y Hurd (1978), Burkhauser (1979, 1980), y Gordon y Blinder (1980).

En modelos dinámicos más recientes la decisión de retirarse se ve afectada por el valor presente de los flujos de los ingresos en el momento de la jubilación. Estos modelos se han utilizado para examinar la influencia de los programas de seguridad social en las decisiones de retiro (Burbidge y Robb 1980, Burtless y Moffit 1984 y 1985, Fields y Mitchell 1984, Stock y Wise 1990).

Revisiones de la literatura sobre los efectos de las pensiones públicas y privadas en las decisiones de retiro en los países desarrollados se presentan en Atkinson (1987), Lazear (1986), Lumsdaine (1996) y Lumsdaine y Mitchell (1999). Un resultado generalizado en los estudios que se enfocan en los efectos de las pensiones en los países de la OCDE es que la seguridad social proporciona fuertes desincentivos para participar en los mercados laborales durante la vejez, debido principalmente a la generosidad de las pensiones (Gruber y Wise 1999 y 2004, Duval 2003).

Entre los pocos estudios que examinan la participación laboral y las decisiones de retiro en ALC están Aguila (2006), Miranda-Muñoz (2007) y Lanza-Queiroz (2008). Los dos primeros estudios

corroboran que el aumento de la riqueza de las pensiones reduce la participación laboral. Un aspecto relevante para los países en desarrollo es el hecho de que los pensionados pueden tener un empleo en el sector informal una vez que hayan empezado a recibir sus pensiones. Una consecuencia de la informalidad es que es probable que la edad de retiro no sea equivalente a la edad pensionable, lo cual sucede en países desarrollados.

III.6.2 Efectos Micro y Macroeconómicos de las Pensiones en el Ahorro

El modelo del ciclo de vida (Modigliani y Brumberg 1954, Deaton 1992) establece el marco conceptual para examinar el comportamiento del ahorro. La hipótesis de este modelo es que las personas suavizan su consumo durante sus vidas; aumentan su ahorro cuando son jóvenes y lo utilizan en la vejez. Una hipótesis derivada que ha sido examinada por diversos autores es que el ahorro obligatorio en forma de pensiones podría reducir otras formas de ahorro (Feldstein 1974). Aguila (2006) y Charles (2005) encuentran una reducción en el ahorro de las personas en México¹⁵ y Argentina, respectivamente, como consecuencia de la reforma a los sistemas de pensiones.

La literatura sobre las pensiones y el ahorro considera que es mediante el aumento de ahorro privado en el sistema de pensiones que el crecimiento económico es estimulado, lo que indirectamente afecta el bienestar de las personas. Algunos autores, especialmente después de la ola de reforma de las pensiones en América Latina, han sugerido que en un sistema de pensiones completamente capitalizado el ahorro total en un país debe aumentar (Schmidtt-Hebbel y Servén 2001). El Capítulo III en CISS (2003) se ha dedicado a examinar este tema y proporciona evidencia para varios países de ALC.

¹⁵ Para conocer más detalles sobre la reforma del sistema de pensiones en México, véase Sales, et al. (1996) y Solís y Villagómez (1999).

El marco conceptual del modelo del ciclo de vida también se ha utilizado para estudiar los efectos de las reformas en los patrones de consumo y las tasas de crecimiento del PIB (véase, por ejemplo en Kohl y O'Brien 1998 un ejercicio de los efectos de reformas hipotéticas en los países de la OCDE, utilizando modelos de equilibrio general).¹⁶ Los estudios sobre los efectos de las pensiones en la pobreza de las familias en ALC son escasos. Schwarzer y Querino (2002) y Scott (2005) examinan el tema para Brasil y México, respectivamente. Los estudios enfatizan que la disponibilidad de las pensiones ayuda a disminuir la pobreza en la vejez, aunque los sistemas de pensiones pueden ser regresivos.¹⁷

III.6.3 Recomendaciones

- Promover el entrenamiento en metodologías de evaluación económica para considerar rigurosamente los efectos de las reformas de las pensiones.
- Esto implica el esfuerzo paralelo de tener los mejores datos posibles para aplicar tales metodologías.
- Promover el uso de evaluaciones económicas formales y creíbles en los debates sobre políticas públicas en materia de pensiones.

¹⁶ Estos modelos intentan tomar en cuenta explícitamente efectos de segundo orden.

¹⁷ Cuando ofrecen mayor protección a los ricos.

CAPÍTULO IV
EVALUACIÓN DE LAS AGENCIAS Y
PROGRAMAS DEL SEGURO DE SALUD

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LAS AGENCIAS Y PROGRAMAS DEL SEGURO DE SALUD

IV.1 Introducción

El alcance de un sistema de salud es probablemente uno de los más extensos en comparación con otras responsabilidades gubernamentales. Conlleva una acción que va más allá de la creación de una burocracia especializada para lograr un producto bien definido. El papel de los gobiernos nacionales implica, en un sentido amplio, regular el sistema, organizar la administración y entrega de los cuidados médicos y ejecutar acciones de salud pública, todos con el fin de alcanzar los objetivos de los sistemas de salud: mejorar la salud, lograr la equidad, alcanzar la eficiencia y obtener la satisfacción de los clientes. ¿Cómo evaluar esta compleja mezcla?

Por otra parte, las relaciones entre las instituciones y los ciudadanos, los asegurados y familias, los pacientes y los médicos son bastante complejas cuando la atención de la salud es el objeto de interés. Los problemas de "selección adversa" y "riesgo moral" han sido reconocidos como desafíos a superar al momento de diseñar sistemas, agencias y programas de salud, y debe tenerse en cuenta en la evaluación.

La evaluación depende de preguntas que no son fáciles de responder: ¿Cómo debería ser organizado el sistema de salud? ¿Debe ser integrado verticalmente, con los hospitales y los fondos de salud formando una sola organización? ¿Debe ser

integrado horizontalmente (por ejemplo, los hospitales deben ser autónomos o deben ser parte de grandes conglomerados)? ¿El gobierno debe participar activamente en las funciones de financiación, organización y administración del cuidado de la salud (OACS), y la provisión o debe dejarlas a instituciones sin fines de lucro? ¿Es necesario crear instituciones autónomas y especializadas para la supervisión o esta tarea debe llevarse a cabo por el sistema judicial? ¿Por qué hay muchos programas de salud que no alcanzan sus mejores resultados? ¿Por qué vemos presupuestos limitados y al mismo tiempo operaciones ineficientes?

El anterior Informe de la CISS (CISS 2007) presentó un marco para dilucidar los procesos que componen un sistema de salud y facilitar el tratamiento de estas cuestiones. Por suerte, tal enfoque puede ayudar a comprender que lo que es mejor para un país puede no ser una opción para otro. Del mismo modo, las políticas que podrían haber parecido equivocadas, a primera vista, han demostrado ser exitosas. Esta falta de consenso, en alguna medida, se debe a una pobre historia de evaluación. Sin embargo, tal vez tengamos que aceptar humildemente que incluso cuando se realiza un gran esfuerzo en un país para comprender los problemas, hay importantes limitaciones para medir la conducta de los jugadores y los resultados.

Las autoridades nacionales de salud con frecuencia invierten recursos para la evaluación de

las enfermedades, pero es menos común asignar recursos para la evaluación de áreas de servicio, tales como el rendimiento hospitalario o la satisfacción de los clientes. Esto puede explicarse, al menos en parte, porque los diseños experimentales para evaluar con mayor rigor las políticas del sistema de salud son difíciles de organizar, tanto técnica como políticamente (Murray y Evans 2003). Pero este *status quo* ya ha comenzado a cambiar. Las presiones provenientes de grupos de interés (principalmente conformadas por los ciudadanos) están promoviendo nuevas formas para la mejora. Muchos países, buscando mayores niveles de rendición de cuentas, han introducido algún tipo de evaluación del servicio al cliente o de la calidad al interior de sus sistemas. Otros han hecho lo mismo en aras de la eficiencia o porque las tecnologías actuales lo permiten a un costo asequible.

La evaluación es necesaria para verificar si se va en la dirección correcta. La evaluación dice si una determinada política efectivamente funcionó y sirve para tomar decisiones sobre el futuro. Ofrece elementos para determinar si un programa va a eliminarse, continuarse, o ampliarse. Puede ofrecer un flujo constante de información de interés a los beneficiarios del sistema, a las agencias participantes, a los directivos, a los reguladores y a los órganos legislativos. Puede proporcionar elementos para recompensar el éxito y evitar el fracaso. La mayoría de los cambios en la salud son incrementales, impulsados por la experiencia y la evidencia—más que la teoría o ideología—dando a la evaluación un rol crítico (Naylor, et al 2002).

El reto para la evaluación efectiva de cualquier política es la comprensión del funcionamiento de lo que se implementa, la definición de objetivos correctos, el seguimiento de datos relevantes para verificar el progreso y evaluar la eficacia. Uno de los temas centrales no es acerca de generar abundante información, sino de generar la información correcta. Esto es fundamental para un

sistema, agencia o programa especializado en salud, un área donde existen muchos elementos de los que se debe estar atento.

Este capítulo tiene por objeto proporcionar una visión general de la evaluación en el aseguramiento en salud. El capítulo se organiza de la siguiente manera. La Sección IV.2 tiene por objeto explicar los marcos para la evaluación. Se explican los métodos para obtener una comprensión minuciosa de los programas y las políticas, y cómo los objetivos se pueden medir mediante el uso de indicadores. La Sección IV.3 explica la mayoría de los enfoques comunes. En la siguiente sección se muestra el panorama de la evaluación en América. Por último, la Sección IV.5 concluye.

IV.2 Marco de Evaluación en Salud

Cualquier marco de evaluación debe comenzar por identificar los objetivos del sistema, las agencias o los programas. En el área de salud, los objetivos pertenecen a alguna de las siguientes cuatro categorías: 1) mejorar la salud, 2) lograr la equidad horizontal y vertical, 3) alcanzar la eficiencia micro y macroeconómica y, 4) mejorar la satisfacción de los usuarios.

Dos aspectos importantes han de entenderse en el momento de pensar acerca de los objetivos. En primer lugar, éstos a menudo se refieren a los sistemas de salud. Como tales, medidas generales se fijan para el país. (Véase WHO 2000, OECD 2005 y World Bank 2007b). No obstante, es importante distinguir entre los sistemas, las agencias y los programas. Un sistema es el conjunto de agencias y programas, y en ese contexto, tienen que establecerse las herramientas de evaluación apropiadas. Si bien los sistemas, las agencias y los programas pueden compartir objetivos, un adecuado sistema de evaluación debe identificar que cada una de ellas necesita su propia métrica.

En segundo lugar, como se ha explicado en anteriores trabajos de la CISS (véase, por ejemplo, CISS 2007 y 2008a), es muy útil identificar las tres funciones básicas que se realizan en cualquier sistema de servicios de salud: la financiación y asignación, OACS, y la provisión. Estas funciones básicas pueden ser realizadas por una agencia integrada verticalmente o en forma descentralizada por diferentes agencias. El reconocimiento de las tres funciones básicas es fundamental para la evaluación, dado que cada necesidad debe ser evaluada de manera particular con el fin de tener una mejor comprensión del funcionamiento de las agencias; además, las interacciones también pueden ser mejor entendidas.

Por otra parte, como se explicó en el Capítulo II, las evaluaciones pueden tener visiones complementarias: económica, actuarial, fiscal, de IO o administrativa. Las visiones reflejan distintas preocupaciones, que se reflejan en los objetos (indicadores) de seguimiento, la evaluación o ambos. Cada visión utiliza herramientas propias o de otras áreas de investigación. Por ejemplo, la visión administrativa se centra en encontrar el justo equilibrio entre las intervenciones estratégicas y las competencias internas de la agencia con el fin de satisfacer a los clientes y alcanzar los objetivos planteados. De este modo, los administradores se centran en hallar indicadores que puedan supervisar el progreso hacia el logro de un conjunto de objetivos. Los administradores pueden asignar algunas veces un papel secundario a la fase de evaluación del programa o sistema, y preocuparse más de los cambios internos en las agencias que les puedan llevar a un mejor desempeño interno. No es que ellos no se preocupen por los resultados globales, pero su principal responsabilidad es realizar su trabajo interno de manera correcta.

Junto con las metas, deberán ser entendidos los cuatro elementos centrales de la evaluación. El primero se refiere a la comprensión de cómo funciona el sistema, la agencia o el programa. Para la

evaluación de programas éste se refiere algunas veces como la "teoría del programa". Esto se refiere al mapa de cómo funciona, qué objetivos existen y cuáles son las palancas al alcance para abordar los problemas identificados. En términos prácticos esto se traduce en herramientas que organizan la información—el orden de los indicadores debe ser lógico—, pero esto es más que la forma de poner algunos indicadores en una herramienta. Como veremos en las secciones siguientes, existen herramientas bien conocidas desarrolladas para organizar la teoría del programa, unas de las cuales, los mapas de estrategia y el marcador balanceado, se han desarrollado especialmente para aplicar la visión administrativa.

El segundo aspecto consiste en identificar los indicadores que ayudan a supervisar el avance en el logro de los objetivos. Estos tipos de indicadores son conocidos como indicadores de desempeño y están por lo general acompañados por metas a las que se supone se debe llegar. Si bien los objetivos genéricos están por lo general establecidos en las leyes u otro tipo de regulación, los objetivos específicos se definen con menos frecuencia. Es probable que la eficacia de una agencia esté en función de su capacidad para definir metas que mezclen la aceptación por las partes interesadas con las posibilidades reales internas. Es poco probable que los legisladores o reguladores tengan más que una pequeña fracción de la información disponible para una agencia, y, por tanto, la eficacia es esa mezcla de proporcionar confianza a las partes externas a la vez que de hecho se mejora la gestión.

El tercer aspecto se refiere a la identificación de las fuentes de información. En términos generales, los datos pueden provenir de registros administrativos o directamente de datos recopilados, a través de encuestas o entrevistas. En el ámbito de la salud hay un debate interesante en las ventajas y desventajas de cada una de esas fuentes. Por último, para el caso de intervenciones específicas a través de programas, se espera una evaluación. La evaluación puede ser dividida en evaluación de

diseño, de implementación y de impacto.¹ Este será el tema específico de la Sección IV.3.

La evaluación, incluyendo el marco lógico, los indicadores, las fuentes de datos y la definición de los aspectos a ser evaluados deberán ser acordados entre todas las partes interesadas pertinentes y, puesto que el objetivo es mejorar el rendimiento, deberá ser establecida una estrategia bien diseñada para la divulgación de resultados.

En este sentido, el orden en que se desarrolla la información para el seguimiento y la evaluación no es inocuo. Si bien un sistema de evaluación puede ser implementado en cualquier momento, es conveniente contar con un sistema bien desarrollado antes de que los cambios sean implementados en un sistema, programa o agencia. Y cuando un sistema de evaluación va a ser aplicado, es importante desarrollar los elementos del sistema en orden: 1) definición de los participantes en el diseño de la evaluación; 2) diseño de la lógica del sistema, agencia o programa; 3) definición de indicadores y fijación de metas, 4) identificación de fuentes de información; 5) evaluación; y, 6) divulgación de la información. Si bien estas recomendaciones parecen obvias, desafortunadamente, no siempre son seguidas. En efecto, es raro que un nuevo programa tenga un sistema de evaluación antes de que inicie su implementación. Dado el estado actual de la tecnología, incluso para los países con pequeños o bajos ingresos, también es recomendable, siempre que sea posible, que la evaluación se base en datos individuales y que haga uso de las herramientas y métodos más modernos.

IV.2.1 Marcos para Organizar la Información

No es extraño encontrar programas o agencias que producen grandes cantidades de información en la forma de indicadores que resultan ser apenas

comprensibles para el usuario común. La necesidad de evaluar ha empujado a muchas instituciones a crear indicadores y a contratar evaluaciones indiscriminadamente, sin una previa valoración del tipo de información que el programa necesita realmente producir. Este derroche de recursos a menudo se produce porque el programa/agencia no es completamente entendido. Esta sección pretende tratar esta cuestión describiendo las herramientas más ampliamente utilizadas. En el fondo, el objetivo de éstas es buscar indicadores y presentarlos de tal manera que puedan catalizar el cambio.

El diseño e implementación de políticas sociales puede ser complejo en el ámbito de la salud, donde los resultados pueden ser producto de muy diversos factores. En este contexto, no es evidente que las partes de una intervención debieran estar sujetas a evaluación. Si bien los objetivos de un sistema de salud deben ser claros, no siempre es fácil dilucidar como funcionan los componentes del sistema al perseguirlos. Por supuesto, se sabe que hay recursos utilizados y procesos involucrados, pero tal vez no sea óptimo medir todo lo que tiene que ver con el programa o agencia. Los recursos son escasos y deben responder por necesidad a una estrategia. La clave reside en encontrar los elementos que dicen más. En primer lugar, todas las partes interesadas deben participar. Es conveniente contar con directivos, evaluadores, usuarios, y cada parte afectada al momento de tomar decisiones acerca de la evaluación. En segundo lugar, es necesario desarrollar un marco para que cada parte interesada comprenda cómo funciona el programa o agencia que se supone debe resolver un problema. Una vez que el contexto y el funcionamiento se comprende y los resultados esperados se formulan, es más fácil decidir cuáles aspectos deben ser supervisados y cuáles examinados más cuidadosamente a través de una evaluación.

¹ La medida costo-beneficio mide tanto los ingresos como los egresos en términos monetarios. El análisis de costo efectividad estima los insumos en términos monetarios y los resultados en términos no monetarios.

Al crecer la popularidad de la evaluación, los marcos para estudiar el funcionamiento de los programas (a menudo denominado "teoría del programa" *program theory*, Donaldson y Lipsey 2006) también han proliferado. El marco lógico, la teoría del cambio, y la gestión basada en resultados, son sólo algunos de los métodos utilizados para describir la teoría del programa. La utilización de diversos términos puede ser confusa para los recién llegados al tema de evaluación, pero es necesario tener en cuenta que lo que pretenden hacer es mostrar cómo funciona el programa y la forma de medir los progresos. Básicamente, constan de tres elementos: contexto en el cual prevalece el problema, el funcionamiento del programa, y los resultados. Para explicar estos elementos y las relaciones entre ellos, estos métodos usualmente conllevan algún tipo de mapeo y/o construcción de matrices. Después de construir un modelo razonable en el que los insumos, procesos y productos están claramente definidos y relacionados unos con otros en una susceptible cadena de acciones, estos métodos requieren el diseño de indicadores con sus correspondientes metas (en términos numéricos), las fuentes, y los supuestos adoptados. Básicamente en la actualidad hay dos marcos comunes utilizados en la evaluación de salud. El primero es el llamado "marco lógico" (*logical framework*), ampliamente utilizado por el Banco Mundial. El segundo es "mapas de estrategia-marcador balanceado" (*strategy maps-balanced scorecard*), propuesto originalmente por Kaplan y Norton (1996).

Sobre este tema podemos ver que aunque los enfoques del marcador balanceado (*BSC*) son más comúnmente utilizados a nivel de las agencias, con éxito significativo (véase evidencia reciente, por ejemplo, en Zelman, et al 2003, e Inamdar, et al 2002), y los marcos lógicos para supervisar los programas, el marcador balanceado puede convertirse en una herramienta muy útil para vigilar los programas también. El reto radica en la forma en que las partes interesadas se identifican, y sobre cómo mapear los procesos y cambios en los cuales las agencias que

dirigen los programas deberán sobresalir para alcanzar la satisfacción de las partes interesadas y los usuarios en un contexto en el que gran parte de los procesos se realizan por entes externos. Ejemplos de desarrollo del *BSC* en agencias de salud pública se pueden encontrar en Villalbi, et al (2007), García (2004) y Woodward (2004), mientras que la Superintendencia de Salud de Chile tiene en su página web su *BSC* (véase: <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-1734.html>).

IV.2.2 Indicadores de Desempeño en Salud

Los indicadores de resultados miden varias partes de un programa, una agencia o un sistema. Ellos son la base de la supervisión y pueden utilizarse para hacer seguimiento a los insumos, procesos y resultados de cualquier política pública. También pueden utilizarse para observar las variables externas que pueden tener impacto sobre los resultados. Para cada parte involucrada, los indicadores son importantes porque ayudan a saber lo que está sucediendo. Para los administradores de salud, los indicadores advierten de fracasos y logros, mientras la política se está implementando. Esta información apoya la toma de decisiones, la auditoría, permite la oportuna corrección de errores y ayuda a mejorar el desempeño. Para el gobierno, los indicadores permiten evaluar el valor agregado de una política y proveen apreciaciones sobre lo que habría sucedido si la política no se hubiera llevado a cabo. Para los usuarios, los indicadores pueden ayudar al proceso de toma de decisiones en los mercados de servicios de salud. Para los pagadores de impuestos, los indicadores publicados—siempre que sean fáciles de entender—ayudan a comprobar cómo están siendo utilizados sus recursos y si ha habido algún progreso. En este punto vale la pena mencionar que no todos los indicadores son útiles para la toma de decisiones. Los indicadores útiles son aquellos que proveen información de las partes en la lógica del sistema.

Con el fin de que los indicadores estén siempre disponibles, los datos tienen que producirse periódicamente. La supervisión es una tarea que funciona mejor en forma continua que cuando viene de manera discreta y algunas veces en intervalos esporádicos de tiempo. Por lo tanto, un buen sistema de indicadores obtendrá mejores resultados si éste se ha planeado desde la etapa de diseño. Esto no significa que las políticas que ya se hayan implementado no puedan ser supervisadas. Una buena estrategia para desarrollar una base de datos funcionará en cualquier momento. Pero cuanto antes se reconozca la necesidad de información, más fácil será reunirla. Una base de datos que provee información de calidad no sólo será una fuente importante para obtener indicadores, sino que será también el eje para realizar evaluaciones adicionales.

El desarrollo de indicadores de desempeño por lo general puede tomar tiempo, ya que necesitan tener ciertas características "ideales": 1) deberán medir condiciones de manera clara y específica; 2) deberán medir el desempeño directamente, en términos cuantificables cuando sea posible, aunque si esto no es factible algunos *proxies* pueden ser utilizados; 3) no deben ser costosos o difíciles de obtener; 4) la fuente de datos deberá ser claramente identificable y confiable; 5) deberán actualizarse periódicamente o inclusive continuamente a un bajo costo; en el caso de los datos administrativos como un subproducto de las operaciones; y, 6) el sistema de control deberá conformarse sólo por los mejores indicadores disponibles, y no por todos los indicadores disponibles. Una vez que los indicadores son seleccionados, deberá diseñarse un plan de supervisión. Es necesario especificar la manera como serán generados los datos, cuándo van a ser obtenidos—y los agentes a cargo—, y cómo van a ser procesados, analizados y divulgados.

Los indicadores se pueden clasificar de muchas maneras, por ejemplo: en relación con el procesamiento de la información, pueden ser indicadores elementales, derivados y compuestos; en relación con las fases de los programas, pueden

ser indicadores de recursos, productos e impacto; en relación con las variables, los indicadores pueden ser completos, parciales y complejos (Tavistock, et al 2003). Aquí vamos a clasificarlos en dos tipos: indicadores simples e indicadores complejos. Los primeros son estadísticas que se refieren al valor de dos variables, por lo general como un cociente, con el fin de hacer comparaciones. El segundo tipo de indicadores se refiere a aquellos que tienen una base teórica o "contrafactual" (es decir, que pueden ser comparados con alguna hipótesis y con otros datos). El Cuadro IV.1 muestra ejemplos de indicadores simples que se utilizan para los sistemas a lo largo de los tres principales procesos. El ejemplo siguiente muestra la utilidad de este enfoque.

Cuando se evalúan los sistemas de salud o los programas típicamente la cobertura es una preocupación básica. Aunque ampliamente utilizado, este indicador puede dar lugar a respuestas diferentes dependiendo de lo que éste en realidad mida. La cobertura es alternativamente medida bajo criterios de garantías constitucionales, de derechos garantizados o de garantías observables. El primero se refiere a los derechos estipulados en la Constitución u otros estatutos fundamentales de los países, incluyendo jurisprudencia (para una discusión de garantías véase el informe sobre salud CISS 2008a). Otro uso de los derechos garantizados es el que hace referencia explícita a las garantías establecidas en los programas; esta es la definición utilizada por la OMS (WHO 1998). Bajo este contexto, los programas se clasifican en aquellos con y sin derechos garantizados. Los primeros son aquellos en los que hay garantías explícitas de atención, mientras que el segundo se refiere a aquellos sistemas que proporcionan servicios de salud sujetos a limitaciones presupuestales. Se dice típicamente que los sistemas financiados con impuestos a la nómina están basados en derechos garantizados mientras que los sistemas financiados de impuestos generales no tienen derechos garantizados; así a los primeros se les conoce como Bismarckianos y a los segundos como Beveridgianos. Por último, es muy común ver

que los indicadores que miden el acceso a los servicios (garantías observables) se utilizan como medidas de cobertura.

La cuestión principal es que existe ambigüedad en la medición de la cobertura a veces a nivel de financiación, a veces a nivel de afiliación, y a veces a nivel de acceso a la prestación de servicios. Una estrategia exitosa es lograr la cobertura en los tres

niveles. Considerando el problema como una cuestión de derechos garantizados, puede tener cierta utilidad en la política para promover acciones públicas para asegurar la financiación y otras acciones estatales, pero por sí mismo, los derechos garantizados pueden ser sólo una denominación que significa poco si no es correspondido por cobertura a nivel de servicios.

Cuadro IV.1
Ejemplos de Indicadores Simples Para Seguir Objetivos del Servicio de Salud

	Sistema		Agencias		Programas
		Financiación y asignación	OACS	Provisión	
Mejorar la Salud de la población	Tasas de mortalidad ajustadas por la edad.	Tasas de afiliación (universalmente).	Número de intervenciones en el paquete de servicios (amplitud).	Tasas de mortalidad hospitalaria.	Tasas específicas de mortalidad y de morbilidad.
	Medidas de morbilidad.		Tipo de Intervenciones suministradas (total).	Acceso para diferentes intervenciones /tratamientos.	
	Tasas de curación/ supervivencia.		Eficacia del cuidado: 1. Número de visitas. 2. Verdadero acceso a las diferentes Intervenciones/ tratamientos. 3. Tratamiento/ gestión adecuado para algunas condiciones. 4. Cuidado preventivo o de apoyo.	Tratamiento/ gestión adecuado para algunas condiciones.	
	Estatus de la población.		Certificaciones.	Certificaciones.	
	Acceso a los servicios de salud con un gran impacto demostrable sobre el estatus de salud comunitario.				
Equidad Horizontal	Derecho constitucional Tasas de afiliación Acceso a los servicios de salud con un gran impacto demostrable sobre el estatus de salud comunitario.	Recursos entre diferentes grupos de afiliados.	Valor del paquete de servicios de grupos de población. Acceso para diferentes Intervenciones/ tratamientos por distintos grupos de población.	Acceso para diferentes Intervenciones/ tratamientos por distintos grupos de población.	Población objetivo.

Cuadro IV.1 (continuación)

	Sistema	Agencias			Programas
		Financiación y asignación	OACS	Provisión	
Equidad Vertical	Gasto privado.	Primas, deducibles y co-pagos de diferentes afiliados.	Deducibles y co-pagos.	Pagos en el punto de servicio.	Costo de participación.
Macroeficiencia	Gasto total en salud.	Desviaciones de gasto.	Desviaciones de presupuesto.	Desviaciones de presupuesto.	Desviaciones de presupuesto.
Microeficiencia	Varias medidas utilizadas de productos por insumos. Costo administrativo.	Tasas de afiliación de la población potencial. Pago de contribución de la población adscrita. Costo promedio de afiliación. Ingresos de operación. Ingresos netos.	Costo promedio administrativo por afiliado. Siniestralidad médica por afiliado. Margen operativo. Margen de ingreso neto.	Varias medidas utilizadas de productos por insumos. Ingresos operativos. Ingreso neto.	Costo promedio por beneficiario. Focalización.
Satisfacción del usuario	Medidas de tiempo. Elección. Atención a usuarios. Otras medidas de satisfacción a través de encuestas.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Tasas de reinscripción.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Tasas de reinscripción.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas. Medidas de visitas por diferentes enfermedades.	Medidas subjetivas de satisfacción a través de encuestas.

Fuente: Elaboración propia basada en diversas fuentes (Hurst y Jee-Hughes 2000, OECD 2003c, PAHO 2007, www.ncqa.org y WHO 2008).

Estos indicadores, cuando se comparan con información basal u otro tipo de puntos de referencia, son útiles para describir y evaluar los aspectos de los sistemas de salud. Sin embargo como los indicadores se calculan como el cociente de dos variables, proveen información parcial y pueden llevar a conclusiones equivocadas. Un ejemplo de esta situación fue descrita en el Capítulo II. En el siguiente párrafo describimos otro que es común.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es uno de los principales indicadores cuando se evalúan los resultados de salud en una sociedad. Por otra parte, cuando se combina con datos sobre gasto en salud por lo general proporciona una evaluación del

desempeño del sistema de salud. Por ejemplo, algunos investigadores sostienen que Estados Unidos se encuentra a un nivel inferior al de muchos países europeos basado en este indicador. Sin embargo, cuando se utilizan, por ejemplo, otros indicadores, tales como el acceso al tratamiento contra el cáncer, podemos ver que el desempeño del sistema de salud de los Estados Unidos está por encima al de los países europeos.

En general, los sistemas de salud no pueden medirse por las condiciones de salud, ya que las condiciones de salud son el resultado de muchos factores determinantes (Naylor, et al 2002). Para evaluar un sistema de salud deberán tenerse en cuenta muchos

indicadores, y los indicadores simples basados en cocientes dan información parcial. En parte por esta razón y debido a la disponibilidad de datos y capacidades computacionales, se están desarrollando indicadores más sofisticados. Estos indicadores complejos, ofrecen mayor coherencia en los

resultados, permiten la respuesta a diferentes preguntas y son más útiles para propósitos de evaluación. No son perfectos, dado que algunos de ellos pueden estar sometidos a las mismas críticas formuladas en el párrafo anterior. El Cuadro IV.2 muestra los indicadores complejos más utilizados en salud.

Cuadro IV.2
Ejemplos de Indicadores Complejos para Seguir Objetivos de Servicio de Salud

	Sistema		Agencias		Programas
		Financiación y asignación	OACS	Provisión	
Mejorar la salud de la población	Calidad de vida relacionada a la salud (<i>HRQOL</i>). Por ejemplo, años de vida ajustados por la calidad <i>QALYs</i> .	Cobertura efectiva.		Indicadores de la seguridad del paciente.	Calidad de vida relacionada a la salud (<i>HRQOL</i>). Por ejemplo, <i>QALYs</i> para una enfermedad específica. Cobertura efectiva.
Equidad Horizontal	Medidas de resultados y de desigualdad en el acceso. Por ejemplo, inequidad con respecto a los años de vida y años de vida ajustados por la calidad (<i>QALYs</i>).				Medidas de resultados y de desigualdad en el acceso. Por ejemplo, inequidad con respecto a los años de vida y años de vida ajustados por la calidad (<i>QALYs</i>).
Equidad Vertical	Medidas de desigualdad financiera. Gastos catastróficos y empobrecedores.	Disposición a pagar.			Medidas de desigualdad financiera. Gastos catastróficos y empobrecedores.
Macroeficiencia	Viabilidad fiscal del sistema. Peso muerto de proveer servicios de salud.	Viabilidad financiera de la población afiliada.	Viabilidad fiscal de la agencia en función de los paquetes otorgados y la población afiliada.	Viabilidad fiscal de la agencia en función de los paquetes otorgados y la población afiliada.	Viabilidad fiscal del programa. Peso muerto de proveer un programa.
Microeficiencia		Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> .	Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> .	Curvas de eficiencia, por ejemplo <i>DEA</i> . Calidad técnica de los proveedores, hospitalizaciones prevenibles.	
Satisfacción del usuario	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.	Satisfacción de los usuarios ajustada por expectativas. Análisis económico de disposición a pagar.

HRQOL = Health Related Quality of Life. QALY = Quality Adjusted Life Year. DEA = Data Envelopment Analysis.

Fuente: Elaboración propia basada en diversas fuentes (Hurst y Lee-Hughes 2000, OECD 2003c, PAHO 2007, y WHO 2003 y 2008).

Después de revisar los indicadores de seguimiento a los sistemas de salud reportados regularmente por los países, podemos concluir que (véase el informe completo sobre este tema en CISS 2008b):

- La OPS tiene una iniciativa encaminada a la recopilación de indicadores clave de los países de la región. La información producida para tal iniciativa es la única que se produce regularmente en muchos países.
- El uso de indicadores complejos no es tan común como el uso de indicadores simples. Algunos de ellos no se producen sistemáticamente por los sistemas de salud del país; de hecho, en los países desarrollados son en su mayoría producidos como parte del trabajo académico, pero no como parte de un sistema de evaluación regular.
- La mayoría de los países generan indicadores básicos en relación con la mortalidad, la morbilidad y la cobertura de servicios, y una gran cantidad de información se produce dentro de los mismos indicadores agregados, por ejemplo, la mortalidad se analiza por edad, enfermedad, etc..
- Con relación al desempeño de los sistemas de salud, la equidad se puede medir a lo largo de las dimensiones vertical y horizontal. Para la primera, los indicadores tales como el gasto público y privado se utilizan comúnmente mientras que los más complejos rara vez se utilizan (gastos catastróficos y empobrecedores). Por otro lado, casi ningún país mide regularmente la equidad horizontal con indicadores complejos.
- Para medir la eficiencia macroeconómica, el gasto de salud total es el indicador más común utilizado por los países. La micro-eficiencia se mide a través de cocientes de usuarios a infraestructura y recursos humanos.
- En lo que respecta a la satisfacción de los usuarios, sólo unos pocos países cuentan con indicadores que tienen por objeto la captura de

la satisfacción del usuario. Además, hasta ahora, ninguno de ellos utiliza indicadores complejos.

- En muchos casos la información no se actualiza con frecuencia, situación que puede reflejar que no se han adoptado procesos estandarizados.
- Algunos países llevan a cabo encuestas nacionales periódicamente para evaluar la salud de la población y otros indicadores interesantes.
- En algunos países el ministerio encargado de las cuestiones de salud tiene un departamento sólido de estadísticas. En estos casos, un micrositio dentro de la página web del ministerio proporciona información básica y herramientas para generar algunas estadísticas.
- En Estados Unidos el Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Estados Unidos una agencia pública dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos es una fuente valiosa de información pública en relación con los indicadores de salud.
- En Canadá hay una agencia privada llamada Instituto Canadiense de Información de Salud que proporciona información pública en salud.

De la discusión anterior podemos recomendar:

- *Los países deben comenzar a producir todos los indicadores pertinentes. Incluidos aquellos que no se producen actualmente en forma regular, tales como el gasto administrativo. Si bien se han hecho esfuerzos para producir indicadores de resultados de salud, una imagen completa se alcanzará una vez que exista información relativa a la equidad, eficiencia y satisfacción.*
- *Los países deben empezar a producir indicadores complejos. Por ejemplo, ahora se producen indicadores complejos en México y Chile.*
- *Las metas para los indicadores deben ser objeto de acuerdo entre las principales partes interesadas. No deben ser tan ambiciosas que no sean alcanzables, pero tampoco tan modestas que se traduzcan en solo mejoras menores. Estas metas deberán ser el resultado realista de lo que puede*

ser hecho bajo el contexto actual y teniendo en cuenta las acciones para su consecución.

Debemos ser conscientes de que el establecimiento de un ordenamiento mundial de desempeño de los sistemas de salud basado en indicadores agregados es extremadamente difícil, como es ejemplificado por el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 (WHO 2000). El informe ha sido objeto de críticas por sus problemas con la utilización de ponderadores en el cálculo de los índices, por la utilización de medidas de servicios de salud como una medida indirecta del desempeño de los sistemas de salud y por la forma en que éste evaluó la equidad de los sistemas de salud. Otro valioso esfuerzo para crear comparaciones internacionales es el realizado por la OCDE (Véase, por ejemplo, OECD 2006).

Las métricas utilizadas para seguir a las agencias encargadas de la atención de salud son menos abundantes y no siempre difundidas objetivamente. En términos generales podemos resumir que las agencias son supervisadas con base en: 1) la visión administrativa, en la cual internamente se establece una estrategia, tareas, indicadores y métricas que deberán ser alcanzadas por las diferentes áreas de la organización y, 2) la visión fiscal en el caso de las agencias públicas, en el que las mismas son controladas con respecto al uso de fondos públicos, tales como las desviaciones presupuestales y compras. Surgen dos cuestiones. En primer lugar, aunque las agencias tienen su propia estrategia, el control externo basado en la visión fiscal domina los esfuerzos de las agencias públicas. Este es, desafortunadamente, un comportamiento racional de los directivos, ya que en la mayoría de las agencias públicas el periodo para el que fueron contratados es muy corto en comparación con el que se necesita en una estrategia a largo plazo, y su éxito personal puede depender crucialmente en no fallar en términos de control financiero en el corto plazo. En segundo lugar, en las agencias que realizan más de una función, como agencias verticalmente integradas, se corre el riesgo de pasar por alto una de ellas. Por estas razones, recomendamos:

- *La supervisión externa de las agencias públicas debe ser más amplia, se deben incluir algunos elementos de la visión administrativa, además de la visión fiscal.*
- *Las agencias verticalmente integradas deben trabajar siguiendo una separación virtual de funciones y desarrollar indicadores acorde a esta realidad (es decir, para la financiación, OACS y provisión).*

De entre todos los tipos de agencias, la que más atención ha recibido son los hospitales. Existe una importante cantidad de información sobre hospitales en publicaciones académicas y no académicas. Los hospitales son escrupulosamente supervisados con respecto a los principales indicadores basados en cocientes como los presupuestos, proporciones de pacientes por camas, cargas médicas, etc., mientras que por argumentos sanitarios las infecciones intra-hospitalarias y otras variables son seguidas en forma periódica. Sin embargo creemos que se pueden hacer muchas mejoras:

- *Es importante que una vez que el hospital haya construido un sistema confiable de indicadores simples, se inicie un esfuerzo para desarrollar indicadores complejos. A pesar de que no hay una única propuesta, como en el caso de los indicadores de cociente, hay una amplia literatura sobre las ventajas y desventajas de indicadores complejos propuestos.*
- *Los hospitales deberán ser supervisados de una manera integral, incluyendo todas las visiones. En particular el uso de la IO ha demostrado ser muy útil para comprender la eficiencia de los hospitales. Esto se refiere a la evaluación de un sistema de hospitales, y no a la administración de casos individuales.*

Los programas son, probablemente, en comparación a los sistemas y las agencias, los que reciben una atención más completa, a menudo porque tienen asignados fondos públicos específicos. En muchos casos los programas son supervisados con

respecto a la visión actuarial y la visión fiscal. Por otra parte, los académicos normalmente tratan de evaluar los programas de salud como parte de su agenda de trabajo. La principal razón que explica la falta de una evaluación completa en los programas de salud en el continente es que los programas son con frecuencia implementados antes de que se haya adoptado una estrategia de evaluación. Por esta razón recomendamos:

- *La evaluación debe ser un aspecto clave del diseño de programas y los programas deben ejecutarse de tal forma que se pueda implementar un sistema confiable de evaluación.*

Para los sistemas, las agencias y los programas se aplican las siguientes recomendaciones:

- *Los indicadores agregados, incluyendo aquellos a nivel nacional, son muy útiles para algunas audiencias, por ejemplo los líderes políticos, pero para los administradores estos pueden parecer una "caja negra", por lo tanto es muy útil desagregar los indicadores de procesos y programas.*
- *Los indicadores deben estar basados en datos individuales. En este sentido, los sistemas de tecnologías de información deberán implementarse para medir la información a nivel individual, por ejemplo, el costo por tratamiento.*
- *El sistema de generación de indicadores deberá ser lo suficientemente flexible para adaptarse con rapidez a los nuevos desarrollos.*
- *Las condiciones de salud son el resultado de muchos factores que interactúan entre sí, tales como las características socio-demográficas y educativas. Por esta razón algunos sostienen (véase, por ejemplo, Naylor, et al 2002) que algunos indicadores que reporten condiciones fuera de los sistemas de salud también deben seguirse a fin de evaluar mejor los sistemas de salud y comprender las desigualdades.*

IV.2.3 Fuentes de Información

Existen dos fuentes principales para obtener datos: las administrativas y las encuestas. Existen, por su parte, dos tipos de medidas: objetivas y subjetivas. Los datos administrativos proporcionan medidas objetivas y si los sistemas están bien diseñados, las bases de datos pueden alimentarse directamente de eventos operativos. Las encuestas pueden proporcionar dos tipos de datos: objetivos, como las medidas basadas en la sangre, peso, estatura, y otros indicadores que son fácilmente medidos durante las entrevistas, y subjetivos. Los datos subjetivos con respecto al estado de salud están además divididos en autoevaluaciones del bienestar global e informes de incidencia de condiciones crónicas. En los párrafos siguientes trataremos de resumir las conclusiones sobre las ventajas y desventajas de utilizar los dos tipos de datos y los dos tipos de medidas. También hacemos alguna sugerencia para mejorar el proceso de recopilación de datos en los sistemas de salud. En cuanto a los datos administrativos las preocupaciones más comunes son:

- Los datos administrativos en materia de salud, tales como registros médicos, egresos hospitalarios, y estadísticas vitales, proporcionan objetivos fiables en las medidas de la salud. Sin embargo, se sabe que puede haber errores cuando los médicos, enfermeras y administradores capturan los datos. Una adecuada capacitación en el uso de los sistemas de información y la utilización de expedientes electrónicos de salud deberán mejorar la recolección y la calidad de los datos proporcionados por fuentes administrativas.
- En muchas circunstancias, como las agencias públicas se gestionan con base en el flujo de efectivo por razones fiscales, no se produce un enfoque presupuestal suficientemente rico como para contabilizar alguna información importante. En particular, en ausencia de la contabilidad financiera no es fácil obtener información sobre

los activos y pasivos, y el costeo de procesos llega a ser difícil de calcular.

- Los datos administrativos se recopilan regularmente, aunque muchas veces no se encuentran disponibles con prontitud. Una de las características de los datos administrativos es que tienen la posibilidad de ser utilizados muy poco después de que se hayan generado, incluso en tiempo real. Esto no es factible si la información tiene que estar consolidada, organizada y depurada. Con las actuales TI, un sistema adecuado, diseñado cuidadosamente, con información confiable ingresada desde el comienzo debe evitar estos problemas.

- Los datos administrativos recopilan piezas desconectadas de información de la misma persona. Esto es típico en los sistemas de salud en los que hay información de los afiliados en términos de salarios, contribuciones, etc. (esto no existe cuando los servicios de salud no son suministrados bajo los mecanismos de seguro), y también información con respecto a los registros de admisión y egreso para cada interacción de la persona con las instalaciones de salud. Sin embargo, a menudo es difícil crear un registro para el mismo afiliado con toda su información; de hecho, a veces, dos registros de egreso para una misma persona por la misma enfermedad, producto de dos estadías en el hospital, no pueden vincularse. Una vez más, el uso de los expedientes médicos electrónicos pueden ayudar para este propósito, especialmente si éste es integrado en un sistema de TI con una arquitectura centrada en el ciudadano (para obtener más información sobre esto véase CISS 2007).

- Los datos administrativos no se actualizan constantemente. Como se explicó en el anterior Informe de la CISS (CISS 2007), dos procesos que pueden producir mejores resultados en los programas sociales son el de la administración de la cuenta y la atención al usuario (AC y AU). Es muy importante para las agencias lanzar un

enfoque moderno para la AC y AU. Esto fue más costoso y menos eficaz en el pasado, pero las tecnologías actuales han aumentado los múltiples beneficios derivados de la gestión de las relaciones con las personas de manera detallada.

- Los datos administrativos tiene muy poca información sobre las características socio-demográficas. Aunque esta información puede no ser directamente relevante para la gestión de un programa, ésta permite a las agencias personalizar los servicios, y se convierte en información clave al momento de realizar análisis sobre cuestiones de política pública. Entrevistas a una muestra representativa de los afiliados y vincular la información administrativa con la de las encuestas han demostrado ser muy informativas (véase el ejercicio realizado para el caso del sistema de pensiones en Chile en Arenas de Mesa, et al 2006).

La información proveniente de encuestas puede ser muy útil ya que provee información sobre varias dimensiones, información que no es capturada por los datos administrativos. Los datos de la encuesta pueden complementar la falta de datos administrativos, aunque no son la mejor opción. En particular, hay algunas preocupaciones con respecto a los datos sobre salud e ingresos provenientes de encuestas. Estos son resumidos en los siguientes párrafos:

- Se sabe que el ingreso es sub-reportado o sobre-reportado en encuestas dependiendo del verdadero ingreso de la persona, y como tal no es muy útil para hacer evaluaciones.

- Las medidas de salud basadas en encuestas dan la estimación en un punto en el tiempo a menos de que haya disponibilidad de datos de panel. Además, están disponibles con retraso, lo que hace que esta información sea menos útil para la supervisión continua. Sin embargo, puede ser muy útil para la evaluación, dado que puede capturar preguntas en muchas dimensiones.

- Las mediciones auto-reportadas de salud se miden con error porque a los encuestados se les solicitan juicios subjetivos y, como tal, no hay ninguna razón para esperar que estos juicios sean comparables entre las personas (Bound 1991).
- Se ha argumentado que el error de medición puede ser más alto para medidas auto-reportadas del estado de salud que para medidas también auto-reportadas para enfermedades específicas o información sobre mortalidad posterior, como aproximaciones al estado de salud. Sin embargo estudios recientes han demostrado que esto puede no ser el caso (Baker, et al 2001). Para dirimir estos problemas diversos investigadores y organizaciones han utilizado diferentes medidas de salud tales como las medidas relativas, las cuales piden a la persona comparar su estado de salud con una persona de la misma edad y condición económica. Hasta ahora esta parece ser la mejor opción cuando se utilizan mediciones auto-reportadas de salud.

Lo que podemos concluir con este debate, como es el caso en cualquier paso para la implementación de una estrategia de supervisión y evaluación es que:

- *Las fuentes de información y las bases de datos deben planificarse desde el principio y con una perspectiva a largo plazo si se quiere obtener el máximo beneficio de la estrategia.*
- *Cuando sea posible la información deberá ser obtenida de los sistemas transaccionales.*
- *Los sistemas de información deben ser integrales y centrados en el individuo. Integral significa que la información sobre todos los procesos se recogen: afiliación, cobranza y asignación, OACS y la provisión, en todo el espectro del cuidado. Por otra parte, la información debe incluir los resultados de salud y medidas de costo (para obtener más información sobre esto véase CISS 2007).*
- *Intranet e Internet deberán utilizarse para recoger información siempre que sea posible.*

- *Las encuestas deberán considerarse como fuente de información complementaria para los datos administrativos y no como una fuente alternativa.*

IV.3 Evaluación

En términos generales, la evaluación en los programas sociales puede adoptar tres formas: 1) la evaluación del diseño del programa; 2) la evaluación de la gestión de programas, lo que a su vez es una evaluación de las funciones desempeñadas por las agencias que gestionan los programas; y, 3) la evaluación del impacto. La evaluación del diseño del programa es útil para trazar un nuevo programa y saber si el diseño funciona. Se hace para verificar si el programa tiene una lógica clara, si hay coherencia entre los objetivos, los insumos, los procesos y los productos.

La evaluación de la gestión del programa consiste en verificar empíricamente cómo se ejecuta el programa, con el fin de identificar problemas de operación. Básicamente es una evaluación de cómo las diferentes agencias que participan en algunos procesos de un programa están cumpliendo con sus responsabilidades. La evaluación de impacto evalúa cómo el programa, administrado por una o varias agencias, tiene éxito en el logro de los objetivos. Los tres tipos de evaluaciones son complementarios a fin de evaluar si el programa y las agencias cumplen con sus metas dado el conocimiento actual sobre el funcionamiento de los mercados y los incentivos de las personas y las empresas, y para identificar áreas de oportunidad. La evaluación del programa y la agencia lleva a diseñar cambios, lo que a su vez se traduce en cambios al marco regulatorio y operativo.

La supervisión de indicadores clave, ya sean simples o complejos, y su comparación con medidas basales, metas, o puntos de referencia es una forma simple de evaluación. Esto es lo que hace la mayoría de los sistemas, agencias, y programas, y es el foco de los esfuerzos de las organizaciones internacionales, ejemplificado en este caso por la Iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio presentado en el Recuadro IV.1.

Utilizar los últimos desarrollos para el cálculo de indicadores puede ser muy eficaz en la evaluación del desempeño de las distintas agencias. Véase el

ejemplo de comparación de costos y de resultados en el Recuadro IV.2.

Recuadro IV.1
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Salud

Los ODM son objetivos de una estrategia encaminada a reducir la pobreza extrema del mundo para el año 2015. Fueron promovidos por la ONU. Todos los países del mundo, así como las más prominentes organizaciones internacionales, han hecho el compromiso para cumplir con ellos. Los ODM tratan de mejorar el bienestar de las personas más pobres mediante el mejoramiento de su salud y la educación. También destacan la importancia de fomentar una asociación mundial para la cooperación y la preservación del medio ambiente.

Para hacer de este proyecto una realidad, y no sólo un conjunto de buenas intenciones, las Naciones Unidas asociaron metas realistas con cada uno de los objetivos con el fin de medir los avances. El año 1990 se toma como punto de partida y se espera se cumplan las metas en el año 2015. El siguiente cuadro muestra los ODM y las metas relacionadas con ellos (e implícitamente, algunos de los indicadores a ser supervisados). Vale la pena observar que los objetivos para las dos últimas metas son ambiguos. Para superar este problema, las Naciones Unidas asociaron varios indicadores medibles a ellos. Por ejemplo, para la meta del objetivo 7, para incorporar los principios del desarrollo sustentable dentro de las políticas de los países, se utilizan indicadores como el área protegida para mantener la diversidad biológica y la proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.

Los ODM y sus Metas

ODM	Meta(s)
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren por el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.	Velar por que, para el año 2015, los niños en todas partes, niños y niñas por igual, puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3. Promover la igualdad entre los géneros y empoderar a la mujer.	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la educación a más tardar en 2015.
4. Reducir la mortalidad infantil.	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad en los menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.	Reducir en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.
6. Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Haber detenido para 2015 y comenzar a revertir la propagación del VIH-SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Incorporar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas de los países y revertir la pérdida de los recursos del medio ambiente ^{1/} .
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.	Tratar integralmente con la deuda de países en vías de desarrollo ^{1/} .

Nota: 1/Estos objetivos tienen más de una meta asociada a ellos.
Fuente: UN (2006).

Los aspectos más relevantes de los ODM se enfocan en el logro de las metas de salud. Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la

Recuadro IV.1 (continuación)

salud materna y reducir la incidencia de determinadas enfermedades. Sin embargo, no es fácil en la práctica separar los objetivos, ya que la investigación ha demostrado que factores como el bienestar material o una mejor educación estén estrechamente relacionados con mejoras en la salud. Esta consideración es muy importante. Como el radio de acción de los sistemas de salud no tiene una frontera clara, el uso de indicadores y la realización de los objetivos es sólo una parte del trabajo. En algunos casos, se requiere de una evaluación adicional para establecer relaciones de causa-efecto para confirmar la eficacia de una política.

Los ODM son un gran ejemplo de una estrategia bien diseñada que incluye objetivos, metas e indicadores. Además, para hacer las cosas con responsabilidad y para impulsar a los países hacia el cumplimiento de los objetivos, las Naciones Unidas publica anualmente un informe (también disponible en línea) que ilustra los progresos que se han realizado durante el período. Por ejemplo, América Latina y el Caribe no están haciendo un trabajo suficiente para el alcance de los ODM. Los éxitos primordiales de la región son la reducción del hambre y las tasas de mortalidad infantil, mientras que los otros indicadores muestran resultados de leves a mediocres (UN 2005).

En las agencias verticalmente integradas, la supervisión de los indicadores clave a través de diferentes unidades de proceso debe ser sencilla, ya que la recopilación y divulgación interna de datos no debería ser un problema. En los mercados descentralizados, en los que muchas unidades independientes operan como agencias de la OACS o como proveedores, el establecimiento de puntos de referencia no siempre es sencillo, ya que es difícil reunir información y los incentivos para la divulgación pueden ser débiles. El cálculo de índices para propósitos de definir referencias y compartir mejores prácticas a través de diferentes agencias es más un esfuerzo voluntario organizado en torno a una iniciativa externa. Por ejemplo, el Instituto de Ingeniería Hospitalaria de Australia (*Institute of Hospital Engineering Australia IHEA*), proporciona un sistema de referencia para el manejo de las instalaciones de salud. Los sistemas, a los cuales los hospitales voluntariamente se adhieren, recogen datos a través de encuestas, analiza, clasifica y suministra información sobre varios indicadores a sus miembros. La información se presenta de tal manera que cada unidad individual puede comparar su estatus con las mejores y peores prácticas dentro de grupos comparables, es decir, hospitales rurales y urbanos, o tipo de hospitales (IHEA 2008).

Por otra parte, el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (*National Committee of Quality Assurance NCQA*), una empresa privada sin fines de lucro en los Estados Unidos, enfocada en mejorar la calidad del servicio de salud, es una asociación a la cual se adhieren los planes de salud con el fin de tener un sello que muestre que han estado sometidas a un riguroso y completo examen. Todos los miembros deben informar anualmente sobre su desempeño en los Datos de Efectividad del Cuidado de Salud e Información (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS*), basados sobre estándares de calidad y medidas de desempeño desarrollados para una amplia gama de entidades de atención a la salud. Las medidas y normas se dan a conocer para que no sólo sean utilizadas por los administradores para mejorar su desempeño, sino también por los encargados de formular políticas, usuarios y otras partes interesadas en la toma de decisiones, y por los académicos.

Las iniciativas del *IHEA* y *NCQA* reflejan algo que es común en todo el mundo: la mayor parte del esfuerzo de evaluación en materia de salud se ha concentrado en los planes de salud y provisión, mientras que la financiación y la asignación no son prioritarios en las agendas.

Recuadro IV.2
Comparando Servicios de Salud: Kaiser Permanente y
el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido

En el pasado, el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service NHS*) del Reino Unido se percibía como un proveedor eficiente que podría superar muchos de sus principales retos a través de inversiones adicionales, en lugar de mediante la reestructuración de la organización y la gestión. Sin embargo, un estudio detallado publicado en el *British Medical Journal* en 2002, comparó los resultados y el costo de Kaiser Permanente (KP) y el *NHS*. Estas organizaciones proporcionan la misma gama de servicios y tienen aproximadamente el mismo número de años de funcionamiento. El *NHS* es una agencia pública nacional y se cree es el factor clave para mantener bajos los gastos de salud nacionales a la vez que proporciona un servicio de alta calidad con un nivel aceptable de acceso. Por el otro lado Kaiser Permanente es una organización privada que opera principalmente en California, cuyo sistema de salud es considerado generalmente como uno de los más costosos en el mundo. Sin embargo, después de controlar por diferencias socio-económicas y de edad entre las dos poblaciones, los pacientes del Kaiser Permanente reciben mejor servicio de salud que los pacientes del *NHS* por aproximadamente el mismo costo. En particular, los pacientes del KP experimentaron de forma más amplia y conveniente los servicios de atención primaria y mucho más rápido el acceso a servicios especializados y hospitales. Además, gastaron un tercio del tiempo en el hospital en comparación con los pacientes del *NHS*, siendo ésta la diferencia más notable entre los dos casos.

Por otro lado, los investigadores del estudio señalaron que KP logra un mejor rendimiento por aproximadamente el mismo costo, ya que tiene: 1) una mejor integración de la atención en todo el sistema, 2) una gestión eficaz de utilización hospitalaria, 3) los beneficios de la competencia y, 4) una mayor inversión en tecnologías de información. Para los autores del estudio, el hecho de que en KP exista una alta integración entre los médicos y los administradores permite el control y rendición de cuentas a través de todos los componentes del sistema. Por ejemplo, KP puede manejar pacientes en el establecimiento más adecuado, aplicar programas de administración de enfermedades para las condiciones crónicas, y hacer las decisiones sobre gastos con base en su adecuación a los objetivos y a su costo-efectividad (para el cual hay un sistema fiable de costos). El hecho de que KP gaste menos en camas diarias de hospital hace posible mantener un staff con más y mejores especialistas, realizar más intervenciones médicas con muchos más cortos tiempos de espera, y gastar más en la mejora de las TI, instalaciones de cuidado primario completas y convenientes, centros ambulatorios de cirugía y otras instalaciones.

Además, la tecnología más sofisticada y los sistemas eficientes de TI en KP reducen tiempo de administración, en particular el tiempo de clínicos dedicados a elaborar historias médicas, la redacción de cartas, y la localización de registros de los pacientes. KP invirtió el 2% de su presupuesto total para ampliar este sistema de cuidados de paciente virtualmente libre de papel a 423 centros de cuidado a pacientes externos, y a más de 11,000 médicos clínicos. El *NHS* gastó aproximadamente 0.5% de su presupuesto en TI.

La comparación de *NHS* y el KP se centró en costos y desempeño. El costo se midió determinando los costos de operación total de cada sistema y ajustándolos para cuatro factores: el paquete de beneficios ofrecido, las circunstancias especiales no comunes a los sistemas, los costos relativos del entorno médico en el cual operan los dos sistemas, así como la edad y las características socioeconómicas de las poblaciones atendidas. El desempeño se midió mediante la comparación de los insumos, el acceso a los servicios, la capacidad de respuesta, y un número limitado de indicadores de calidad.

Fuente: Feachem, et al (2002).

Aunque la supervisión de ciertos indicadores puede ser muy útil, es posible enriquecer la evaluación mediante el empleo de herramientas más sofisticadas, las cuales pueden ser utilizadas bajo las visiones económica, fiscal, actuarial, y de investigación de operaciones. Como se explica en el Capítulo II, la visión económica se centra en la comprensión de las respuestas de comportamiento de las empresas y los individuos a las reglas del programa. En el diseño de programas de salud, es fundamental utilizar los modelos que predicen estas respuestas, dado que el mercado de atención de salud tiene fallas, tales como la información asimétrica que conduce a comportamientos oportunistas, por ejemplo, la selección adversa y el riesgo moral; externalidades y bienes públicos, especialmente en términos de acciones de salud pública; y estructuras de costo que pueden dar lugar a resultados ineficientes.

Por ejemplo, en sistemas caracterizados por mercados laborales formales e informales, como es común en los países menos desarrollados o en los países con programas de salud segmentada, como sucede en Estados Unidos, es muy importante comprender cómo la afiliación y la movilidad en el mercado laboral se ajusta a los cambios en las tasas de contribución o a los beneficios proporcionados. Guerrero (2008) utiliza un marco para comprender y medir los diferentes factores que han impedido la cobertura de servicio de salud universal en Colombia. En su análisis, su hipótesis se refiere a que el enorme mercado informal disuade a los trabajadores a afiliarse al programa, barrera que no se consideró cuando fue diseñada la reforma colombiana.

Desafortunadamente, para América Latina y el Caribe hay pocos estudios que hayan analizado las relaciones causales entre los mercados laborales, el diseño de programas, la cobertura o la movilidad laboral y los resultados de salud, y no se han alcanzado consensos. De hecho, pocos estudios han sido capaces de examinar sistemáticamente los efectos de las reformas de salud en los países en desarrollo (Gakidou, et al 2006). Una excepción es la evaluación del Seguro Popular en México (véanse los documentos

de la evaluación en www.coneval.gob.mx). Esto es sorprendente dado el hecho de que en América Latina han tenido lugar muchas reformas en materia de salud. Algunos de los últimos estudios para analizar el efecto de reformas en materia de salud en el Continente, como el de Guerrero (2008) mencionado arriba, se presentaron en septiembre de 2007 en una Conferencia organizada por la CISS y se publicará en *Bienestar y Política Social* vol. 4 no. 2, una revista editada por la CISS.

El efecto de la segmentación en los seguros de salud ha sido objeto de un número significativo de proyectos de investigación en los Estados Unidos (para una revisión de la literatura, véase, por ejemplo, el Capítulo VI de CISS 2004), así como el análisis del impacto en los resultados de salud de la extensión de cobertura (véase, por ejemplo, el trabajo de Currie y Gruber 1996a, 1996b, 1997).

Los modelos económicos también han ido ganando terreno al estar disponibles mayores y mejores bases de datos. Son útiles para evaluar si vale la pena gastar un porcentaje cada vez mayor del ingreso nacional en salud, o gastar en el cuidado de las personas cerca a su probable final de vida, o en introducir nuevas medicinas o terapias. Las aplicaciones económicas se basan en teorías del capital humano, de lo cual se deriva el concepto del "valor de la vida", es decir, cuánto se valora estadísticamente un año en vida (véase, por ejemplo, Hall y Jones 2004 y Becker, et al 2007).

La evaluación actuarial utiliza modelos numéricos para calcular variables demográficas y financieras en el tiempo, bajo ciertas normas y suposiciones sobre las respuestas de comportamiento de los participantes de los planes. Las evaluaciones actuariales se utilizan normalmente para calcular la solvencia financiera en general, y son una fuente primordial de información para justificar ajustes a los programas. Los informes actuariales se llevan a cabo regularmente para esquemas de pensiones, pero con menor frecuencia se aplican a los programas de salud, sobre todo si la atención a la salud se financia a través de transferencias

presupuestales. Por otra parte, en muchos casos, las proyecciones actuariales se basan en datos agregados. Sin embargo, las nuevas capacidades computacionales tienen en cuenta el desarrollo de modelos basados en micro-datos que pueden dar lugar a cálculos más precisos.

El enfoque actuarial ha crecido sustancialmente como una herramienta en el seguro social de salud en un papel diferente al de la proyección de ingresos y pasivos. Después de la aplicación de programas de reforma para delinear en forma separada la función de financiación, de OACS y de provisión, la asignación de fondos requiere la medición de riesgos y costos a nivel del individuo y de las enfermedades y diagnósticos. La razón es que los presupuestos se asignan siguiendo "fórmulas capitadas con ajuste por riesgo" (*capitates, risk-adjusted formulas*), complementada por la de "sistemas de pago prospectivo" (*prospective payment systems*) que pagan a los hospitales para diagnósticos tratados. Por lo tanto, los actuarios están involucrados en la medición de perfiles de riesgo de grupos de población, en el costo de atender a esos perfiles, y también en los costos específicos de diagnósticos. Este tipo de cálculos se necesita, por ejemplo, por *Medicare* en los Estados Unidos y por el sistema de protección de salud de Colombia. Esta información actuarial utilizada con fines de toma de decisiones lleva de forma natural al desarrollo de bases de datos actualizadas regularmente y a la evaluación de estrategias de asignación.

La IO se centra en la medición de la eficiencia en los sistemas u organizaciones, y ha recibido cada vez más atención porque la eficiencia se ha convertido en uno de los objetivos principales de los encargados de formular políticas en la mayoría de los sistemas de salud (Jacobs, et al 2006). El análisis de eficiencia ayuda a entender si los gastos están en línea con las preferencias del cliente, para evaluar la introducción de nuevas tecnologías, y para clasificar las diferentes agencias (en un sistema) o unidades (dentro de una agencia).

Para medir la eficiencia, la investigación de operaciones encuentra su apoyo en la estadística, en la optimización, en la teoría estocástica, en la teoría de colas, en la teoría de juegos, en la teoría de gráficos, y en análisis de decisión. Por ejemplo, el Análisis de Datos de la Envolvente (*Data Envelopment Analysis, DEA*) se utiliza para medir la eficiencia productiva de las unidades de toma de decisiones, como las agencias de la OACS u hospitales. El *DEA* identifica las unidades más eficientes, y las unidades que se desvían de la frontera eficiente (véase Jacobs, et al 2006 para un debate sobre análisis de eficiencia en el servicio de salud). La falta de información sobre variables importantes que miden el desempeño, al igual que la calidad, series de tiempo disponibles solo por cortos periodos, y datos faltantes son algunos ejemplos de las limitaciones encontradas en el terreno práctico para llevar a cabo el análisis de eficiencia en la atención de la salud (Jacobs, et al 2006).

Una última reflexión es la relación entre la evaluación y procesos de certificaciones como la ISO9000. El proceso de certificación asegura que el proceso dentro de una agencia se lleva a cabo siguiendo manuales de procedimientos. Una agencia que es ISO9000 puede decir que en términos de gestión la agencia está cumpliendo con el estándar establecido. Sin embargo esto no es el final de la historia. Puede ocurrir que el programa esté mal diseñado o que el impacto no es el esperado, aunque el proceso se realice según lo establecido en los manuales de procedimientos. Este es un ejemplo de por qué las tres evaluaciones, de diseño, de gestión y de impacto deberán realizarse. También deja claro que la ISO9000 no puede sustituir el proceso de evaluación.

Como puede concluirse de estos párrafos, hay suficiente espacio para mejorar la evaluación más allá de la supervisión y la comparación de los indicadores contra una referencia basal, una mejor práctica o una meta. En particular se recomienda:

- *La evaluación debe ser una prioridad en los programas sociales. En este sentido, se deben*

asignar recursos para la generación de datos y la capacitación de recursos humanos.

- Si bien la supervisión y la comparación de determinados indicadores son muy útiles, esto debe ser reconocido como un primer paso. Los sistemas, las agencias y los programas deben ser sometidos a una evaluación periódica de diseño, gestión e impacto.
- Teniendo en cuenta que la evaluación de la gestión y la evaluación de impacto pueden ser limitadas por la disponibilidad de datos, debe ser una prioridad establecer una estrategia de desarrollo de micro-datos para fines de evaluación.
- Las modificaciones y el diseño de nuevos programas deberá hacerse sólo después de una evaluación adecuada bajo las visiones que se han mencionado. Los modelos deben realizarse con los últimos desarrollos y herramientas.

IV.4 Gobierno Corporativo de la Evaluación en Salud

Gran parte de los esfuerzos de evaluación deberán realizarse por los administradores de las agencias y programas con el fin de mejorarlos. Sin embargo, la evaluación es también parte de las funciones de las agencias reguladoras y de supervisión. Esta sección

del capítulo tiene como objetivo describir cuales son las agencias que participan en algún tipo de evaluación, qué supervisan y evalúan. La regulación en los mercados de servicios de salud está dirigido a: 1) garantizar la seguridad y la eficacia de las intervenciones en salud, 2) verificar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos, y 3) promover buenas prácticas de mercado. La función de regulación va más allá de la evaluación, pero la evaluación deberá ser pieza central en estos aspectos. Este análisis se centrará en los sistemas, agencias y programas en su conjunto relacionado con el sistema de atención y cuidado de la salud. No se centrará en áreas importantes de regulación como la supervisión de medicamentos o de la publicidad.

Otra área de supervisión, especialmente si la financiación pública está involucrada, tiene que ver con el control de cómo se gasta el dinero público. En este sentido, en casi todos los países, las agencias y los programas están sometidos a un estricto control de sus presupuestos y, en algunos países la evaluación del programa financiado con recursos públicos responde a evaluar si el dinero público, el cual tiene varios usos, está bien gastado en el programa. El Cuadro IV.3 muestra las áreas de supervisión en relación con los objetivos de los sistemas de salud.

Cuadro IV.3
Principales Áreas de Regulación

	Garantizar la seguridad y eficiencia de las intervenciones en salud	Garantizar los derechos de los ciudadanos	Garantizar de las prácticas del buen mercado	Garantizar el uso apropiado del presupuesto
Mejorar la salud de la población	Garantizar la calidad de los proveedores, a través de acreditaciones y certificaciones y por el establecimiento de normas.	Garantizar el acceso a los servicios de salud. Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios. Establecer un buen sistema de asignación de pacientes (referencias y contra-referencias).		

Cuadro IV.3 (continuación)

	Garantizar la seguridad y eficiencia de las intervenciones en salud	Garantizar los derechos de los ciudadanos	Garantizar de las prácticas del buen mercado	Garantizar el uso apropiado del presupuesto
Equidad Horizontal		<p>Garantizar el acceso en igualdad de condiciones a la población con derecho a los mismos beneficios.</p> <p>Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios.</p> <p>Asegurar que se divulga toda la información relevante.</p> <p>Implementar el sistema de arbitraje entre los usuarios y la OACS o proveedores.</p> <p>Asegurar la focalización de programas sociales.</p>		
Equidad Vertical		<p>Garantizar el acceso en igualdad de condiciones a la población con derecho a los mismos beneficios.</p> <p>Garantizar el otorgamiento de todos los beneficios.</p> <p>Asegurar que se divulga toda la información relevante.</p> <p>Asegurar la focalización de programas sociales.</p>		
Macro-eficiencia		Garantizar la viabilidad financiera de la cobertura/paquete de beneficios.		Auditar los presupuestos de los programas.
Micro-eficiencia	Medir el costo efectividad de la introducción de beneficios/terapias.		<p>Hacer observar las buenas prácticas competitivas: autorizar el número de agencias, verificar la correcta transferencia de cuentas.</p> <p>Establecer normas en los acuerdos entre OACS y proveedores.</p>	<p>Auditar los presupuestos de los programas.</p> <p>Evaluar los programas: análisis costo-beneficio y costo-efectividad.</p>
Satisfacción del Usuario	Establecer organismos que atienden las quejas.	<p>Asegurar que se revele toda la información relevante.</p> <p>Establecer mecanismos de cumplimiento.</p> <p>Aplicar sistemas de arbitraje entre los usuarios y OACS y proveedores.</p>		Garantizar la transparencia en la utilización de los recursos públicos.

Fuente: Elaboración propia.

Para cumplir estas acciones de regulación los gobiernos tienen diferentes agencias. Las diferentes agencias que participan en la supervisión en América en general son ministerios, comisiones de regulación, comisiones de evaluación, y autoridades de auditoría. En todos los países, el Ministerio de Salud ha sido tradicionalmente el encargado de coordinar las acciones de salud pública y el regulador del sistema. El crecimiento de la demanda por el aseguramiento ha significado que con frecuencia el ministerio entra en alianza o en contradicciones con otras instituciones que tienen un papel en el área, y que a menudo están involucrados en el aseguramiento desde mucho antes que los Ministerios de Salud. Estos incluyen otros ministerios, agencias de seguridad social, y los reguladores financieros. Una de las características en varios países es que el Ministerio de Salud también es un importante proveedor de servicios de salud, situación que disminuye su capacidad como regulador debido a los inevitables conflictos de interés que surgen con respecto a sus propios hospitales y con respecto a sus competidores por el presupuesto público y pacientes.

Existe una tendencia hacia la especialización en materias de políticas de los Ministerios de Salud, y la transferencia de la función de provisión a los estados, municipios, o partes privadas (con frecuencia sin fines de lucro). De esta forma, los Ministerios de Salud pueden tener un papel de liderazgo más creíble para hacer política con respecto a las funciones financieras. Este movimiento que incluye algunas de las funciones de los Ministerios de Salud se realiza a través de agencias especializadas que trabajan bajo la égida del Ministerio, pero tienen una relación a distancia, y son autónomas en aspectos importantes. Este es el caso, por ejemplo, de la Agencia de Salud Pública de Canadá, dependiente de Salud Canadá que se encarga desde el año 2004 de la prevención de enfermedades y lesiones, la protección de la salud, la preparación para las emergencias de salud y la respuesta, la promoción de la salud, y esfuerzos de investigación.

En la mayoría de los países, un organismo dependiente del Ministerio de Hacienda regula los contratos de seguros, incluidos los destinados a la salud. Las responsabilidades de estas agencias son 1) vigilar que la operación de las aseguradoras se ajusten a las normas, con especial atención en la solvencia financiera y la estabilidad de las instituciones, y 2) promover el desarrollo del sector de seguros con el fin de ampliar la cobertura. Aunque el alcance de las agencias debe cubrir todos los mercados de seguros, sus actividades rara vez han influido en la seguridad social. Como parte del movimiento que crea agencias especializadas en seguros de salud, estas agencias financieras han tomado en ocasiones el papel principal de apoyo al sistema, o han sido desplazadas por nuevas agencias en el tema del seguro de salud.

En Argentina, Chile, Colombia, República Dominicana y, en el futuro en el Uruguay si el Legislativo así lo aprueba, son países en los cuales existen diversas agencias de OACS para servir a la población, y han sido creados organismos de regulación especializados (Comisiones, Superintendencias) para tratar con ellas. Para estos organismos, podemos identificar algunas responsabilidades generales: 1) autorizan y supervisan a las agencias en el sistema, OACS y proveedores; 2) definen los beneficios y garantizan los derechos de los ciudadanos (por ejemplo, que el plan médico se otorgue), incluyendo al papel de abogado para la defensa en algunos casos; 3) median en las controversias entre los usuarios y la OACS; 4) establecen criterios para el establecimiento de contratos entre proveedores y la OACS, y supervisan que los acuerdos se cumplan; 5) supervisan que los participantes tengan buenas prácticas de mercado; 6) proporcionan y aseguran que la información relevante sea divulgada; y 7) administran y verifican los fondos comunes de inversión, tales como el Fondo de Solidaridad y

Garantía en Colombia.² Estas responsabilidades se logran mediante la elaboración y expedición de normas y estatutos, y mediante la supervisión y utilización de facultades para establecer sanciones.

Estas agencias no sustituyen al sistema legal, pero a menudo tienen funciones cuasi-judiciales. En muchos casos las denuncias contra la OACS y/o proveedores se llevan a cabo a través del sistema judicial. Por ejemplo, en Argentina las denuncias contra las Obras Sociales, debido a que algunos beneficios explícitos no se otorgan, se han resuelto por el sistema judicial. En Colombia, también es común que los casos vayan a una Corte Constitucional cuando los pacientes creen que un servicio está siendo negado indebidamente. En los Estados Unidos, *Medicare*, el organismo que gestiona los fondos del seguro de salud para los adultos mayores, lleva a cabo muchas de las actividades mencionadas en las líneas anteriores en relación con la OACS y otros proveedores que reciben fondos de la agencia.

En Chile y México, agencias de evaluación de los programas sociales se han creado recientemente. La principal responsabilidad de estas agencias es verificar que los programas sociales tengan evaluaciones creíbles con el fin de justificar el uso de fondos públicos y mejorar los programas. En particular, estas agencias 1) normalizan y coordinan la evaluación de las políticas sociales y programas, y 2) revisan el cumplimiento de objetivos, metas y acciones de programas sociales con el fin de identificar áreas de mejora. Muchas veces el alcance de estas agencias se limita a programas que son financiados por recursos públicos. Los programas de salud basados en el aseguramiento no están bajo el alcance de estas agencias. La mayoría de los países tienen agencias para supervisar otras agencias de gobierno. Su alcance sin embargo se centra en los aspectos fiscales. El Ministerio de Hacienda y el Congreso son las entidades encargadas de la

supervisión que los programas públicos cumplan con el presupuesto y que los dineros públicos se gasten correctamente. Oficinas de auditoría, sin embargo, han ganado importancia en las naciones en los esfuerzos para reducir la corrupción e incrementar la rendición de cuentas.

Creemos que muchas de las recomendaciones en este capítulo pueden ayudar a las agencias de aseguramiento en salud a simplificar sus relaciones con estas instancias externas, las cuales usualmente tienen un conjunto mucho menor de información y sólo por excepción tienen habilidades o información comparable a los de las agencias, pero que por otra parte son actores clave para convencer a los tomadores de decisiones sobre el estado real y las necesidades de los programas. Para la regulación del sector de servicios de salud, se aplican las siguientes recomendaciones:

- *Los Ministerios de Salud deberán reforzar sus capacidades de formulación de políticas. Pueden ganar de la especialización en la función de elaboración de política, al descentralizar algunas funciones tales como la provisión de servicios, y al crear agencias especializados con una cierta autonomía para llevar a cabo tareas técnicas que no son de política, tales como la supervisión de la industria farmacéutica. La evaluación por la autoridad líder padece si compite con las operaciones y está sujeta a conflictos de interés.*
- *Las agencias aseguradoras de salud deben supervisarse no sólo en cuanto a su presupuesto, sino además en términos de las tres funciones que actualmente desempeñan, la financiación y asignación, OACS y provisión.*
- *Las agencias de regulación especializadas facilitan el desarrollo de marcos de evaluación permanentes y consistentes, y sus funciones cuasi-judiciales pueden llegar a ser un primer filtro automático para hacer cumplir las leyes y las regulaciones.*

² El Fondo de Solidaridad y Garantía es un fondo común en el sistema donde todas las transferencias y subsidios cruzados se llevan a cabo: entre personas del mercado laboral formal a personas del mercado laboral informal a través la entrega de una cantidad capitada a todas las OACS presentes en el sistema.

IV.5 Conclusiones

Contemporáneamente las evaluaciones de los sistemas y del aseguramiento en salud tienen una coincidencia significativa. Mientras que en el pasado, los esfuerzos de evaluación se centraron en puras cuestiones de salud, hoy la financiación es un aspecto clave. Esto implica que la estrategia de evaluación debe:

1) Reconocer que las tres funciones básicas se realizan—financiación, OACS y provisión—y que cada una deberá evaluarse con respecto a sus responsabilidades específicas, incluso en las agencias verticalmente integradas.

2) Proyectar un mapa coherente y claro de las agencias y programas que componen el sistema, identificando las funciones que se están desarrollando, por cada agencia, y dentro de las agencias. Este ejercicio puede ser un subproducto del desarrollo de los mapas de estrategia - *BSC*.

3) Definir la mejor combinación de herramientas de evaluación señaladas en los diferentes enfoques (actuarial, económico, administrativo, etc.), y que puede definirse como una "visión" que debe alcanzarse a mediano plazo.

i) La visión deberá ser centrada en el ciudadano, y no centrada en las agencias o en el gobierno. Esta es la manera de construir información desde abajo, y lograr una verdadera vinculación entre la administración, la prestación de servicios y la evaluación.

ii) La visión debe ser generosa en la aceptación de las alternativas de visión técnica y social.

4) Definir la mejor manera de aplicar la visión de la evaluación en el corto plazo. Probablemente, habrá muchas lagunas por cubrir.

i) Vincular la información y las herramientas de evaluación con los grupos interesados: las familias como pagadores de impuestos, los asegurados y los pacientes, los legisladores y los reguladores, las autoridades presupuestales, y todos los demás.

ii) Definir un plan de acción para pasar del corto al largo plazo. Hacerlo utilizando un plan arquitectónico de información para permitir buenas decisiones sobre las TI que crean sinergias con las operaciones y estrategias de evaluación.

La estrategia de evaluación que proponemos puede estar sujeta a varios obstáculos y parecer muy ambiciosa. Concretamente deben dedicarse importantes esfuerzos para coordinar las diferentes agencias y partes interesadas, y es necesaria una nueva inversión en TI, pero creemos que se pueden superar con voluntad y que, una vez establecida, esta estrategia de evaluación se ajustará a la gran demanda diaria de eficiencia, rendición de cuentas y transparencia.

CAPÍTULO V
EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADO DE NIÑOS
Y DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADO DE NIÑOS Y DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO

V.1 Introducción

Este capítulo aborda la cuestión de la evaluación de los dos principales programas sociales "de cuidado": aquellos diseñados para los muy pequeños y aquellos para los muy frágiles (no necesariamente por la edad), el cuidado de niños y el cuidado de largo plazo. Ambas clases de programas son relativamente nuevos en el menú del seguro social.

Desde los años setenta, una serie de países comenzó a hacer frente a los riesgos de tener familias con el dilema de trabajar o cuidar a niños pequeños, y de tener personas con discapacidad que necesitan una especie de apoyo que no se resuelve a través de un esquema tradicional de pensión monetaria. Durante aproximadamente los últimos diez años ambas cuestiones han crecido en la agenda social: debido a que muchas más mujeres están trabajando permanentemente, debido a una mayor conciencia acerca del daño en el desarrollo del niño por la falta de cuidado a una edad muy temprana, debido al dramático descenso de la fertilidad en muchas sociedades; y porque los procesos de envejecimiento se han convertido en una característica principal y profunda de la sociedad, y porque la invalidez permanente puede causar un peso abrumante en la vida cotidiana de las familias.

La seguridad social ha resultado ser una forma natural para hacer frente a los problemas de financiación de programas de atención. Las necesidades de cuidado de niños están fuertemente

correlacionadas con los modelos de trabajo, mientras que los programas de cuidados de largo plazo se complementan fuertemente con los de pensiones, salud y discapacidad.

La evaluación de programas de atención afecta todos los procesos que se describen en el informe previo de la CISS y pueden estar sujetos a toda la visión que se explica en el Capítulo II del presente Informe. Sin embargo, en estos casos es natural hacer énfasis en las condiciones de las familias y las cuestiones concretas que rodean la evaluación de la atención.

Para el cuidado de niños, resulta muy importante conocer la forma en que trabajan los padres, especialmente la madre, y la forma en que el programa puede beneficiar a los niños. Para los programas de atención de largo plazo los principales motivos de preocupación son si, en realidad, el individuo, la familia y la comunidad reciben el apoyo para evitar que una invalidez permanente se convierta en un lastre, generando un exceso de dolor y daño en la vida diaria de las personas con discapacidad y afectar indebidamente las posibilidades de ocio y trabajo de todos.

Este capítulo analiza las cuestiones que rodean la evaluación de programas de cuidados de largo plazo y de programas de cuidado infantil. La Sección V.2 trata los objetivos de un programa de cuidado de niños y el impacto que la evaluación tiene sobre su rendimiento. La Sección V.3 analiza los principales objetivos de los programas de cuidados de largo

plazo y cómo la evaluación ayuda a los actores involucrados a realzar el rendimiento del programa. La Sección V.4 concluye.

V.2 Evaluación de Programas de Cuidado Infantil

V.2.1 Objetivos del Programa

¿Qué es el cuidado de niños? ¿Es un programa de educación? ¿Es un programa para ayudar a las mujeres trabajadoras? ¿Hasta qué punto es un programa de seguros? Aunque no es posible encontrar un modelo estándar de cuidado de niños, por lo general ha sido visto desde dos perspectivas complementarias. El cuidado de niños es más comúnmente visto desde una perspectiva del mercado laboral como una "herramienta complementaria" para facilitar la incorporación de la mujer al mercado laboral (Pautassi, et al 2004). La otra perspectiva ve al cuidado de niños como el derecho de acceso a la educación (Rosetti et al 2002); entonces el cuidado de niños ya no se limita a satisfacer las necesidades básicas y evitar situaciones que podrían ser potencialmente perjudiciales para el niño, sino que también abarca lo intelectual, lo físico, el desarrollo social y emocional de los niños (Waiser 1998).

Factores como el aumento de la participación de la mujer en la fuerza laboral, la disminución en el tamaño de la familia, y el aumento del número de familias monoparentales y las familias donde ambos padres trabajan, han llevado a las familias a buscar algún tipo de cuidado para los niños (OCDE 2001). A menudo, los programas de cuidado infantil son financiados con fondos de seguridad social. Los modelos varían considerablemente. Ellos incluyen la financiación para proveedores, la financiación a las familias para pagar proveedores, la financiación a las familias para apoyar a la familia o la atención comunitaria. Aunque los acuerdos informales todavía son el principal tipo de cuidado infantil, las tendencias muestran que el cuidado de niños está avanzando hacia acuerdos formales que nos permitan mejorar los resultados en dos ámbitos: el desarrollo infantil temprano y la participación laboral

de las madres con hijos pequeños. La experiencia demuestra que este es un ámbito donde las tasas de afiliación no pueden tomarse como un hecho: la forma en que un programa está organizado puede afectar significativamente la decisión de las familias a participar.

Varios estudios han demostrado que la educación temprana tiene efectos positivos sobre el rendimiento académico de los niños y que la disponibilidad de servicios de cuidado de niños aumenta la probabilidad de que las madres entren en el mercado laboral. Esto explica en parte por qué los gobiernos han adoptado diferentes medidas para mejorar el acceso del servicio de cuidado de niños. Los arreglos para estos cuidados son tan complejos y variados que es difícil encontrar un único proveedor y un patrón financiero en un país.

El cuidado de niños puede ser proporcionado, ya sea a través de programas o instituciones diseñadas específicamente para este fin (el cuidado formal) o a través del cuidado informal. El cuidado informal se suele proporcionar en el hogar del niño o en la casa de algún pariente que cuida a los niños cuando los padres no son capaces de hacerlo debido a que realizan una actividad. Este tipo de cuidado de niños prevalece en la mayoría de los países. No vemos esto como un "programa"; sino que es principalmente la manera en que las familias cuidan de sus pequeños. Sin embargo, incluso el cuidado en casa es cada vez más apoyado económicamente y por recursos públicos (incluida la seguridad social).

Por otra parte, el cuidado "formal" usualmente se refiere a la atención prestada en instituciones certificadas para niños entre 0 y 6 años de edad, y a veces hasta 8 años de edad. La educación preescolar es un tipo de cuidado de atención formal disponible en la mayoría de los países aunque la atención se limita generalmente a niños de edades comprendidas entre cinco y más. Diferentes estudios han demostrado que la educación preescolar promueve el desarrollo temprano y ayuda a los niños a tener éxito en la escuela a corto plazo; que la educación

reduce la brecha de éxito entre los niños de bajos ingresos y los niños más favorecidos; que el trabajo materno y el uso de programas de cuidado de niños no afectan el desarrollo de los niños, sino que puede ser ventajoso cuando se presta una alta calidad de los servicios de cuidado infantil (Boocock 1995).

Para los niños muy pequeños, hay un poco de variabilidad en los modelos de atención formal. En algunos casos, la seguridad social o el gobierno financian directamente centros de atención; en otros casos las legislaciones proporcionan un firme apoyo a las madres para permanecer con los niños al mismo tiempo que apoya el cuidado formal como un complemento.

V.2.2 Demanda para el Cuidado de Niños

Las transformaciones demográficas y los cambios sociales que se han producido en los últimos años han incrementado la participación de las mujeres con hijos en la fuerza laboral. Factores como la reducción en el tamaño de la familia, el incremento en el número de familias monoparentales y las familias donde ambos padres trabajan, tienen un impacto en la necesidad de las familias de contar con programas formales de cuidado de niños. Gelbach (2002) y Berger y Black (1992) encontraron que los subsidios de cuidado de niños aumentan la probabilidad de que las mujeres trabajen y paguen por servicios de cuidado de niños. Esta evidencia muestra que la disponibilidad de servicios de cuidado de niños es esencial para que las mujeres puedan participar en el mercado laboral.

Connelly y Kimmel (2001) encontraron que el costo de los servicios de cuidado de niños tiene un impacto positivo sobre la probabilidad de otorgar pensiones no contributivas. Los estudios realizados en los Estados Unidos, Canadá y Alemania han encontrado que el costo de los servicios de cuidado de niños tiene un impacto negativo sobre el empleo de las mujeres con hijos (Lemke, et al. 2000, Connelly 1992, Ribar 1992 y 1995, Anderson y Levine 1999, Tekin 2002 y 2004, Cleveland, et al. 1996, Powell 1997,

y Wrohlich 2004). Resumiendo, el cuidado de niños hace que sea más difícil para las mujeres trabajar, y algunos de ellos corren el riesgo de empobrecerse, mientras hacen malabares con esta posibilidad.

También hay una gran cantidad de literatura que estudia el impacto de los subsidios para el cuidado de niños. Lemke, et al. (2000), Gelbach (2002) y Berger y Black (1992) encontraron que estos subsidios aumentan la posibilidad de trabajo de las madres (incluidas las mujeres que reciben pensiones de bienestar). Tekin (2002) indica que los salarios más altos aumentan la probabilidad de que las mujeres trabajen y paguen por el cuidado de sus hijos. Esta evidencia muestra que la disponibilidad y el costo de los servicios de cuidado de niños es esencial para que las mujeres con hijos puedan participar en el mercado laboral.

Los horarios de operación de los centros de cuidado de niños pueden hacer necesario buscar más de un servicio y hacer más difícil para las mujeres trabajar tiempo completo. Un aumento en las tasas de participación en el mercado laboral de las madres con niños pequeños y el aumento en la preocupación por hacer disponible la educación temprana para los niños ha generado una creciente demanda para el cuidado formal. La demanda depende de diferentes factores, tales como costo, horas, distancia, participación de las madres en el mercado laboral, ingresos de los padres, etc.

V.2.3 Oferta de Cuidado de Niños

Proporcionar a todos los niños una oportunidad equitativa para el desarrollo temprano es la principal justificación de los programas de cuidado infantil. También se dice que el bienestar del niño genera externalidades que son positivas para la sociedad (capital humano, menos delincuencia y menos violencia). De este modo, los gobiernos han desarrollado políticas para procurar el bienestar de los niños.

En algunos países el cuidado de niños se ha convertido en una responsabilidad pública. Sin embargo, el alcance de esta característica varía de forma significativa: en algunos casos, todos los niños reciben apoyo, en otros casos sólo a los hijos de los trabajadores se les garantiza una atención especial, y en otras naciones no existe la obligación explícita para suministrar cuidados de niños, aunque el apoyo es proporcionado a través de la ley de impuesto al ingreso o a través de programas focalizados (por ejemplo, para niños de trabajadoras con bajos ingresos). De manera muy general, podríamos decir que Europa Occidental y Canadá tienden a seguir el primer modelo, y que en los países donde la seguridad social "tradicional" ha entrado al campo tienden a caer en la segunda, y la mayoría de los países tienen alguno de la tercera opción. Al igual que en otros ámbitos sociales, rara vez podemos encontrar una aplicación pura, ya que los países mezclan programas de acuerdo a su propio legado histórico y tratan, a su vez, de encontrar la manera de coordinar el cuidado de niños con la seguridad social y los programas de educación.

Los servicios de cuidado de niños con financiación privada o no remunerada (proporcionada por parientes y / o amigos) son comunes, aunque en distinta medida, en cualquier país del Continente. El cuidado de niños ha sido legislado, ya sea para fomentar el empleo de las mujeres o para mejorar la calidad y el acceso a la educación de los niños. La legislación en América Latina es principalmente destinada a las mujeres que trabajan. En Chile y Argentina, la legislación laboral exige que las empresas con más de un cierto número de mujeres empleadas presten servicios de cuidado de niños, lo cual puede proporcionar un incentivo para no contratar más mujeres de las que sea necesario para evitar tener que prestar este servicio. En Ecuador se requiere que los empleadores con más de un número determinado de empleados, independientemente de su sexo, proporcionen centros de cuidado de niños. Por otra parte, Costa Rica regula centros de cuidado de niños, independientemente de la legislación laboral,

que luchan por el acceso universal. En Uruguay, la legislación del cuidado de niños tiene por objeto la mejora de la calidad y mejorar el control.

En Argentina, Brasil, Chile y México, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, los subsidios por maternidad están cubiertos por sistemas de compensación que no representan un costo adicional para los empleadores en caso de que empleen mujeres. En Chile, los subsidios por maternidad se financian a través de un fondo público, mientras que en Argentina, Brasil y México, el financiamiento de los subsidios por maternidad descansa en el sistema de seguridad social. En los tres países, los beneficios también se financian a través del sistema de seguridad social, mientras que en Chile estos beneficios son financiados directamente por las contribuciones de las mujeres trabajadoras. Por otra parte, los servicios de atención infantil en Argentina, Brasil y Chile son provistos por empleadores y los costos se elevan pues el número de trabajadoras crece y ellas comienzan a demandar este beneficio. En México, los centros de cuidado de niños, como los subsidios por maternidad y beneficios para la salud, son financiados por la seguridad social.

Los organismos de seguridad social son los proveedores más importantes de cuidado infantil en México. Si bien la cobertura ha crecido significativamente durante los últimos diez años, todavía es baja. La asistencia obligatoria a educación pre-escolar fue legislada desde finales de los años noventa, y recientemente el gobierno lanzó un programa nacional de centros de cuidado de día para mujeres no aseguradas. No está claro aún cómo estos recursos alternativos se financiarán a largo plazo. La seguridad social solía financiar y prestar los servicios, pero desde mediados de los años noventa comenzó a limitarse su propia función de financiación. Esto permitió una disminución en el costo estimado en el 60%. Sin embargo, la cobertura es baja. Según la Encuesta Nacional de Empleo y de Seguridad Social (INEGI2004), la atención para el 15,9% de niños de edades comprendidas entre 0 a 6 se suministra

por otra persona que no sea su madre, y sólo aproximadamente el 14,2% de estos niños asisten a centros de cuidado de niños. Esto significa que sólo el 2,25% de los niños entre 0 y 6 años de edad reciben atención en los centros; el 0,77% de los niños tienen acceso a centros privados. Esto tiene un efecto significativo en los resultados del mercado laboral femenino desde la disponibilidad de cuidado infantil, ya sea formal (en centros) o informal (familiares o personas que pueden o no recibir indemnización) afecta la decisión de la madre para trabajar.

En Costa Rica, los servicios de atención infantil están regulados por la Ley No. 7380 Ley General de Guarderías Infantiles y Hogares Escuela, que tiene por objeto regular la prestación de servicios de cuidado de niños. No hace obligatorio para los empleadores financiar o suministrar alguno de estos servicios. Esta ley dispone que los centros de cuidado de niños deben proporcionar la atención a niños de edades comprendidas entre 3 a 7 meses todo el día, mientras sus padres están trabajando, mientras que los hogares escuela suministran el cuidado de niños, de entre 7 y doce años, después de la escuela. Estos centros pueden ser públicos, privados o mixtos, y el Estado provee parcialmente la infraestructura y la financiación. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social es responsable de mantener un registro nacional y supervisar todos los centros en el país. En los últimos años, el Estado ha fomentado la creación de los centros CEN-CINAI (Centros de Nutrición y Educación y Centros Infantiles de Atención Integral) y Hogares Comunitarios para atender a niños de bajos ingresos que no están en edad de escolaridad obligatoria (0 a 6 años), pero la oferta no satisface la demanda aún. En 1999, el 97% de madres costarricenses de entre 18 y 44 años con niños menores de 5 años no llevan a sus hijos a centros de cuidado de niños, aunque sólo el 65% cuidaron personalmente de ellos. Esto significa que el 35% de las madres que no tienen acceso a centros de cuidado de niños formal utilizan los servicios de cuidado informal (INEC 1999).

Es muy importante tener en cuenta los efectos que los incentivos financieros tienen sobre las decisiones laborales. Los programas de cuidado infantil pueden tener efectos que favorecen más el trabajo si la familia resuelve de manera satisfactoria la forma de cuidar a niños pequeños, pero también puede dirigirse exactamente en la dirección opuesta para apoyar a las madres que pasan más tiempo con los niños, e incluso a las madres que tienen más hijos.

Los efectos del cuidado infantil sobre la oferta laboral pueden depender también del nivel de la educación y los ingresos de los trabajadores. Numerosos estudios han tratado de analizar qué efecto es más fuerte. Brewer (2003) encontró que para el Reino Unido, las familias con más hijos prefieren recibir apoyos al ingreso más que oportunidades para trabajar más horas. Por otra parte, encontró que cuanto mayor nivel de educación tiene la persona, más fuerte es la preferencia para resolver el problema de atención a través de la mejora de oportunidades laborales. Cuando se analiza a las personas por edad, el efecto depende de su estado civil. Las personas solteras tienen una fuerte preferencia por horas de trabajo, mientras que las personas casadas tienen una mayor preferencia por el apoyo al ingreso.

Un mensaje de este análisis es que cada familia tiene diferentes condiciones y una solución que se aplica de la misma manera a todos puede no ser una buena estrategia. En consecuencia, la evaluación tiene que considerar el problema alternativo que enfrentan las familias.

En los países de la OCDE, la mayor parte de los beneficios que están condicionados por el empleo están dirigidos a familias de bajos ingresos. Estos beneficios suelen ser pagados en efectivo o como créditos fiscales, con frecuencia no-reembolsables. La mecánica de estos créditos fiscales no reembolsables son los siguientes: las familias aplican el crédito hacia sus obligaciones fiscales y no tienen que reembolsar el dinero al gobierno. Los créditos fiscales no reembolsables pueden incluso dar lugar a un "crédito negativo", lo que significa que la familia

puede terminar recibiendo más dinero en efectivo. En algunos países, estos beneficios están diseñados para los empleados, independientemente del número de miembros en la familia. En otros países, los beneficios aumentan de acuerdo con el número de niños en la familia. Ejemplos de este último grupo son Canadá (crédito fiscal no reembolsable), Francia (crédito fiscal no reembolsable), Alemania (contribuciones de seguridad social más bajas, además de beneficios para la infancia), Irlanda (beneficio en efectivo), Países Bajos (crédito fiscal), Nueva Zelanda (crédito fiscal no reembolsable), Reino Unido (crédito fiscal no reembolsable), y los Estados Unidos (crédito fiscal no reembolsable).

Para los Estados Unidos, MaCurdy y McIntyre (2004) han sugerido rediseñar el crédito fiscal al ingreso devengado (*EITC*), para mejorar sus incentivos de trabajo y sus objetivos de beneficios para las familias pobres que trabajan. La racionalidad atrás de estas propuestas es una tabla de beneficios de Crédito Fiscal al Ingreso Devengado basada en los salarios por hora de la familia, así como en los ingresos. En contraste, los actuales beneficios del (*EITC*) se basan en niveles de los ingresos familiares anuales, independientemente de si estas ganancias son el resultado de un mayor número de horas trabajadas a salarios más bajos o menos horas de trabajo a salarios más elevados.

El (*EITC*) esencialmente elevaría los salarios netos por hora por arriba de los que se darían sin ese crédito, apoyando a trabajadores de bajo salario por horas trabajadas hasta el equivalente de un trabajador de tiempo completo. La tasa de beneficio declinaría si el salario de mercado de la familia se eleva. El (*EITC*) incrementaría los salarios netos por hora para trabajadores de bajos salarios apoyando a una familia hasta el umbral del salario mínimo; estos salarios más altos se aplicarían para cada hora trabajada por tiempo completo. En consecuencia, ambos rediseños del (*EITC*) harían el esfuerzo de trabajo más atractivo hasta que la familia logre trabajar de tiempo completo.

Cabe mencionar que, si bien los Estados Unidos no tienen un programa nacional para prestar servicios de cuidado infantil, apoyan a las familias con gastos de cuidado infantil para niños de hasta 13 o 14 años de edad a través de subsidios y créditos fiscales. Un mensaje general es que la separación de la financiación del suministro de funciones puede ayudar a encontrar una solución para integrar el sistema de cuidado de niños con el sistema general educativo y, en general, con el apoyo prestado a las familias para el cuidado de niños.

En Canadá, el suplemento del Beneficio Nacional de Niños (*National Child Benefit, NCB*) desempeña un papel importante en la mejora de los incentivos financieros para el trabajo. El suplemento al *NCB* es la contribución del gobierno de Canadá a la iniciativa de beneficio nacional de niños a nivel federal, provincial y territorial, enfocado a prevenir y reducir la pobreza infantil. La iniciativa promueve la adhesión a la fuerza laboral, garantizando a las familias estar en mejor situación de trabajo. En la mayoría de las jurisdicciones en Canadá, el *NCB* actúa de manera similar a la forma en que opera un beneficio en el trabajo en transiciones seguras de asistencia social para el mercado laboral. Las personas con niños que reciben asistencia social (*AS*) territorial/provincial tienen estos beneficios reducidos por una cantidad equivalente al Suplemento del *NCB* mientras que las personas empleadas con niños reciben el Suplemento del *NCB* dependiendo de sus ingresos. Además, las provincias y los territorios reinvierten ahorros de la *AS* en nuevas o mejores medidas para familias de bajos ingresos con niños, lo cual ayuda a proporcionar un apoyo adicional a los padres para hacer la transición de la *AS* al trabajo.

Los Países Bajos, otro país con programas condicionados al empleo, sustituyeron los beneficios de cuidado de niños basados en los ingresos con un crédito fiscal de cuidado de niños en 2004.

Francia tiene una educación integrada y el sistema de cuidado para niños de edades

comprendidas entre 3 y más. Así, proporcionan Las actividades pre-escolares en la mañana y también suministran el cuidado para antes y después del colegio. Asimismo, para familias con niños de hasta 3 años, las familias reciben asignaciones familiares sustanciales para el cuidado de niños.

Expandiendo sus programas de beneficio en el trabajo, Nueva Zelanda ha presentado recientemente nuevos suministros de cuidado infantil dirigidas a los padres que trabajan. El número máximo de horas requeridas para poder optar a los ingresos basados en el Subsidio de Cuidado de Niños (pagadero a los proveedores de cuidado infantil) y el subsidio de cuidado y recreación (*OSCAR*) se elevó de 30 a 37 horas por semana. Del lado de la oferta, la financiación adicional se suministró al aumentar el número y la calidad de los proveedores de *OSCAR* para que el acceso del cuidado infantil no se convirtiera en un obstáculo para los beneficiarios y para que los trabajadores de bajos ingresos planifiquen ingresar o permanecer en la fuerza laboral.

En el Reino Unido, el Crédito Fiscal a la Familia Trabajadora incluye un generoso componente de cuidado infantil, según el cual las familias tienen derecho a un crédito fiscal del 70% de los costos de cuidado de niños hasta un límite determinado en función del número de niños.

En Colombia el sector privado y el sector público, a través del SNBF (Sistema Nacional de Bienestar Familiar), son los principales proveedores de servicio para el cuidado de niños. Aunque hay otros programas que corren por cuenta de organizaciones locales gubernamentales y no gubernamentales, centros públicos de cuidados de niños del SNBF que merecen especial atención por su alcance, financiación, y características de orientación. El SNBF es coordinado por el Ministerio de la Protección Social a través del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), una institución creada por la Ley 75 de 1968. Desde programas que brindan apoyo a las madres embarazadas, hasta programas que brindan asistencia a los niños maltratados, y adolescentes, la amplia gama de

servicios prestados por el ICBF está principalmente orientado a ofrecer protección a la población más pobre, centrándose en los niños y los grupos vulnerables (es decir, a poblaciones étnicas y rurales, a los ancianos y a las personas con discapacidad). El objetivo de estos servicios es fortalecer los lazos familiares, garantizando al mismo tiempo a cada miembro de la familia cumplir sus funciones, proteger los derechos de los niños, jóvenes y familias, y proporcionarles protección. La principal fuente de financiación del ICBF es el cuasi-impuesto, que representa casi el 99% de sus ingresos. Este impuesto es obligatorio en empresas privadas y públicas y es directamente recaudado por el ICBF. A pesar del ICBF está financiado por impuestos pagados por los empleadores del mercado laboral formal, los beneficios rara vez son dirigidos a ellos o sus empleados. En lugar de ello, estos programas se dirigen, como se señaló anteriormente, a la población más pobre, especialmente las personas que califican como beneficiarios de acuerdo con el sistema de bienestar SISBEN. Esta característica hace al SNBF un importante agente de redistribución del ingreso en Colombia. El ICBF cuenta con diferentes programas de cuidado de niños, incluidos los Hogares Comunitarios de Bienestar, Hogares Infantiles, y Lactantes y Preescolares. Con excepciones importantes, estos programas usualmente se preocupan por niños sobre una base de tiempo completo. El ICBF también opera programas educativos, tales como Jardines Comunitarios o casas de FAMI (Familia, Mujer y Niño), cuyas funciones y las del programa de cuidado de niños a veces se traslapan. Los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) son el programa más importante del SNBF y el de más rápido crecimiento del programa de cuidado de niños. La participación de la comunidad en el suministro de servicios de cuidado infantil ha fomentado el crecimiento del programa.

Las políticas de las asignaciones familiares (AF) son importantes en los países del Cono Sur, ya que su principal componente es un beneficio en efectivo para menores dependientes de miembros

asegurados. En Argentina se otorgan beneficios adicionales y en Uruguay el beneficio se extiende a los hogares con bajos ingresos en el sector económico informal.

Brasil tiene el más bajo límite de edad (hasta un máximo de 14 años de edad). No hay límite de edad para los niños discapacitados que reciben generalmente el doble del beneficio normal, excepto en Brasil, donde ambos padres, si pertenecen a la seguridad social, reciben asignaciones idénticas.

La mayor parte de los objetivos de los programas de las AF en Argentina, Brasil y Uruguay son del tipo de seguridad social. Uruguay llegó a un punto de inflexión conceptual para este tipo de esquema en 1999 y nuevamente en 2004, cuando las familias de bajos ingresos se hicieron elegibles para las AF aun cuando no fueran cubiertos por la seguridad social (BPS 2007a).

En los últimos quince años, además de los programas tradicionales de seguridad social como las AF y otras intervenciones estatales, algunos países de América Latina han introducido nuevos instrumentos de política pública para suministrar apoyo a las familias con hijos, destinados principalmente a aliviar la pobreza entre los niños y fomentar la inserción social.

Es importante tener en cuenta que más del 50 por ciento del Programa de Asistencia al Empleo

en esta región está en el empleo informal (sin protección de la seguridad social) y que, con excepción de Uruguay, los programas tradicionales de las AF no están diseñados para ser capaces de alcanzar un alto porcentaje de la población, especialmente la población pobre, donde los hogares incluyen más niños en comparación con la población en general y están desempleados o pertenecen al sector económico informal.

En Latinoamérica, las tasas de cobertura son muy bajas. Los altos precios de los centros privados y la insuficiencia de los centros de atención pública son una barrera para el suministro del cuidado de niños. En los países industrializados, las políticas se orientan hacia la inclusión de programas de cuidado infantil. Diferentes estudios han demostrado que la educación preescolar promueve el desarrollo temprano y ayuda a los niños a tener éxito en la escuela a corto plazo; ya que la educación cierra la brecha de éxito entre los niños de bajos ingresos y los niños más favorecidos; asimismo, se ha demostrado que el trabajo materno y la utilización de programas de atención de cuidado infantil no afectan el desarrollo del niño, pero puede ser beneficiosa si la calidad del programa es buena (Boocock 1995). El Recuadro V.1 muestra las tasas de rendimiento de la inversión en capital humano.

Recuadro V.1

Tasas de Rendimiento de la Inversión en Capital Humano

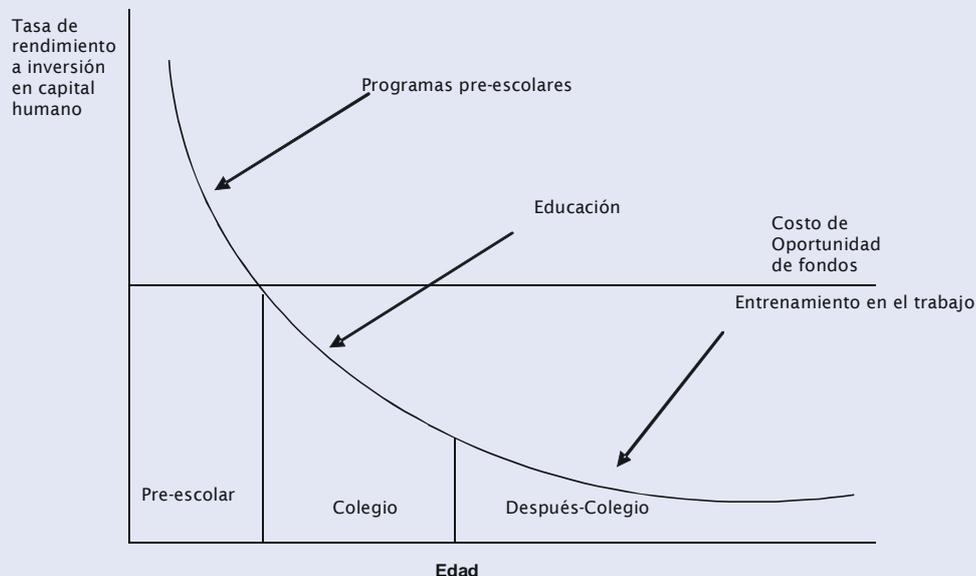
Probablemente un resultado importante en relación con las intervenciones en favor de los niños es lo realizado por Cunha, et al. (2005).

El mensaje principal es que la infancia tiene varias etapas y las habilidades se forman en procesos complementarios y auto-alimentadores: las destrezas generan más destrezas en un proceso multiplicativo. La investigación señala que la adquisición de habilidades comienza en el vientre de la madre y continúa toda la vida. En este proceso, las familias tienen un papel más importante que las escuelas. Hay varias habilidades que son importantes para el éxito en la edad adulta. Algunas de estas habilidades son heredadas y otras se crean, pero el debate tradicional sobre la «naturaleza versus medio ambiente» es científicamente obsoleto. En otras palabras, no es posible identificar las características genéticas que son útiles para determinar el éxito de las personas.

Recuadro V.1 (continuación)

La verdad es que el logro de destrezas en una cierta etapa de la vida aumenta los logros en etapas posteriores (auto-productividad), y los principios de inversión hacen más fácil la productividad más tarde (complementarias). Las primeras inversiones no son productivas si no se siguen luego por más inversiones. Es por eso que el rendimiento de la inversión en capital humano en etapas tempranas es muy costoso. Reparar inversiones iniciales malas es muy costoso, como consecuencia de la auto-productividad y la complementaria.

El siguiente gráfico resume la evidencia empírica de una gran cantidad de estudios. En otras palabras, ésta no es una gráfica «teórica» pero está respaldada por investigaciones realizadas por muchos académicos a través de los años.



Tasas de rendimiento a la inversión en capital humano inicialmente estableciendo inversión equitativa en todas las edades.

La literatura señala que las primeras experiencias en la vida ejercen una profunda influencia en los resultados socio-emocionales, que interactúan con las asignaciones genéticas, con consecuencias importantes para el desarrollo. Las primeras experiencias en la vida pueden cambiar la bioquímica y arquitectura de las células nerviosas y hay períodos sensibles para estos eventos. Durante el período sensible, algunas normas de conexión entre neuronas se convirtieron en constante como consecuencia de influencias ambientales, al cual el niño se adapta gradualmente. Durante los períodos sensibles, estos pasos pueden distorsionarse, pero una vez establecidos como una estructura es difícil que cambien.

Algunos períodos críticos han sido identificados, y se hace referencia al desarrollo de la visión binocular en la corteza de mamíferos, el procesamiento de transformación del oído, el aprendizaje de canciones en aves y otros. La adquisición del lenguaje es uno de los casos más importantes para los seres humanos, ya que los niños tienden a obtener mejores resultados en la adquisición de competencias lingüísticas que los adultos, a pesar de ser más limitado en la mayoría del dominio cognitivo.

La edad de exposición al lenguaje es negativa relacionada con la habilidad que adquiere finalmente en ese idioma. La disminución de la competencia comienza entre los 4 y 6 años, y continúa hasta que en la edad adulta alcanza una meseta. Este patrón es evidente para muchos aspectos de la competencia lingüística, como el control sobre los sonidos y la estructura gramatical, y esto sucede tanto para la primera y segunda lengua. Sin embargo, los diferentes aspectos de la lengua pueden ser adquiridos en diferentes grados en distintas edades. Por ejemplo, la adquisición de vocabulario y el proceso semántico

Recuadro V.1 (continuación)

puede lograrse con relativa facilidad en la edad adulta, mientras que las dimensiones más formales del lenguaje (como la sintaxis, fonología, y morfología) son más difíciles de adquirir (Newport 2002).

Resumiendo, la evidencia científica apoya fuertemente la conveniencia de concentrar las intervenciones sociales en el soporte del desarrollo y la educación a temprana edad, anterior a los sistemas educativos tradicionalmente establecidos. La visión de los programas de cuidado infantil como soporte para las madres trabajadoras es limitada. La rentabilidad es muy grande en los programas con un fuerte apoyo a las madres que deben permanecer la mayor parte del tiempo con los niños durante los primeros años de vida, que se complementa con programas educativos orientados a edades más tempranas. Ciertamente, no será posible establecer estos programas encargándoles la nómina de la empresa, ya que generará un efecto discriminatorio frente a las madres que trabajan.

Fuente: Cunha, et al. 2005.

V.2.4 Regulación

El cuidado de niños y los proveedores de servicios educativos deben ser autorizados por los gobiernos locales y nacionales. En general, las regulaciones deben incluir el tamaño del grupo, cocientes por edad de adulto / niño, personal y necesidades de cuidado básico, nutrición, instalaciones físicas, y prácticas de seguridad y salud, de acuerdo con el tipo de centro (centros de cuidado de día, casas familiares de cuidado de niños, etc). Además de cumplir con las regulaciones estatales, muchos centros también eligen acreditación voluntaria y voluntariamente encuentran estándares de calidad (más estrictos que los requisitos estatales), establecidas por asociaciones profesionales. La certificación ayuda a los padres a elegir el tipo de atención que desean para sus hijos. Por lo tanto, una cuestión que debe resolverse es la relación entre la regulación del centro de cuidado infantil y las normas del sistema educativo. El progreso de los gobiernos hacia la creación de programas educativos para los niños más pequeños demanda la coordinación de ambos esfuerzos.

Con el aumento de la demanda de los centros de cuidado de niños en los Estados Unidos se ha incrementado la preocupación con respecto a la calidad del suministro. Los padres del niño (compradores) tienen dificultades para evaluar la calidad de la atención. Por otra parte, las

consecuencias de una mala calidad de atención son potencialmente graves. La intervención pública en los mercados de servicios de los centros de cuidado de niños podría estar justificada, ya sea utilizando argumentos comunmente realizados para la oferta al público de la educación o utilizando argumentos relacionados con información imperfecta. Las regulaciones del estado, reconociendo ambos argumentos, han impuesto requisitos mínimos de calidad en los proveedores de cuidado diurno. Chipty y Witte (1994) encuentran que tales requisitos mínimos tienen efectos sobre los precios de equilibrio, horas, y la calidad, medida como el cociente *staff/niños*.

V.2.5 Evaluación de Cuidado de Niños

En cuanto a la evaluación de programas de cuidado de niños, algunos de los aspectos que se consideran son los siguientes:

- **Comercialización:** diferenciando los servicios de cuidado y los servicios educacionales de ofertas tradicionales de cuidado de niños y de programas de actividades.
- **Calidad del servicio:** Los servicios de cuidado y los programas educativos deben ser proveídos por educadores graduados y certificados, trabajadores al cuidado de niños, tutores y profesionales de la industria en la materia.

- Reputación: mantener una muy buena reputación, que se distinga por la excelencia en los servicios de cuidado, la educación y la participación de la comunidad.
- Rentabilidad: controlar los costos y la gestión de presupuestos, de acuerdo con los objetivos del programa.

En primer lugar, es primordial mencionar la importancia de contar con una agencia o entidad que provea una licencia. El objetivo principal de otorgar una licencia para operar un centro de cuidado de niños es salvaguardar el bienestar de los usuarios. La concesión de una licencia significa que hay pruebas claras de que el edificio y los terrenos son seguros; que el personal está debidamente entrenado y es responsable; y que el programa reflejará, en la práctica, un entendimiento del crecimiento saludable y el desarrollo de los niños.

Además, la licencia está destinada a ser una garantía para los padres y la comunidad de que los niños están siendo atendidos en un entorno seguro y saludable donde las actividades, horarios, comida, materiales, equipo y personal están continuamente disponibles y se utilizan para fomentar y apoyar el crecimiento intelectual, emocional, social y físico de los niños (Queralt, et al. 2000).

La solicitud de una licencia generalmente incluye:

- Nombre, dirección, dirección postal y número de teléfono del futuro centro;
- El nombre, apellido y dirección del solicitante;
- Información sobre el edificio en el cual se ubicará el centro, incluidos los bocetos de la zona interior que muestren los cuartos de actividades que se utilizarán para el cuidado de los niños, la cocina o zona de preparación de alimentos, los baños para los niños y el personal, y el espacio de oficina;
- Información detallada sobre el área de juegos al aire libre, incluyendo un diseño de esta zona que muestre la accesibilidad al edificio y las habitaciones utilizadas para el cuidado de los niños;

- Especificaciones sobre el número y las edades de los niños a ser atendidos, grupos de edad, y cociente de personal/niños;
- Información completa sobre la asignación de personal, incluido el nombre y la calificación del director, coordinador del sitio, y otros funcionarios;
- Información médica sobre el personal;
- Historial de Empleo e información sobre antecedentes penales del personal;
- Objetivo del programa, incluyendo el programa diario de actividades, la filosofía del programa, y los objetivos de desarrollo en el que el programa se basará;
- Una lista de los equipos y materiales disponible para la aplicación del programa, tanto para interiores y exteriores;
- Información sobre el programa de alimentación diaria;
- Información financiera, incluyendo los medios de financiación, y un proyecto de presupuesto anual para el programa;
- Una declaración firmada por el solicitante, aceptando que ha leído y que está de acuerdo con las regulaciones para tener la licencia.

En los Estados Unidos el método de licenciamiento está diseñado para aplicar la obligación del Estado a las familias cuyos hijos asisten a los centros de cuidado (fines de regulación). Una licencia se otorga luego de una evaluación detallada de la instalación y de que el programa haya demostrado que la conformidad con las normas establecidas prevalece.

Para efectos de supervisión, la agencia licenciadora podrá exigir al solicitante hacer sus registros, de personal, usuarios, e instalaciones disponibles sobre una base anunciada o no anunciada. Las actividades de supervisión pueden incluir: reseñas de recursos financieros, de personal, y registros de niños; entrevistas con el personal; entrevistas con

niños bajo cuidado y padres; inspecciones en el lugar de las instalaciones, etc.

Witte y Queralt (2004) muestran que proporcionar en la Internet los reportes sobre la inspección y las quejas referentes al proveedor de cuidados de niños cambió el comportamiento de los inspectores de cuidado infantil y mejoró la calidad del servicio de cuidado recibido por los niños de bajos ingresos. Los resultados reobservaron, en parte, por las siguientes razones: 1) los medios de comunicación informaron ampliamente la disponibilidad de esta información en la *Web*, 2) la información era fácil de localizar y utilizar y 3) el nombre del inspector y la información de contacto apareció en la primera página de los informes. Se encontró que, después de que los informes de la inspección al proveedor de cuidado infantil y las denuncias están disponibles en el Internet: 1) los inspectores proveían significativamente más reportes de inspección y 2) era significativamente más probable que los inspectores proporcionaran comentarios mixtos de los centros en sus inspecciones de rutina, encontrando que a veces los centros reúnen estándares mínimos y otras veces fallan en hacerlo. Después de que los informes de inspección están disponibles en Internet, hay también una mejora significativa en el entorno del salón de clase y en el centro administrativo de los centros de servicio para niños de bajos ingresos con subsidios de cuidado infantil, comparable en tamaño para con frecuencia lograr mejoras por enfoques más costosos para mejorar el entorno del aula de clase o el plan de estudios.

V.3 Evaluación de los Programas de Cuidado de Largo Plazo

V.3.1 Objetivos del Programa

Los cuidados de largo plazo incluyen una variedad de servicios y apoyos para atender la salud o las necesidades de cuidado personal durante un período prolongado de tiempo. La mayoría de los cuidados de largo plazo se atiende con personal no capacitado,

como ayudar a realizar las actividades de la vida diaria (AVD), que son los siguientes: bañarse, vestirse, utilizar el baño, movimientos (tales como de la cama a la silla o viceversa), comer, etc.

El objetivo de un programa de cuidado de largo plazo es ayudar a los adultos mayores a maximizar su actividad y su independencia en un momento en que no estén en condiciones de tenerlas totalmente. El CLP es necesario cuando una persona tiene una enfermedad crónica o discapacidad que le cause la necesidad de ayuda con las AVD. Si bien la mayoría de las personas que necesitan cuidados de largo plazo son aquellas de 65 años o más, una persona puede necesitar cuidados de largo plazo a cualquier edad. En los Estados Unidos, el 40 por ciento de las personas que actualmente reciben cuidados de largo plazo son los adultos de 18 a 64 años (OECD 2006).

V.3.2 Demanda de Cuidados de Largo Plazo

Si una persona necesita cuidados de largo plazo, él / ella puede necesitar una o varias de las siguientes ayudas:

- Atención o asistencia con las AVD en casa de un proveedor de cuidado no remunerado que puede ser un miembro de la familia o amigo;
- Los servicios en casa de una enfermera, ayuda en caso de cuidado de salud, terapeuta, o ama de casa;
- Cuidados en la comunidad, y / o,
- Cuidados de largo plazo en cualquier variedad de instalaciones.

En general, los servicios de cuidado proporcionados por familiares o amigos no son pagados. Esto a veces es llamado cuidado informal. Los servicios pagados son a veces un complemento de los servicios proporcionados por los familiares y amigos.

Muchas personas que necesitan cuidados de largo plazo desarrollan la necesidad de cuidado de forma gradual. Pueden comenzar necesitando

cuidado sólo unas pocas veces a la semana o una o dos veces al día, por ejemplo, ayuda con el baño o vestirse. Las necesidades de cuidado con frecuencia avanzan tanto para personas de edad como para personas con una enfermedad crónica o discapacidad convirtiéndose en una condición más debilitante, motivando la necesidad de atención sobre una base más continua.

Algunas personas necesitan cuidados de largo plazo en una instalación por un período relativamente corto de tiempo mientras se recuperan de una enfermedad repentina o de un accidente, y entonces pueden ser atendidos en casa. Otros pueden necesitar servicios de cuidado de largo plazo sobre una base continuada, por ejemplo, alguien que esté discapacitado por un grave derrame cerebral. Algunas personas, cuyas necesidades ya no pueden ser satisfechas en el hogar, pueden requerir su traslado a hogares de cuidado u otro tipo de establecimiento con instalaciones adecuadas para una atención más amplia o brindar supervisión. El informe sobre la Seguridad Social en América 2006 (CISS 2005) presenta una completa sección sobre que sucede en la actualidad así como una proyección de la demanda de cuidados de largo plazo en los países de LAC.

V.3.3 Oferta de Cuidados de Largo Plazo

En términos generales los servicios de prestación de Cuidados de Largo Plazo (CLP) se llevan a cabo a través de sistemas fragmentados y no coordinados. Una amplia gama de servicios y apoyos son prestados por diferentes organismos públicos, privados y organizaciones. En los Estados Unidos, por ejemplo, la capacidad de una persona para acceder a los programas públicos se rige por complicadas reglas establecidas relacionadas con la elegibilidad financiera y funcional que difieren en los estados, bajo un marco federal general.

En los países de la OCDE los gobiernos han intentado diversas maneras de permitir a las personas dependientes que reciben cuidados en el hogar -y sus familias más posibilidades de elección entre las

opciones de atención. A menudo esto involucra otorgar ayuda en efectivo para pagar por la atención. Este beneficio se otorga de diferentes formas: presupuesto personal para emplear asistentes de cuidado profesional, pagos directos a la persona que necesite atención, sin limitaciones en cómo lo utilice, o como pagos directos a proveedores informales en forma de apoyo al ingreso.

Con el "empleo de asistentes de cuidado orientado al consumidor", los adultos mayores pueden emplear a un asistente personal, a menudo con la posibilidad de que esta persona pueda ser un pariente. Los pagos de apoyo al ingreso a los proveedores informales de cuidados se han diseñado con el doble propósito de incrementar la flexibilidad y la movilización, y tener un cuidado potencial más amplio que permite a las personas de edad permanecer más tiempo en la comunidad y reduce la necesidad para cuidados institucionales costosos (OCDE, 2002).

En los países de ALC, las instituciones públicas han establecido hogares para el cuidado y en algunos casos incluso programas de cuidado basados en el hogar, estos están más relacionados con la atención de la salud que a los Cuidados de Largo Plazo, y, como tal, se financian con fondos de salud (CISS 2006). En general los recursos para los Cuidados de Largo Plazo para adultos mayores en los países de América Latina y el Caribe se encuentran en una etapa de desarrollo o, en algunos casos es inexistente.

En los países del Cono Sur, las organizaciones con y sin fines de lucro han desarrollado una oferta de recursos de Cuidados de Largo Plazo en vista de la baja oferta de recursos públicos. Argentina a través del "Programa Nacional de Proveedores de Servicios de Cuidado Basado en el Hogar" y Brasil a través del "Programa Nacional de Proveedores de Servicios de Cuidado para Adultos Mayores" están tratando de profesionalizar ese cuidado para adultos mayores, débiles o población discapacitada, lo que contribuye también a generar empleo formal (BPS 2007b).

Muchas personas creen que los hogares para cuidado o la atención de la familia es la única alternativa cuando ellos o un familiar se discapacita ó debilita. En general no se tiene conocimiento acerca de los programas públicos disponibles. No son conscientes, en la mayoría de los casos, de la red de envejecimiento y sus servicios y sistema de apoyo.

Una opción para resolver esta cuestión es proporcionar herramientas electrónicas a los posibles beneficiarios con el fin de proveer información y asistencia a adultos mayores con respecto a las opciones para obtener los Cuidados de Largo Plazo.

- Sensibilización e información: educación pública e información acerca de las opciones.
- Asistencia: opciones, beneficios y asesoramiento de empleo, referencia a otros, y beneficios; e intervención en crisis.
- Acceso: la selección para elegibilidad, evaluación integral, determinaciones para la elegibilidad financiera y programática, acceso en una parada a todos los programas públicos, servicios de pago privado, y la planificación para futuras necesidades.

V.3.4 Evaluación de los Cuidados de Largo Plazo

La evaluación es un elemento esencial del control y sistema de información. Es importante evaluar con precisión lo que está o ha estado sucediendo con lo que se esperaba obtener como resultado (Young 2003). La supervisión ayuda a determinar si cualquier cambio que se ha producido debido a un programa ha sido útil o eficaz.

La supervisión es un proceso continuo. Se lleva a cabo habitualmente y suele ser bastante estructurado. Esto ayuda a los administradores a mantener vigilancia sobre las cosas de manera simple (Whiteley 1996). Implica la recolección rutinaria de datos y mide el progreso de los objetivos del programa. La supervisión entonces tiene como objetivo saber en qué medida las actividades programadas se realizan, qué servicios se suministran y qué tan bien se presta el servicio.

La supervisión es similar al concepto de evaluación, pero con una diferencia importante: se centra más en una continua retroalimentación para mejorar el funcionamiento del programa. La evaluación puede hacer lo mismo pero tiende a ver los programas en términos de si han hecho una diferencia. La evaluación es "el proceso de determinación del valor o mérito de algo, o el producto de ese proceso" (Scriven 1991) por la recopilación sistemática y análisis de información para evaluar la eficacia de una organización en el logro de sus objetivos. Proporciona retroalimentación continua para ayudar a analizar el impacto, resultados, y los resultados de las actividades, y ayuda a evaluar la importancia, el alcance y la sustentabilidad.

La calidad de los servicios para cuidados de largo plazo, donde existen, varía ampliamente entre y dentro de los países. En consecuencia, la calidad de los servicios con frecuencia no cumple las expectativas del público, los usuarios de los servicios y sus familias. Existen numerosos ejemplos de cuidado insuficiente en los establecimientos comunitarios e institucionales. Éstos incluyen viviendas inadecuadas, escasas relaciones sociales y falta de intimidad en las casas de reposo u hogares para adultos mayores.

Las políticas destinadas a lograr la calidad en los cuidados de largo plazo incluyen un aumento del gasto público y las iniciativas para una mejor regulación de los servicios de largo plazo, como mediante el establecimiento de la evaluación de la calidad y la supervisión de la mejora continua. La mejora en los resultados y no sólo de la infraestructura debe ser la base para el establecimiento de normas de calidad. También existe el caso para producir información sobre la calidad de la atención y la prevalencia de resultados adversos más abierta y accesible al público de manera regular. La información a disposición del público sobre la evaluación de la calidad a nivel del proveedor podría conducir a una mejora en la protección del consumidor y crear un clima de competencia por la

calidad, en particular cuando se combina con mayores posibilidades de elección por parte de los consumidores.

Hogares de Cuidado del Adulto Mayor

En términos generales la evaluación de programas de cuidados de largo plazo brindados en Hogares de Cuidado del Adulto Mayor consiste en tomar en cuenta lo siguiente: criterios de selección (evaluación del programa por el paciente) y la evaluación por el usuario y su familia con el fin de obtener la mejor opción disponible para ellos.

Básicamente algunos de los aspectos que deben ser considerados por la familia al evaluar instituciones de cuidado de largo plazo para un familiar son los siguientes:

- Personal (política de contratación y restricciones, entrenamiento, política de rotación, cociente de staff-a-residentes en todos los turnos);
- Instalaciones y tecnología (instalaciones seguras);
- Comunicación con el personal, las familias y los residentes;
- Procedimientos de seguridad en las instalaciones (planes de emergencia);
- Cuestiones de salud (¿Existe un médico de las instalaciones?, ¿Con qué frecuencia los residentes están controlados por un médico?, etc.);
- Los medicamentos (con respecto a las políticas de mantenimiento y distribución de medicamentos, garantías, etc), y,
- AVD.

La Asociación Americana de Personas Jubiladas (AARP 2008) proporciona una lista de verificación para una familia que busca un hogar de cuidado para adulto mayor. La lista de verificación incluye algunos aspectos que deben evaluarse antes de tomar la decisión: Información básica (las instalaciones tienen licencia, política de visita, cociente paciente-staff, cociente paciente-enfermera, cociente de asistente-paciente, política de egresos); seguridad en las

instalaciones (escaleras y pasillos bien iluminados, barandillas y botones de llamada, etc); cuestiones relacionadas con la atención (ejercicio, calidad y variedad de la dieta, terapias, etc); calidad de vida (respeto por el usuario, personal amable, instalaciones al aire libre para visitas, etc).

La calidad del cuidado de largo plazo es fundamentalmente multidimensional y abarca cuestiones relacionadas con la atención clínica, independencia funcional, calidad de vida, y satisfacción de familiares y pacientes con respecto a la atención (Mor, et al 2005). En Estados Unidos todos los hogares para el cuidado (NH) y en todas las agencias de salud en el hogar (HHA) que atienden a los beneficiarios de *Medicare* tienen sistemas de evaluación computarizados de cada uno de los pacientes. Estas evaluaciones son realizadas por el personal de enfermería cuando el paciente es admitido en el servicio y posteriormente de forma periódica (de HHA, al egresar). Sólo aquellos pacientes atendidos con suficiente tiempo para tener dos evaluaciones se incluyen en el cálculo de una medida agregada de calidad del proveedor.

El impulso para elevar las normas de calidad en cuidados intensivos de salud ha sido acompañado en muchos países con las acciones gubernamentales encaminadas a tomar un papel más activo en la regulación y la inspección de calidad de los servicios de cuidado de largo plazo. Esto tiene principalmente dos objetivos: reducir el riesgo de recibir mala calidad de atención (incluidos los riesgos de cuidado perjudicial), y para elevar el nivel promedio de servicio. La publicación completa de la evaluación de la calidad puede convertirse en un elemento clave para mejorar la protección de los consumidores y para fomentar un clima de competencia por la calidad (Huber 2004).

A diferencia de los Estados Unidos, muchos países no tienen criterios explícitos o la definición de normas de calidad del cuidado y la supervisión resulta ser superficial. La financiación, regulación y supervisión de los cuidados de largo plazo de las personas mayores son muy diferentes entre los

países industrializados. Cuando se hace la regulación del cuidado institucional es más estricta que para el caso de cuidados en el hogar. La falta de atención a los resultados del cuidado de largo plazo puede reflejar una dificultad para acceder a tales datos, o una perspectiva diferente sobre el valor de los datos en la evaluación de la calidad de la atención (Hughes, et al 2000).

Cuidados en el Hogar y Servicios Comunitarios

Las personas que reciben cuidados de largo plazo por medio de servicios comunitarios o cuidados en el hogar comprenden intrínsecamente una población vulnerable. Debido a que requieren asistencia con actividades cotidianas, estas personas corren un gran riesgo de daño si aquellos quienes les proporcionan servicios de apoyo fallan al brindar los servicios de manera indiferente o incompetente, o son coercitivos. Sin embargo, a pesar de estos riesgos es en el entorno familiar donde la mayoría de las personas con discapacidades optan por permanecer el mayor tiempo posible.

Dar el apoyo que permita a las personas de edad con necesidad de atención a permanecer en casa tanto tiempo como sea posible puede ayudar a mejorar de manera significativa su situación, y es esto lo que la mayoría desea. Además, el apoyo a una persona mayor en su propia casa generalmente cuesta menos que mantenerlos en hogares de cuidado u otro tipo de atención residencial. Un factor clave para lograr esto es tener una amplia gama de servicios de apoyo disponibles, incluyendo el descanso de la persona que brinda el cuidado, mismo que permite a los cuidadores informales, junto con la orientación profesional a las familias, de un tiempo de descanso.

Actualmente, en muchos países de la OCDE los cuidados en el hogar representan más del 30% de los recursos públicos gastados en la atención de cuidados de largo plazo (OCDE, 2002). Así, los adultos mayores que requieren de cuidados especiales pueden permanecer ahora en sus propios hogares.

El permitir a las personas mayores dependientes permanecer en sus propios hogares no sólo es una cuestión de incremento en el gasto público. También se ha hecho más fácil porque incluso cuando una persona necesita atención, su esposo o esposa, es cada vez más probable que se mantenga saludable por más tiempo. Por otra parte, los pensionados actualmente tienen mayores ingresos que anteriormente y pueden pagar por su propio cuidado, y por lo tanto, los estándares de las viviendas se han elevado. Además de progresar con la expansión de los servicios tales como el descanso del cuidador en una serie de países, ha habido otras iniciativas para apoyar a los cuidadores informales. Estos incluyen la concesión de créditos de pensión por el tiempo empleado en cuidado, y los pagos a los proveedores de cuidados para compensar la pérdida de ingresos.

Sin embargo estas políticas, aumentan a largo plazo la posibilidad de proporcionar incentivos para los proveedores de cuidados de dejar el mercado laboral para suministrar atención, particularmente porque la mayoría son mujeres, y resulta muy problemático su reinserción al mercado laboral.

En los Estados Unidos los sistemas de cuidado de largo plazo han desarrollado un sistema de regulación muy elaborado para supervisar la calidad en los hogares que brindan cuidado a los adultos mayores y, en menor grado, en servicios de salud en el hogar por personas capacitadas suministrados por agencias. Estos sistemas se han centrado fundamentalmente en normas tales como requisitos de entrenamiento y de licencia de los miembros del personal, y menos en la evaluación de la calidad de vida y satisfacción de los propios consumidores. Poco se ha hecho para abordar el aseguramiento de la calidad en los programas de cuidado personal y los - en general sin preparación- servicios comunitarios de cuidado de largo plazo y aquellos que se brindan en el hogar.

Parte del problema en el desarrollo de cualquier sistema de aseguramiento de calidad para servicios

proporcionados en el hogar es la dificultad de supervisar el cuidado suministrado. Sin embargo, el crecimiento de la financiación pública para los servicios comunitarios y en el hogar hace indispensable el desarrollo de mejores sistemas de aseguramiento de la calidad.

El crecimiento del financiamiento público de los servicios de cuidados en el hogar y los apoyos para las personas con discapacidad ha llevado al gobierno federal y estatal en los Estados Unidos a prestar mayor atención a la calidad del cuidado que se suministra. Los métodos tradicionales de evaluación de calidad, tales como los estándares para las agencias de cuidados en el hogar y de los trabajadores, no han sabido detectar si los consumidores están satisfechos con la atención que reciben, si ellos reciben el tipo y duración del cuidado que necesitan, y si su calidad de vida se ha mantenido o mejorado.

A medida que los consumidores se han vuelto más asertivos al expresar sus expectativas del suministro de la atención relacionando el rol en su propio cuidado y en la calidad de sus vidas, abogados y funcionarios públicos han intensificado sus esfuerzos para crear iniciativas más "centradas en la persona" para mejorar la calidad de atención en casa.

Con el apoyo del gobierno federal, los estados están construyendo nuevos sistemas de aseguramiento de calidad en torno al concepto de atención centrada en la persona. Los Centros para Servicios de *Medicare* y *Medicaid* (CMS) han creado un marco de calidad para los programas comunitarios y en el hogar que requieren los estados para atender cada área de enfoque (como la elección y control del consumidor) con las estrategias de diseño del programa, la evaluación continua, y los problema de corrección. El CMS ha desarrollado también un gran sistema que suministra fondos a los estados para desarrollar sistemas de calidad, que involucra a los participantes del programa en funciones activas, que obtiene retroalimentación de los consumidores, y que desarrolla métodos para garantizar una mejor

respuesta a las necesidades de los consumidores y objetivos por parte de los proveedores de servicios (US Centers for Medicare and Medicaid Services 2008).

Los Estados Unidos han desarrollado un sistema de supervisión de la evaluación y del plan de atención para garantizar que las necesidades de los consumidores estén dirigidas correctamente por los administradores, quienes son jugadores clave en el sistema. En Washington, un nuevo sistema de evaluación se ha convertido en una medida coherente y confiable de las necesidades de los consumidores. Un proceso rápido de determinación de la elegibilidad financiera es acelerar el acceso de los consumidores a los servicios. Una cuidadosa supervisión del rendimiento del director del centro de atención es ayudar a garantizar el desarrollo de planes de atención apropiados para el consumidor, el suministro efectivo de los servicios, y la mejora del entrenamiento para las personas que otorgan cuidado (Washington Aging and Disability Services Administration 2008).

Carolina del Sur está utilizando tecnologías de información para ayudar a los directores de los centros de atención a ayudar a los consumidores con mayor rapidez y para supervisar las necesidades de los consumidores tanto en situaciones cotidianas y de emergencias. Carolina del Sur está utilizando la tecnología de información en su sistema de gestión de casos para permitir que los directores de los centros de atención puedan responder más eficazmente a las necesidades de los clientes. El estado también ha desarrollado un sistema electrónico de supervisión para verificar que el trabajador esté presente cuando deba estarlo y para garantizar un reemplazo en caso de que un trabajador no se presenta a trabajar.

El gobierno federal está orientando hacia la mejora de sistemas de aseguramiento de calidad para el hogar centrados en la persona y programas de servicios comunitarios, y ha impuesto requisitos más estrictos a los programas para garantizar que los estándares de calidad se cumplan en los estados. Estas acciones incluyen las siguientes:

- Establecer un marco de calidad para guiar el rediseño del sistema de calidad estatal.
- Requerir una prueba concreta a los estados en la que ellos estén supervisando sistemáticamente actividades y corrigiendo problemas.
- Elaborar una nueva aplicación de excepción al programa *Medicare* que requiera más información detallada de los estados sobre sus sistemas de gestión de calidad.
- Proporcionar gran apoyo para las iniciativas de rediseño de calidad.

Este enfoque está diseñado para mejorar el efecto real sobre la vida diaria de los consumidores, velando porque los servicios autorizados se suministren, la elegibilidad se determine en forma oportuna, y las voces de los consumidores se escuchen por los directores de los centros de atención y trabajadores de cuidados en el hogar. Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer sobre la medición y documentación de los resultados de la atención en el hogar.

Argentina y Brasil, como se ha mencionado anteriormente, están desarrollando programas con el fin de tener una mejor atención basada en el hogar. El Programa Nacional Argentino de Atención en el Hogar tiene un coordinador de casos cuya responsabilidad es seleccionar y supervisar a los proveedores de cuidados, pero no hay información con respecto al sistema o a los criterios de evaluación (BPS 2007b).

V.4 Conclusiones

En este capítulo se aborda la cuestión de la evaluación de los dos principales programas sociales de "cuidado": el cuidado de niños y de cuidado de largo plazo. Ambos programas son relativamente nuevos en el menú de la seguridad social. Dado que las necesidades de cuidado de niños están fuertemente correlacionadas con los modelos de trabajo, mientras que los programas de cuidados de largo plazo se complementan fuertemente con los sistemas de pensiones, de salud y con los programas

de discapacidad, el seguro social ha sido una forma natural para hacer frente a los problemas de financiación de los programas de atención.

Por lo tanto, las políticas de cuidados de largo plazo y las políticas de cuidado de niños se enfrentan a numerosos desafíos, ya que ellos se traslapan con otros servicios sociales y de salud, así como con los cuidados informales suministrados en casa por familiares y amigos.

Los problemas en coordinar el cuidado agudo de salud, rehabilitación y cuidados de largo plazo, por ejemplo, pueden conducir a resultados poco satisfactorios para los pacientes y también pueden dar lugar a un uso ineficiente de los recursos de atención de largo plazo y de los servicios de salud.

Las políticas destinadas a mejorar la coordinación deben ponerse en marcha en muchos países a través de una serie de medidas, incluyendo los marcos estratégicos nacionales. Dicha coordinación se realiza con frecuencia por equipos multidisciplinarios, que proporcionan asesoramiento a las familias y a los consumidores sobre las alternativas disponibles y sobre lo que podría ser la mejor opción individual.

Parte de la dificultad en el desarrollo de cualquier sistema de aseguramiento de calidad para los servicios en el hogar es la dificultad de supervisar el suministro de atención en casa. Sin embargo, el crecimiento de la financiación pública para los servicios comunitarios y en el hogar hace indispensable el desarrollo de mejores sistemas de aseguramiento de calidad.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

Este informe ha analizado los enfoques y herramientas de evaluación para la seguridad social en salud, pensiones y servicios sociales, cuidados a largo plazo y el cuidado de los niños. Los organismos de seguridad social y programas, siendo siempre en algún grado de naturaleza pública, pueden considerar la evaluación como una espada de doble filo. Es necesaria para mejorar el rendimiento, pero también es impuesta por el Congreso, por una agencia reguladora, por el ministerio de finanzas o incluso por un organismo financiero internacional. En principio, nada garantiza que ambas perspectivas se coordinen, y pueden incluso llegar a ser antagónicas. Esto es un riesgo, pero no tiene que ser de esa manera. Un proceso de evaluación bien establecido puede recorrer un largo camino en la prevención de estas contradicciones.

Consistente con los argumentos de los capítulos anteriores, recomendamos que los sistemas, agencias y programas tengan una estrategia de evaluación integral. Esto significa que:

- *Se deben incorporar todos los enfoques y visiones determinados en el capítulo II: económico, actuarial, fiscal, investigación de operaciones y administración, utilizando los conocimientos más recientes en las disciplinas que apoyan esas visiones.*
- *La evaluación debe ser bien estructurada, en el sentido de incluir todos los pasos en una estrategia de evaluación: identificación y participación de las principales partes interesadas—no sólo los*

administradores de la herramienta—, diseño del marco lógico, identificación de indicadores, y un conjunto de metas, definición de las fuentes de información, desarrollo de los elementos para evaluación y una estrategia para la divulgación de los resultados. Estos elementos no deben ser desarrollados y utilizados aleatoriamente; en la práctica un enfoque ordenado permitirá obtener más del seguimiento y evaluación.

- *Se deben elaborar bases de datos modernas como un elemento indispensable. Si bien la falta de información puede dar lugar al principio a que la supervisión sea imperfecta, a lo largo de los años, los datos más consistentes permitirán una evaluación coherente. Lo óptimo es que los datos más importantes procedan directamente de los sistemas transaccionales y que las encuestas se consideren como un complemento. El Informe anterior de la CISS argumenta en favor de una modernización de la organización y administración, pero no hay duda que dadas las actuales tecnologías, el uso intensivo de datos será parte de cualquier solución de gestión eficaz que conduzca a una evaluación efectiva.*
- *Se deben establecer bases de datos centradas en los ciudadanos y registrar todos los contactos entre ellos y las agencias y programas, ya sean de salud, pensiones o servicios sociales. Asimismo, se deben consolidar los datos y desarrollar modelos de servicio en torno a las personas; por último hacer el bienestar de los individuos el foco de la evaluación*

y no a las agencias y programas. Al final, estamos en este asunto por el bienestar de los niños, los ancianos, los discapacitados, los enfermos y de todas las personas, y no por el de las agencias.

- *Se deben considerar mecanismos de incentivos. Para un mayor impacto de evaluación sobre la mejora de operaciones es necesario no sólo que las partes interesadas estén bien informadas, sino que la estructura de costos y beneficios se definan adecuadamente con respecto a los objetivos.*
- *Es pertinente reconocer que, dado que los sistemas son el conjunto de agencias y programas, cualquier meta a nivel de agencias y programas debe ajustarse a los objetivos a nivel del sistema, y que a su vez la información a nivel del sistema es sólo la agregación de datos al nivel de agencias y programas. La evaluación debe evitar la competencia destructiva o ineficaz entre agencias por el presupuesto y por reconocimiento político. Una vez más, al centrar los resultados a nivel de la persona se puede ayudar a disciplinar los sistemas de evaluación para evitar esas desviaciones.*

Es importante mencionar que un sistema de evaluación no puede aplicarse plenamente si las agencias no son apoyadas por otras entidades públicas. En general, las agencias tienen mucho más información que los reguladores sobre las cuestiones de asignación financiera, sobre el estado actual de los asuntos administrativos, sobre cuestiones de atención al cliente, sobre las quejas de los usuarios, y sobre el estado de la provisión de servicios. Las instancias de auditoría y de regulación deben encontrar formas sistémicas para evaluar agencias, y para evitar regular por medio de indicadores específicos de detalle excesivo que pueden forzar una visión de túnel sobre las agencias y convertirse en una fuente de conflicto debido a las contradicciones internas con las opiniones de los organismos.

Por último, existe una importante preocupación en relación con la evaluación de los programas sociales. Tiene que ver con la cantidad de información

que debe ser divulgada al público. En muchos entornos sociales, dos piezas importantes de información para tomar decisiones son el precio y la calidad. Sin embargo, los precios no suelen ser utilizados en los programas de seguridad social y la calidad es costosa de observar: ¿Una cirugía salió mal debido a una baja calidad de atención por parte del hospital o porque el paciente tenía una condición adversa no observada? ¿Un niño no aprende a causa de los tutores o de las capacidades individuales? ¿Un anciano demanda apoyo adicional debido a que sufrió un acontecimiento desafortunado o porque está probando los vacíos legales en el sistema? Aún más, esta característica de los programas de seguridad social genera preocupaciones legítimas que llevan a no revelar cierta información: ¿El hospital debe revelar información privada sobre el paciente sólo porque ésta puede ayudar a reducir errores en el futuro? ¿Hasta dónde la agencia debe someter a las personas con discapacidad a pruebas adicionales con el fin de reducir los costos?

Otra razón por la cual el uso extendido de indicadores se ha evitado es la posibilidad de consecuencias no deseadas. El "descreme" y la "convergencia hacia el promedio" son los factores más comunes citados en la literatura de evaluación. Sin embargo, razones políticas también han demostrado ser factores que dificultan el uso de indicadores o sistemas de evaluación. Los sistemas de evaluación pueden plantear retos especiales cuando los funcionarios públicos pueden ver sus carreras sujetas al escrutinio discrecional.

Por otra parte, existen fuertes argumentos en favor de la divulgación de información: ligar el rendimiento a las recompensas, proporcionar información a los mismos proveedores sobre las posibilidades de mejora, permitir a los usuarios saber sobre lo que los proveedores están realizando en realidad, y mejorar las decisiones de políticas públicas.

Sobre la cuestión de la divulgación y el aumento de la información, partes de este Informe también han señalado que, en ocasiones, los usuarios pueden

tomar tiempo para aprender a utilizar la información, y que alguna estructura deben ser provista para ese aprendizaje, si se desea tener un efecto real de la información sobre la conducta. Un ejemplo importante es la respuesta relativamente baja de los trabajadores a las comisiones y los rendimientos ofrecidos por las administradoras de fondos de pensiones. Del mismo modo, está claro que es muy difícil aumentar la competitividad en el seguro de salud simplemente por proporcionar más información, porque no es fácil para las familias comprender y procesar los datos sobre los médicos, los hospitales y los resultados.

Pero estas acciones pueden generar conciencia. Además, con estos esfuerzos los hacedores de política tienen un sistema de seguimiento para supervisar cómo los cambios en el sistema de seguridad social están afectando la calidad de los servicios prestados (Lansky 2002). Los efectos limitados que la divulgación de información puede tener no representan un fracaso, sino que se deben destacar los obstáculos a superar haciendo las cosas de manera diferente. Algunos esfuerzos que se han dado no han enriquecido los resultados debido a que el público en general no considera relevante la divulgación de información. Hoy tenemos que trabajar en hacer consciente al público y enseñarle cómo utilizar la información. La información es más útil si se establece un protocolo nacional de información. Será menos eficaz si las diferentes instituciones divulgan información que difícilmente es comparable.

No hay una respuesta directa a la pregunta de cuánta información debe ser divulgada. Las cuestiones de privacidad son una restricción plenamente válida sobre la divulgación y demasiada información también puede obstruir las opiniones de los interesados. Revelar toda la información disponible puede parecer una estrategia fácil y "transparente", pero los siguientes puntos deben considerarse:

- *El grado de apertura en la información debe en cualquier momento depender de las posibilidades de las agencias para actuar y mejorar las áreas de*

bajo rendimiento. Los hacedores de política deben ser conscientes de las consecuencias que conlleva la información pública. Proporcionar información, sin la capacidad de cambio puede dar lugar a sentimientos de frustración por parte de los directivos de las agencias y por el público en general.

- *La divulgación de información debe ir acompañada de cualquier advertencia que pueda aplicarse, por ejemplo, las suposiciones, las limitaciones y demoras en los datos.*
- *La información debe ser divulgada de tal manera que sea comprensible para el público objetivo*

Los canales óptimos para suministrar información posiblemente evolucionen rápidamente. El informe previo de la CISS (CISS 2007) y su debate sobre la arquitectura de información de las agencias puede ser útil para orientar los debates sobre esta cuestión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguila, Emma. *Topics on Economics of Ageing: Adequacy of Saving for Retirement Pension Reform and Retirement Patterns*. Tesis doctoral. University College London, 2006.
- American Association for Retired People (AARP). "Nursing Home Evaluation Checklist." AARP, publicado en línea en 2004. Disponible en: <http://assets.aarp.org/www.aarp.org/promotions/text/life/NursingHomeChecklist.pdf> (accesado en agosto del 2008).
- Anderson, Patricia y Phillip Levine. "Child Care and Mothers, Employment Decisions." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 7058, 1999. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w7058.pdf>.
- Angrist, J. y A. Krueger. "Empirical Strategies in Labor Economics." En *Handbook of Labor Economics*, vol. 3, parte 1. Editado por K. S. Arrow y M. D. Intriligator. Amsterdam: Elsevier, 1999.
- Aon Consulting. "2007 European Pensions Barometer, Report: Measuring the Pressure on EU Pensions Systems." Aon Consulting, 2007. Disponible en: <http://www.imswersomayores.csic.es/documentos/documentos/pensions-barometer-report.pdf>.
- Arenas de Mesa, Alberto, David Bravo, Jere R. Behrman, Olivia S. Mitchell y Petra E. Todd. "The Chilean Pension Reform Turns 25: Lessons from the Social Protection Survey." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 12401, 2006.
- Atkinson, A. B.. "Income Maintenance and Social Insurance." En *Handbook of Public Economics*, vol. 2. Editado por A. J. Auerbach y M. Feldstein. Holanda del Norte: Elsevier Science Publishers B. V., 1987.
- Baker, Michael, Mark Stabile y Catherine Deri. "What do Self Reported, Objective Measures of Health Measures?" National Bureau of Economic Research Working Paper No. 8419, 2001. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w8419>.
- Banco de Previsión Social (BPS). *Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social*, no. 17. Uruguay: BPS, 2007a. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/Estadistica//Analisis%20e%20Investigaciones/2007/Trimestre%204/Comentarios%20oct-nov-dic-2007.pdf>.
- . *Asesoría General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social*, no. 16. Uruguay: BPS, 2007b. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/Estadistica//Analisis%20e%20Investigaciones/2007/Trimestre%203/Comentarios%20jul-ago-set%202007.pdf>.

- Becker, Gary S. "Public Policies, Pressure Groups, and Dead Weight Costs." *Journal of Political Economy*, vol. 28 (1985): 329-347.
- Becker, Gary, Kevin Murphy y Tomas Phillipson. "The Value of Life Near its End and Terminal Care." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 13333, 2007. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w13333>.
- Berger, Mark C. y Dan A. Black. "Child Care Subsidies, Quality of Care, and the Labor Supply of Low-Income Single Mothers." *The Review of Economics and Statistics*, vol. 74, no. 4 (1992): 635-642.
- Blundell, R. y M. Costa-Dias. "Alternative Approaches to Evaluation in Empirical Microeconomics." IFS-CEMMAP Working Paper No. CWP10/02, 2002.
- Boocock, Sarane Spence. "Early Childhood Programs in Other Nations: Goals and Outcomes." *The Future of Children: Long-Term Outcomes of Early Childhood Programs*, vol. 5, no. 3 (1995): 94-114. Disponible en: http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol5no3ART5.pdf.
- Boskin, M.. "Social Security and the Retirement Decision." *Economic Inquiry*, vol. 15, no. 1 (1977): 1-25.
- Boskin, M. y M. Hurd. "The Effect of Social Security on Early Retirement." *Journal of Public Economics*, vol. 10 (1978): 361-77.
- Bound, John. "Self Reported vs. Objective Measures of Health in Retirement Models." *Journal of Human Resources*, vol. 26, no. 1 (1991): 106-138.
- Braun, M. y Luciano Di Gresia. "Towards Effective Social Insurance in Latin America: The Importance of Countercyclical Fiscal Policy." IADB Working Paper No. 487, 2003.
- Brewer, Mike. "What Do the Child Poverty Targets Mean for the Child Tax Credit. An Update." *IFS Briefing Note*, no. 41, diciembre del 2003. Disponible en: http://www.ifs.org.uk/publications.php?publication_id=1789.
- Brewer, Mike y Jonathan Shaw. "How Many Lone Parents are Receiving Tax Credits?" *IFS Briefing Note*, no. 70. Londres: The Institute for Fiscal Studies, 2006. Disponible en: <http://www.ifs.org.uk/bns/bn70.pdf>.
- Burbidge, J. y A. Robb. "Pensions and Retirement Behavior." *Canadian Journal of Economics*, vol. 13, no. 3 (1980): 421-37.
- Burkhauser, R. V.. "The Early Acceptance of Social Security: An Asset Maximization Approach." *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 33, no. 4 (julio de 1980): 484-492. Disponible en: <http://ideas.repec.org/a/ilr/articl/v33y1980i4p484-492.html>.
- . "The Pension Acceptance Decision of Older Workers." *Journal of Human Resources*, vol. 14, no. 1 (1979): 63-75.
- Burtless, G. T. y Robert A. Moffitt. "The Joint Choice of Retirement Age and Postretirement Hours of Work." *Journal of Labor Economics*, vol. 3, no.2 (1985): 209-36.
- . "The Effect of Social Security Benefits on the Labor Supply of the Aged." En *Retirement and Economic Behavior*. Editado por H. J. Aaron y G. Burtless. Washington, D. C.: Brookings Institution, 1984.
- Camerer, Colin, Samuel Issacharoff, George Loewenstein, Ted O'Donoghue y Matthew Rabin. "Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and the Case for 'Asymmetric Paternalism'." *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 151 (enero del 2003): 2111-1254.
- Charles, L. "El Sistema de Seguridad Social de Argentina, su Reforma y los Efectos en el Ahorro Voluntario." *Revista Seguridad Social*, no. 254 (junio del 2005).
- Charnes, A., W. Cooper y E. Rhodes. "Measuring the Efficiency of Decision-Making Units." *European Journal of Operational Research*, vol. 2, no. 6 (1978): 429-444.
- Chernichovsky, Dov. "Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm." *The Milbank Quarterly*, vol. 73, no. 3 (1995a): 339-372.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . "What Can Developing Countries Learn from Health System Reforms of Developed Economies?" *Health Policy*, vol. 32, no. 1 (1995b): 79-91.
- Chipty, Tasneem y Ann Dryden Witte. "Economic Effects of Quality Regulations in the Daycare Industry." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 4953, 1994.
- Choi, James J., David Laibson, Brigitte Madrian y Andrew Metrick. "For Better or for Worse: Default Effects and 401(k) Savings Behavior." Pension Research Council Working Paper No. 2002-2.
- Cleveland, Gordon, Morley Gunderson y Douglas Hyatt. "Child Care Costs and the Employment Decision of Women: Canadian Evidence." *Canadian Journal of Economics*, vol. 29, no. 1 (1996): 132-151.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/ECLAC). *Notas de Población*, no. 83. Chile: Naciones Unidas, octubre, 2007. Disponible en: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/agrupadores_xml/aes51.xml&xsl=/celade/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl.
- . *Shaping the Future of Social Protection: Access, Financing and Solidarity*. Santiago de Chile: ECLAC, 2006.
- . *El Pacto Fiscal. Fortalezas, Debilidades y Desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL, 1993.
- Comisión Federal de Competencia. "Opinión sobre la Iniciativa que Reforma y Adiciona los Artículos 3, 74 y 76 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro." Presentado ante el Senado de la República. Comisión Federal de Competencia. México: 16 de abril del 2006.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). *Información para Trabajadores: Nuevas Siefores*. México: CONSAR, 2008. Disponible en: http://www.consar.gob.mx/principal/info_gral_trabajadores_nuevas_siefores.shtml (accesado el 24 de marzo del 2008).
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). *Health Systems and Insurance Report*. México: CISS, 2008a.
- . *Analysis of Health Indicators Followed by Different Agencies*. México: CISS, 2008b. En breve.
- . *Informe sobre la Seguridad Social en América 2008: Innovando los Modelos de Aseguramiento Social*. México: CISS, 2007. Disponible en: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe.
- . *Informe sobre la Seguridad Social en América 2007: Globalización y Protección Social*. México: CISS, 2006. Disponible en: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe.
- . *Informe sobre la Seguridad Social en América 2006: Los Retos del Envejecimiento y la Discapacidad, Empleo y Aseguramiento; Convenios Internacionales de Seguridad Social*. México: CISS, 2005. Disponible en: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe.
- . *Informe sobre la Seguridad Social en América 2005: Mercados de Trabajo y la Fragmentación de la Seguridad Social, Financiamiento para VIH-SIDA por los Seguros Sociales*. México: CISS, 2004a. Disponible en: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe.
- . "Análisis de Valuaciones Actuariales de Instituciones o Sistemas Nacionales de Seguridad Social para Diferentes Países del Continente Americano" (mimeo). México: CISS 2004b.
- . *Informe sobre la Seguridad Social en América 2003: Evaluación de las Reformas*. México: CISS 2003. Disponible en: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe.
- Connelly, Rachel y Jean Kimmel. "The Effect of Child Care Costs on the Labor Force Participation and Welfare Reciprocity of Single Mothers: Implications for Welfare Reform." W.E. Upjohn Institute Working Paper No. 01-69, 2001.
- Connelly, Rachel. "The Effect of Child Care Costs on Married Women's Labor Force Participation." *The Review of Economics and Statistics*, vol. 74, no. 1 (1992): 83-90.

- Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). "El Sistema Chileno de Pensiones." Presentado en el seminario *Sistemas de Pensiones*, CIESS. México, 21 de mayo del 2008.
- Council of the European Union. *Joint Report by the Commission and the Council on Adequate and Sustainable Pensions*, 2003. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/cs7165_03_en.pdf.
- Cunha, Flavio, James J. Heckman, Lance Lochner y Dimitriy V. Masterov. "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 11331, 2005.
- Currie, Janet y Jonathan Gruber. "The Technology of Birth: Health Insurance, Medical Interventions, and Infant Health." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 5985, 1997.
- . "Saving Babies: The Efficacy and Cost of Recent Changes in the Medicaid Eligibility of Pregnant Women." *Journal of Political Economy*, vol. 104, no.6 (1996a): 1263-1296.
- . "Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health." *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 111, no.2 (1996b): 431-466.
- Cutler, David. "The Incidence of Adverse Medical Outcomes under Prospective Payments." *Econometrica*, vol. 63, no. 1 (1995): 29-50.
- Diamond, Peter A. y Peter R. Orszag. "Accrual Accounting for Social Security." *Harvard Journal on Legislation*, vol. 41, no 1 (2004): 173.
- Donaghue, Brian. "Recognition of Government Pensions Obligations." International Monetary Fund, 2003. Disponible en: www.imf.org/external/np/sta/ueps/2003/011003.pdf.
- Donaldson, Stewart I. y Mark W. Lipsey. "Roles for Theory in Contemporary Evaluation Practice: Developing Practical Knowledge." En *The SAGE Handbook of Evaluation*, capítulo 15. Editado por Ian F. Shaw, Jennifer C. Greene y Melvin M. Mark. Gran Bretaña: SAGE Publications, 2006.
- Duval, R. "The Retirement Effects of Old-Age Pension and Early Retirement Schemes in OECD Countries." OECD Economics Department Working Paper No. 370, 2003. Disponible en: http://oberon.sourceoecd.org/vl=578681/cl=14/nw=1/rpsv/workingpapers/18151973/wp_5lgsjhvj7wr0.htm.
- Edwards Deming, William. *Out of the Crisis*. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study, 1982.
- Feachem, Richard G. A., Neelam K. Sekhri, Karen L. White, Jennifer Dixon, Donald M. Berwick y Alain C. Enthoven. "Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente." *British Medical Journal*, no. 7330 (2002): 135-143.
- Feldstein, M. S. "Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital Accumulation." *Journal of Political Economy*, vol. 82, no. 5 (1974): 905-926.
- Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP). "Multifondos: Los Casos de Chile, México y Perú." Serie Regulaciones Comparadas, diciembre del 2007.
- Fields, G. y O. S. Mitchell. *Retirement, Pensions and Social Security*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1984.
- Gakidou, Emanuela, Rafael Lozano, Eduardo González-Pier, Jesse Abbott-Klafter, Jeremy T. Barofky, Chloe Bryson-Cahn, Dennis M. Feehan, Diana K. Lee, Héctor Hernández-Llamas y Christopher J.L. Murray. "Assessing the Effect of the 2001-06 Mexican Health Reform: an Interim Report Card." *The Lancet*, publicado en línea el 25 de octubre del 2006.
- Governments Accountability Office (GAO). *Budget Issues: Accrual Budgeting Useful in Certain Areas but Does Not Provide Sufficient Information for Reporting on Our Nation's Longer-Term Fiscal Challenge*. Estados Unidos: GAO, diciembre del 2007.
- García, Oscar. "Sistema de Información para la Alta Dirección: Cuadro de Mando Integral." España: Ministerio de Administraciones Públicas, 2004. Disponible en: <http://www.csi.map.es/csi/>

tecniap/tecniap_2004/comunicaciones/tema_06/6_001.pdf.

- Garro, N. y J. Meléndez Barrón. "Un Análisis de los Diferenciales Salariales entre Trabajadores Con y Sin Seguridad Social IMSS." En *Análisis y Perspectivas de la Globalización. Un Debate Teórico*, vol. 2, no. 1, capítulo 7, primera edición. Editado por A. Aragonés, et al. México: FES, ENEP, ACATLAN, UNAM, y Plaza y Valdéz, 2005.
- Gelbach, Jonah. "Public Schooling for Young Children and Maternal Labor Supply." *The American Economic Review*, vol. 92, no. 1 (2002): 307-22.
- Gordon, R. y A. Blinder. "Market Wages, Reservation Wages, and Retirement Decisions." *Journal of Public Economics*, vol. 14 (1980): 277-308.
- Gruber, J. y D Wise (eds.). *Social Security Programs and Retirement around the World: Fiscal Implications of Reform*. Chicago: University of Chicago Press, 2007.
- . *Social Security Programs and Retirement around the World: Micro-estimation*. Chicago: Chicago University Press, 2004.
- . *Social Security and Retirement around the World*. Chicago: Chicago University Press, 1999.
- Guerrero, Ramiro. "Financiación Universal para la Afiliación al Seguro Social: Lecciones Aprendidas de Colombia." *Bienestar y Política Social*, vol 4, no. 2 (2008). En breve.
- Hall, Robert E. y Charles I. Jones. "The Value of Life and the Rise in Health Spending." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 10737, 2004. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w10737>.
- Heckman, James y Carmen Pagés. *Regulación y Empleo: Lecciones de América Latina y el Caribe*. Editado por NBER; edición especial en español por CISS y CIEDESS. Santiago de Chile: CIEDESS, 2005.
- Heckman, J., H. Ichimura y P. Todd. "Matching As An Econometric Evaluation Estimator: Evidence from Evaluating a Job Training Programme." *Review of Economic Studies*, vol. 64, no. 4 (1997): 605-654.
- Heckman, J., R. Lalonde y J. Smith. "The Economics and Econometrics of Active Labor Market Programs." En *Handbook of Labor Economics*, vol. 3, capítulo 31, parte A. Editado por A. Ashenfelter y D. Card. Amsterdam: Elsevier, 1999.
- Heckman, J. y R. Robb. "Alternative Methods for Evaluating the Impact of Interventions." En *Longitudinal Analysis of Labor Market Data*. Editado por J. Heckman y B. Singer. Nueva York: Cambridge University Press, 1985.
- Huber M., W. Kim y P. Hennessy. "Monitoring and Improving the Quality of Long-Term Care: A Comparison of 19 Countries." Resúmen presentado en *the Academy Health Meeting*. San Diego, California: 2004. Disponible en: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=103624427.html>.
- Hughes C.M., V. Mor y B.E. Fries. "Long-term Care Quality Monitoring Policies: A Cross-National Comparison." Presentado en *the Academy for Health Services Research and Health Policy Meeting*, 2000. Disponible en: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102272115.html>.
- Human Resources and Social Development Canada (HRSDC). *The CPP & OAS Stats Book, 2008*. Canada: HRSDC, 2008. Disponible en: <http://www.hrsdc.gc.ca/en/isp/statistics/pdf/statbook.pdf> (accesado el 9 de julio del 2008).
- Hurst, Jeremy y Melissa Jee-Hughes. "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems." OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 47, 2000. Disponible en: www.oecd.org.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Memoria Estadística 2007*, capítulo 9. México: IMSS, 2007. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/DPF/me/ME2007_Capitulo_IX.htm (accesado el 9 de julio del 2008).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. Costa Rica: INEC, 1999.

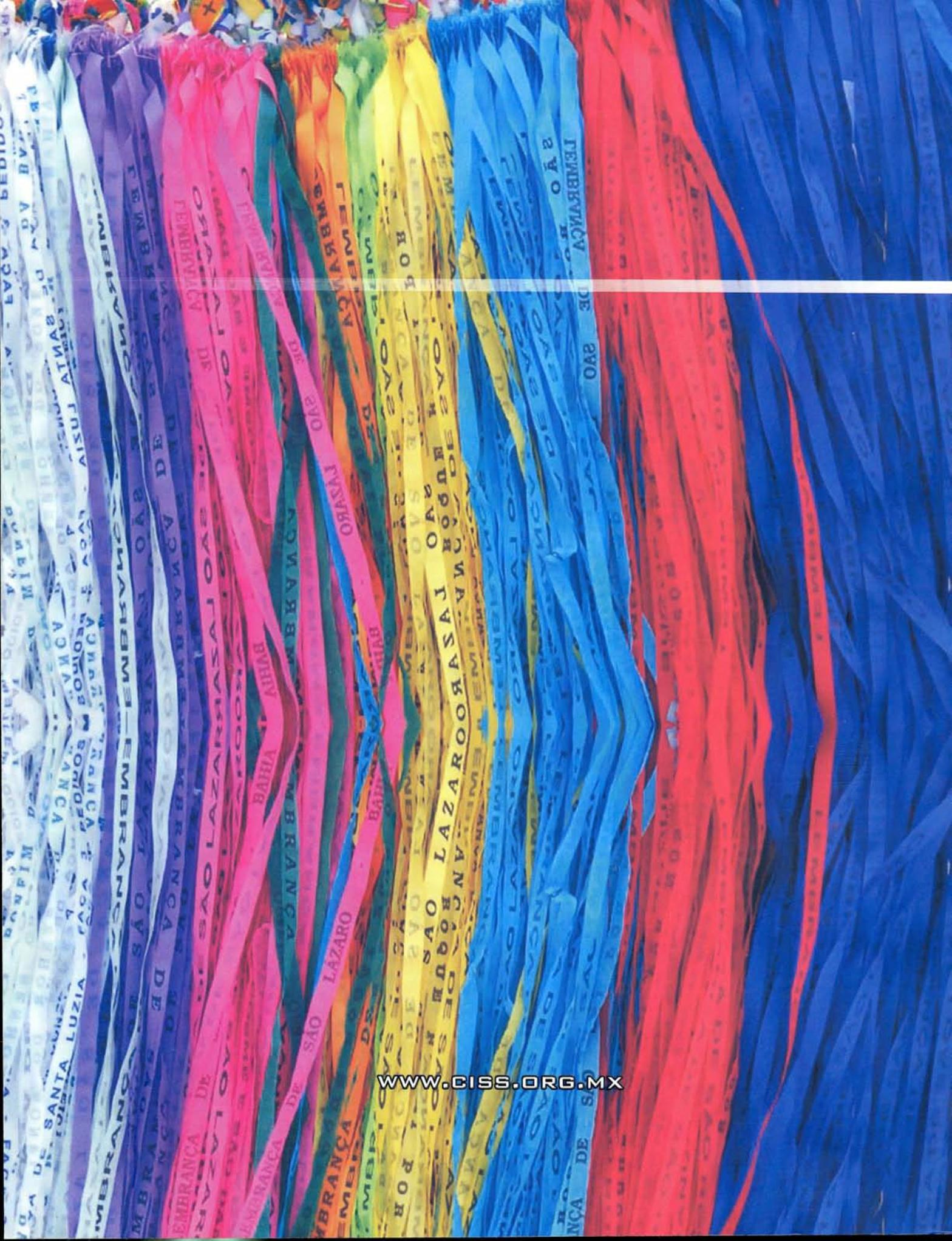
- International Actuaries Association (IAA). "Final IAA Guidelines of Actuarial Practice for Social Security Programs." IAA, 2002. Disponible en: www.actuaries.org/STANDARDS/Current/IASPI_EN.pdf.
- International Federation of Accountants (IFAC). "Financial Reporting by National Governments." IFAC, 1991. Disponible en: http://www.ifac.org/Members/Downloads/PSC-Study_1.PDF.
- International Labor Organization (ILO). *LABORSTA/EAPEP Data*, 2004-2006. Disponible en: <http://laborsta.ilo.org/>.
- . "Internal Guidelines for the Actuarial Analysis of a National Social Security Pension Scheme." International Financial and Actuarial Service, ILO, 1998.
- International Monetary Fund (IMF). *Manual on Fiscal Transparency*. Washington: IMF, abril del 2007. Disponible en: www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/051507m.pdf.
- Inamdar, N., R. S. Kaplan y M. Bower. "Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations." *Journal of Healthcare Management*, vol. 47, no. 3 (mayo-junio del 2002): 179-95.
- Institute of Hospital Engineering, Australia (IHEA). "Assetmark. The Asset Benchmarking System for Health Facilities Management. A Preview." Disponible en: http://ihea.com.au/technical_resources/performance/AssetMark_A%20Preview_reviewedV3_08.pdf (accesado el 1 de mayo del 2008).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. México: INEGI, 2004.
- Inter-American Development Bank (IADB). *OVE's 2005 - 2006 Annual Report and Proposed 2007 Work Program and Budget*. Office of Evaluation and Oversight, OVE. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, noviembre del 2006.
- . *Good Jobs Wanted: Labor Markets in Latin America*. Washington D.C.: IADB, 2003. Disponible en: http://www.iadb.org/res/pub_desc.cfm?pub_id=b-2004.
- Islam, Kalym A. *Developing and Measuring Training. The Six Sigma Way: A Business Approach to Training and Development*, capítulos 1 y 2. San Francisco, California: Pfeiffer, 2006.
- Jacobs, Rowena, Peter C. Smith y Andrew Street. *Measuring Efficiency in Health Care. Analytic Techniques and Health Policy*. Nueva York: Cambridge University Press, 2006.
- Kaplan, Robert S. y David P. Norton. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 1996.
- Kohl, R. y P. O'Brien. "The Macroeconomics of Ageing, Pensions and Savings: a Survey." OECD Economics Department Working Paper No. 200, 1998.
- Laffont, Jean-Jacques. *Regulation and Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- Lansky, David. "Improving Quality Through Public Disclosure of Performance Information." *Health Affairs*, vol. 21, no. 4 (2002): 52-62.
- Lanza-Queiroz, B. "Incentivos para la Jubilación: Monto de la Pensión, Saldo Acumulado e Impuesto Implícito." *Bienestar y Política Social*, vol. 4, no. 1 (2008).
- Lazear, Edward P. "Retirement from the Labor Force." En *Handbook of Labor Economics*, vol. 1, no. 1. Editado por O. Ashenfelter y R. Layard. Amsterdam: Elsevier, enero de 1986.
- Leatherman, Sheila. "Applying Performance Indicators to Health System Improvement." En *Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries*, capítulo 1. Editado por Peter Smith. París: OECD 2002.
- Lemke, Robert J., Ann Dryden Witte, Magaly Queralt y Robert Witt. "Child Care and the Welfare to Work Transition." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 7583, 2000. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w7583.pdf>.

- Lumsdaine, R. "Factors Affecting Labor Supply Decisions and Retirement Income." En *Assessing Knowledge of Retirement Behavior*. Editado por Erik Hanushek y Nancy Maritato. Washington, D. C.: National Academy Press, 1996.
- Lumsdaine, R. y O. Mitchell. "New Developments in the Economics of Retirement." En *Handbook of Labor Economics*, vol 3. Editado por O. Ashenfelter y D. Card. Amsterdam: Elsevier, 1999.
- MaCurdy, Thomas y Frank McIntyre. "Helping Working-Poor Families: Advantages of Wage-Based Tax Credits." Study 4/04. Washington, D.C.: Employment Policies Institute, 2004. Disponible en: http://www.epionline.org/studies/macurdy_04-2004.pdf.
- Marrufo, G.. *The Incidence of Social Security Regulation in Economies with Partial Compliance: Evidence from the Reform in Mexico*. Tesis doctoral. University of Chicago, 2001.
- Martínez, G. *El Estado Mexicano de Bienestar*. México: Miguel Ángel Porrúa, 2006.
- Mehra, R. y E. C. Prescott. "The Equity Premium: A Puzzle". *Journal of Monetary Economics*, vol. 15, no. 2 (marzo de 1985): 145-161.
- Mesa-Lago, C. "Las Reformas de Pensiones en América Latina y su Impacto en los Principios de Seguridad Social." CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo No. 144, 2004.
- Miranda-Muñoz, M. *Labour Force Participation of the Elderly Under Limited Social Insurance: Essays on Retirement and Social Security in Mexico*. Tesis doctoral. Departamento de Economía. University of Essex, 2007.
- Modigliani, F. y R. Brumberg. "Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of Cross-section Data." En *Post-Keynesian Economics*. Editado por K. K. Kurihara. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 1954.
- Mor, Vincent. "Improving the Quality of Long-Term Care With Better Information." *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no. 3 (2005). Disponible en: <http://www.milbank.org/quarterly/8303feat.html>.
- Mulligan, Casey B. y Xavier Sala-i-Martin. "Social Security in Theory and Practice (I): Facts and Political Theories." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 7118, 1999.
- Murray, Christopher J. L. y David B. Evans. "Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework, and Overview." En *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, capítulo 1. Editado por Christopher J. L. Murray y David B. Evans. Génova: World Health Organization, 2003.
- Naylor, David C., Iron Karey y Handa Kiren. "Measuring Health System Performance: Problems and Opportunities in the Era of Assessment and Accountability." En *Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries*, capítulo 1. Editado por Peter Smith. París: OECD, 2002.
- Newport, Elissa L. "Critical Periods in Language Development." *Encyclopedia of Cognitive Science*. Editado por Lynn Nadel. Londres: Macmillan Publishers Ltd./Nature Publishing Group, 2002.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). "Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report." OECD Health Working Paper No. 22, 2006.
- . *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*. París: OECD, 2005.
- . "National Accounts and Economic Statistics." Presentado en *the OECD National Accounts Experts Meeting*. Chateau de la Muette, París: 7-10 de octubre, 2003a. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/11/24311351.doc>.
- . "Supervisory Structures for Private Pension Funds: Preliminary Survey Analysis." OECD, 2003b.
- . "Assessing the Performance of Health-Care Systems: A Framework for OECD Surveys." OECD, 2003c. Disponible en: www.oecd.org (accesado en enero del 2008).
- . *Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. París: OECD, 2002.

- . *Starting Strong. Early Childhood Education and Care*. París: OECD, 2001.
- Osborne, David y Ted Gaebler. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
- Palacios, R. y M. Pallarés-Miralles. "International Patterns of Pension Provision." World Bank, 2000.
- Pan-American Health Organization (PAHO). *Steering Role of the National Health Authority, Performance and Strengthening*. Edición especial, no. 17. Washington, D.C: PAHO, 2007. Disponible en: www.lachealthsys.org (accesado en enero del 2008).
- Parry, Taryn. "The Role of Fiscal Transparency in Sustaining Growth and Stability in Latin America." International Monetary Fund, 2007.
- Pautassi, Laura C., Eleonor Faur y Natalia Gherardi. "Legislación Laboral en Seis Países Latinoamericanos. Avances y Omisiones para Una Mayor Equidad." CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo No. 56, 2004.
- Peltzman, Sam. "Towards a More General Theory of Regulation." *Journal of Law and Economics*, vol. 19, no. 2 (agosto de 1976): 211-240.
- Powell, Lisa M. "The Impact of Child Care Costs on the Labour Supply of Married Mothers: Evidence from Canada." *Canadian Journal of Economics*, vol. 30, no. 3 (1997): 577-594.
- Queralt, Magaly, Ann Dryden Witte y Harriet Griesinger. "Championing Our Children: Looking at Changes in Quality, Price, and Availability of Child Care in the Welfare Reform Era." Wellesley College Working Paper No. 2000-07 0248-8203, 2000.
- Rabin, Matthew. Psychology and Economics. *Journal of Economic Literature*, vol. 36, no. 1 (marzo de 1998): 11-46.
- Ramanathan, R. *An Introduction to Data Envelopment Analysis: A Tool for Performance Measurement*. Nueva Delhi, India: Sage, 2003.
- Ribar, David. "A Structural Model of Child Care and the Labor Supply of Married Women." *Journal of Labor Economics*, vol. 13, no. 3 (1995): 558-597.
- . "Child Care and the Labor Supply of Married Women: Reduced Form Evidence." *The Journal of Human Resources*, vol. 27, no. 1 (1992): 134-165.
- Rofman, Rafael y Leonardo Luccetti. "Pension Systems in Latin America: Concepts and Measurements of Coverage." World Bank Social Protection Discussion Paper No. 0616, 2006.
- Rofman, Rafael. "Social Security Coverage in Latin America." World Bank Social Protection Discussion Paper No. 0523, 2005.
- Rossetti-Ferreira, Maria Clotilde, Fabiola Ramon y Ana Paula Soares Silva. "Políticas de Atendimento à Criança Pequena nos Países em Desenvolvimento." *Cadernos de Pesquisa*, no. 115 (2002): 65-100. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a03n115.pdf>.
- Sales, C., F. Solís y A. Villagómez. "Pension System Reform: The Mexican Case." National Bureau of Economic Research Working Paper No. 5780, 1996.
- Schiavo-Campo, S. y Daniel Tomassi. *Managing Government Expenditure*. Manila: Asian Development Bank, 1999.
- Schmidt-Hebbel, K. y L. Servén. *The Economics of Saving and Growth: Theory, Evidence, and Implications for Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Schwarzer, Helmut y Ana Carolina Querino. "Non-Contributory Pensions in Brazil: The Impact on Poverty Reduction." International Labor Office, ESS Paper No. 11, 2002.
- Scott, John. "Seguridad Social y Desigualdad en México: De la Polarización a la Universalidad." *Bienestar y Política Social*, vol. 1, no. 1 (2005): 55-76. Disponible en: http://bienestar.ciss.org.mx/?mod=2005_num_1_es.
- Scriven, Michael S. *Evaluation Thesaurus*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc., 1991.

- Shah, A. y M. Shacter. "Combating Corruption: Look Before You Leap." *Finance and Development*, vol. 41, no. 4 (diciembre del 2004): 40-43.
- Social Security Administration (SSA). *Annual Statistical Supplement*, 2004-2007, cuadro 5.A1.2. Estados Unidos: SSA, 2004-2007. Disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/statcomps/index.html> (accesado el 9 de julio del 2008).
- . *OASDI Monthly Statistics, November 2007*, cuadros 3 y 10. Estados Unidos: SSA, 2007. Disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/statcomps/> (accesado el 9 de julio del 2008).
- Solis, F. y A. Villagomez (comps.). "Las Pensiones." En *La Seguridad Social en México*. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Stock, J. y D. A. Wise. "Pensions, the Option Value of Work, and Retirement." *Econometrica*, vol. 58, no. 5 (septiembre de 1990): 1151-1180.
- Tavistock Institute, en conjunto con GHK y IRS. *Evaluating Socio-Economic Development: The Guide*. Diciembre del 2003. Disponible en: www.evaled.info (accesado en marzo del 2008).
- Tekin, Erdal. "Single Mothers Working at Night: Standard Work, Child Care Subsidies, and Implications for Welfare Reform." Institute for the Study of Labor Discussion Paper No. 1014, 2004. Disponible en: <ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp1014.pdf>.
- . "Child Care Subsidies, Wages, and Employment of Single Mothers." Institute for the Study of Labor Discussion Paper No. 517, 2002. Disponible en: <http://repec.org/res2003/Tekin.pdf>.
- Thaler, Richard H. y Cass R. Sunstein. "Libertarian Paternalism." *American Economic Review*, vol. 93, no. 2 (2003): 175-79. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3132220.pdf>.
- Thaler, Richard y Shlomo Benartzi. "Naive Diversification Strategies in Defined Contribution Savings Plans." *American Economic Review*, vol. 91, no. 1 (marzo del 2001): 79-98. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/2677899.pdf>.
- United Nations (UN). *The Millennium Development Goals Report 2006*. Nueva York: UN, 2006. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/> (accesado en febrero del 2008).
- . *The Millennium Development Goals: A Latin American and Caribbean Perspective*. Santiago de Chile: UN, 2005. Disponible en: <http://www.eclac.cl> (accesado en febrero del 2008).
- United Nations Evaluation Group (UNEG). "Evaluation of the Pilot Initiative for Delivering as One Evaluability of UN Reform Process in Uruguay." UNEG, 2008.
- . *UNEG Annual Report April 2006 - March 2007*. Preparado por UNEG Secretariat para presentarlo en UNEG Annual General Meeting. Palais des Nations, Génova, Suiza: 18-20 de abril del 2007. Disponible en: cfapp1-docs-public.undp.org/eo/evaldocs1/uneq_2006/eo_doc_734075407.pdf.
- US Centers for Medicare and Medicaid Services. "Quality Initiatives." Disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/QualityInitiativesGenInfo/> (accesado en julio del 2008).
- Villalbi, Joan, Joan Guix, Conrad Casas, Carme Borrell, Júlia Duran, Lucía Artazcoz, Estebe Camprubi, Meritxell Cusi, Pau Rodríguez-Montuquín, Josep M. Armengol y Guy Jiménez. "El Cuadro de Mando Integral como Instrumento de Dirección en Una Organización de Salud Pública." *Gaceta Sanitaria*, vol. 21, no. 1 (2007): 60-65. Disponible en: <http://ppach.blogspot.com/2008/01/el-cuadro-de-mando-integral-como.html>.
- Waiser, Myriam. "Early Childhood Care and Development Programs in Latin America: How much do they Cost?" World Bank, Human Development Department, LCSHD Paper Series No. 19, 1998.
- Washington Aging and Disability Services Administration. *Quality Assurance Responsibilities*. Disponible en: <http://www.dshs.wa.gov/ddd/garesponse.shtml> (accesado en junio del 2008).

- Whiteley, Sara, Richard Ellis y Sinclair Broomfield. "The Manager as Evaluator." *Health and Social Management: A Guide to Self Development*. Editado por Sara Whiteley. Londres: Arnold Publishers, 1996.
- Witte, Anne Dryden y Magaly Queralt. "What Happens when Child Care Inspections and Complaints are Made Available on the Internet?" National Bureau of Economic Research Working Paper No. 10227, 2004. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w10227.pdf>.
- Woodward, Graham, Doug Manuel y Vivek Goel. *Developing a Balanced Scorecard for Public Health: Investigative Report, June 2004*. Institute for Clinical Evaluating Sciences (ICES), 2004. Disponible en: http://www.ices.on.ca/file/Scorecard_report_final.pdf.
- World Bank. *Informalidad: Escape y Exclusión*. Washington: World Bank, 2007a.
- . *World Development Indicators*. Washington D.C.: World Bank, 2007b. Disponible en: <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPOO/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=135>.
- . *Independent Evaluation Group: Annual Report on Operations Evaluation*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2006.
- . *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*. Washington, D.C.: World Bank, 2005a.
- . *Old Age Income Support in the 21st Century*. Washington D.C.: World Bank, 2005b.
- . "Monitoring & Evaluation. Some Tools, Methods & Approaches." International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2004. Disponible en: www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/WB_Evaluation_ME_Tools_2004.pdf.pdf.
- . *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Washington D.C.: World Bank, 1994.
- World Health Organization (WHO). *MAKER: Managers Taking Action Based on Knowledge and Effective Use of Resources to Achieve Results*. WHO, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/management/feedback/contact/en/index.html> (accesado en enero del 2008).
- . "Health System Responsiveness Survey Results: Equitable, Humane, Patient-Centred Treatment by Health Systems, or Not? (Sample Report)." WHO, 2003. Disponible en: www.who.int.
- . *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Génova: WHO, 2000. Disponible en: www.who.int.
- . "Health Promotion Glossary." WHO, 1998. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.
- Wrohlich, Katharina. "Child Care Costs and Mothers' Labor Supply: An Empirical Analysis for Germany." DIW Berlin Discussion Paper No. 412, 2004.
- Young, Trevor Leonard. *The Handbook of Project Management: A Practical Guide to Effective Policies and Procedures*. Londres: Kogan Page Ltd, 2003.
- Zall Kusek, Jody y Ray C. Rist. *Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System: A Handbook for Development Practitioners*. Washington, D.C.: World Bank, 2004. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/23/27/35281194.pdf>.
- Zelman, W.N., G.H. Pink, y C.B. Matthias. "Use of the Balanced Scorecard in Health Care." *Journal of Health Care Finance*, vol. 29, no. 4 (Primavera, 2003):1-16.



WWW.CISS.ORG.MX